



HØGSKULEN I VOLDA

# Ma

**Masteroppgåve i helse- og sosialfag  
- meistring og myndiggjering**

## **”En praksis basert på kunnskap...”**

En kvalitativt orientert studie om hvordan intensivsykepleiere beskriver sitt kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse.

45 studiepoeng

Heidi B Bringsvor

Desember 2011

HØGSKULEN I VOLDA | BOKS 500 | 6101 VOLDA  
WWW.HIVOLDA.NO | T: 70 07 50 00 | F: 70 07 50 51

## Summary

**Background:** The society today can be described as a knowledge-society, which also includes demands that nursing should be based on best evidence derived from scientific inquiries. Evidence based practice could be seen as the nursing professions answer to evidence based medicine. At the same time there is still an ongoing debate within the nursing-profession related to both the meaning of the “evidence”-concept and what is meant by “evidence based practice” in nursing. With this in mind I wanted to explore how intensive care nurses described their knowledgefoundation for their nursing practice, and then relate this to the concept of evidence based practice.

**Method:** This study is qualitative orientated. Four focus group interviews were conducted, with a total of twenty participants, divided on four different intensive care units. The intensive care units differed in size and were placed at three different hospitals. None of the hospitals were university hospitals. The interviews were recorded, transcribed and analyzed by systematic-text-condensation, as described by Malterud (2003), before being presented and further on linked to theory and previous scientific knowledge.

**Findings:** The intensive care nurses described their knowledge as integrated and holistic, where knowledge derived from different sources was connected in a practical synthesis. The results are described divided into the following main groups: theoretical knowledge, knowledge derived from education and courses, experience-based knowledge, knowledge derived from interaction with others and userparticipation. Most participants could not give an exact definition of evidence based practice, but at the same time they described all the aspects included in the concept when formulating their knowledgefoundation for practice, and additional they also described other sources for knowledge.

**Conclusion:** Intensive care nurses knowledgefoundation for nursing-practice is a complex phenomenon. Furthermore, findings in this study indicate that evidence-based practice can capture some important aspects of the phenomenon, but at the same time it does not necessarily cover the descriptions of the knowledgefoundation entirely.

**Key words:** Knowledge, Professional knowledge, Evidence based practice, Intensive care nursing.

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Dagens samfunn blir beskrevet som et kunnskapssamfunn, hvor det også stilles krav om at sykepleien skal være basert på oppdatert kunnskap fra forskning. Kunnskapsbasert praksis kan sees som en dominerende diskurs innen sykepleien som profesjon i dag, og blir av enkelte beskrevet som sykepleiens svar på den evidensbaserte medisinen. Samtidig er det fortsatt debatt innen profesjonen knyttet både til evidensbegrepet og til kunnskapsbasert praksis- begrepet. Med dette som bakteppe ønsket jeg å se nærmere på hvordan intensivsykepleiere beskrev sitt kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse, for så å se dette i relasjon til kunnskapsbasert praksis.

**Metode:** Studien er kvalitativt orientert. Det er gjennomført fire fokusgruppeintervju av totalt tjue informanter ansatt ved fire intensivavdelinger, fordelt på tre sykehus. Ingen av intensivavdelingene var ved universitetssykehus. Data ble tatt opp på lydbånd, transkribert og analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering, som beskrevet av Malterud (2003), før de presenteres her og videre relateres til teoretiske perspektiv og tidligere forskningsfunn.

**Funn:** Intensivsykepleierne beskrev et integrert og helhetlig kunnskapsgrunnlag, der kunnskaper fra ulike kilder bindes sammen i en praktisk syntese. Funnene beskrives inndelt i følgende hovedgrupper: teoretisk kunnskap, kunnskap fra utdanning og kurs, erfaringskunnskap, kunnskap tilegnet gjennom samhandling og brukermedvirkning. Selve begrepet kunnskapsbasert praksis angir flertallet av informantene at de ikke kan definere eksakt, men informantene vektlegger i sine beskrivelser alle de aspektene som er inkludert i begrepet, samt andre kunnskapskilder i tillegg.

**Konklusjon:** Intensivsykepleiernes kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse er et sammensatt fenomen. Studiens funn antyder videre at kunnskapsbasert praksis- begrepet kan sees som å fange opp viktige nyanser ved fenomenet, samtidig som det ikke nødvendigvis er dekkende for fenomenet som helhet.

**Nøkkelord:** kunnskap, profesjonskunnskap, kunnskapsbasert praksis, intensivsykepleie.

## Forord

Studien som presenteres i denne oppgaven er en del av mitt mastergradsstudium i ”Meistring og Myndiggjering” ved Høskulen i Volda, i samarbeid med Høgskolen Stord /Haugesund.

En slik forskningsstudie er det umulig å gjennomføre alene, og la meg aller først få takke de jeg er mest takknemlig for at bidro. Det er ledelsen ved de fire intensivavdelingene som gav meg tilgang til feltet og, i enda større grad, de 20 informantene som deltok i selve studien.

Jeg har vært svært privilegert. I forbindelse med alle fokusgruppeintervjuene ble jeg møtt av velvilje fra den nære avdelingsledelsen og informantene. Det er ingen selvfølge at ledelsen ”omorganiserer”, slik at noen skal kunne gå i fra, eller at de sørger for at et velegnet rom for å gjennomføre fokusgruppeintervju er bestilt på forhånd. Det er heller ingen selvfølge at informanter bruker av sin fritid for å delta i en slik studie, noe enkelte av informantene i denne studien gjorde. Jeg kan ikke annet enn å si et hjertelig Takk!

Videre vil jeg takke min veileder, førstelektor ved Høgskolen Stord/ Haugesund, Astrid Karin Berland, som gjennom sin veiledning har utgjort en uvurderlig diskusjonspartner og støtte.

Det rettes også en stor takk til mine gode kollegaer for deres tålmodige interesse, samt til min arbeidsgiver som gav meg permisjon i forbindelse med undervisning i studiets første deler. En takk til medstudenter, kollokviekollegaer og Siv Anita spesielt: felles frustrasjoner gir felles ”trøst”. Og til ”intervjuassistent” Jorunn: Tusen takk!

Da gjenstår det bare å takke de som til nå sannsynligvis har ofret mest, og fått minst. Mine to jenter, Christina og Silje. Tusen takk for deres tålmodighet, for deres flotte tegninger, for varmende ord og for gode klemmer, og ikke minst for at dere setter det hele i perspektiv. En takk sendes også til ”verdens beste mormor”, som også er verdens beste barnevakt. Til slutt en stor takk til Jan Inge, for at du i en periode har tatt deg av det praktiske hjemme, men mest av alt: Takk for at du hele tiden har tro på meg!

Øvre Vats, november 2011.

Heidi B Bringsvor.

# Innhold

Summary .....	i
Sammendrag.....	ii
Forord.....	iii
1. Innledning.....	1
1.1. Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2. Relevans og hensikt.....	3
1.3. Presentasjon av problemstilling.....	3
1.4. Oppgavens struktur.....	4
2. Presentasjon av begreper, teori og forskningskontekst .....	6
2.1. Intensivsykepleie .....	6
2.1.1. Intensivavdeling .....	7
2.1.2. Praksis .....	8
2.2. Kunnskap.....	9
2.2.1. Profesjonskunnskap.....	10
2.2.2. Sykepleie som kunnskapsbasert profesjon .....	12
2.3. Evidensbegrepet .....	13
2.3.1. Evidensbasering som faglig og politisk program .....	14
2.3.2. Kunnskapsbasert praksis som medisinsk evidens i sykepleie?.....	16
2.3.3. Evidens som det sanne, det gode og det skjønne.....	18
2.4. Presentasjon av forskningsstatus på feltet .....	20
2.4.1. Kildesøk.....	20
2.4.2. Sentrale kilder.....	21
3. Metode.....	25
3.1. Valg av forskningsdesign .....	25
3.2. Vitenskapsteoretisk grunnlag .....	26
3.2.1. Fenomenologi .....	26
3.2.2. Hermeneutikk .....	27
3.3. Forforståelsens plass.....	28
3.3.1. Egen forforståelse og forskning i eget miljø. ....	30
3.4. Produksjon av data .....	32
3.4.1. Fokusgruppeintervju.....	33
3.5. Utvelgelse av informanter .....	38
3.5.1. Presentasjon av utvalget .....	40
3.6. Intervjuguide .....	41
3.7. Gjennomføring av intervjuene.....	42

3.7.1.	Rollene som moderator og assistent .....	43
3.7.2.	Gjennomføring av selve intervjuene .....	44
3.8.	Transkribering .....	48
3.9.	Analyse.....	51
3.10.	Vitenskapelighet, validitet og reliabilitet.....	54
3.10.1.	Trustworthiness .....	56
3.11.	Etikk .....	58
4.	Presentasjon av funn.....	59
4.1.	Begrepet kunnskapsbasert praksis.....	59
4.2.	Intensivsykepleiernes kunnskapsgrunnlag .....	60
4.3.	Teoretisk kunnskap.....	61
4.3.1.	Forskningsbasert kunnskap .....	62
4.3.2.	Naturvitenskapelig kunnskap .....	66
4.3.3.	Teorier om sykepleie og sentrale begreper.....	67
4.3.4.	Lover, retningslinjer og prinsipper .....	67
4.4.	Kunnskap fra utdanning, kurs og internundervisning .....	68
4.4.1.	Kunnskap ervervet i videreutdanning.....	69
4.4.2.	Kunnskap fra kurs og internundervisning .....	70
4.5.	Erfaringsbasert kunnskap .....	70
4.5.1.	Skjønnsutøvelse og tause kunnskaper .....	71
4.5.2.	Kontekst- og personspefikke erfaringer.....	73
4.5.3.	Livserfaring .....	74
4.6.	Kunnskap tilegnet gjennom samhandling med andre.....	75
4.6.1.	Egne sykepleierkollegaer som kunnskapskilde .....	75
4.6.2.	Samhandling, refleksjon og diskusjon.....	76
4.6.3.	Kultur.....	77
4.6.4.	Klinisk ekspertise .....	78
4.7.	Brukermedvirkning .....	80
5.	Drøftning av funn .....	85
5.1.	Teoretisk kunnskap.....	85
5.1.1.	Forskningsbasert kunnskap .....	86
5.1.2.	Naturvitenskapelig kunnskap .....	92
5.1.3.	Kunnskap basert på teorier om sykepleie og sentrale begreper.....	93
5.1.4.	Kunnskap basert på lover, retningslinjer og prinsipper.....	94
5.2.	Kunnskap fra utdanning, kurs og internundervisning .....	96
5.2.1.	Kunnskap fra utdanning .....	96

5.2.2.	Kunnskap fra kurs og internundervisning .....	98
5.3.	Erfaringsbasert kunnskap .....	99
5.3.1.	Erfaringsbasert kunnskap kan være taus kunnskap .....	99
5.3.2.	Tause kunnskaper og skjønnsutøvelse.....	101
5.3.3.	Erfaringsbasert kunnskap som kontekst- og personspesifikk.....	103
5.3.4.	Kunnskap basert på livserfaring .....	104
5.4.	Kunnskap tilegnet gjennom samhandling.....	105
5.4.1.	Samhandling med andre kollegaer .....	105
5.4.2.	Samhandling, refleksjon og diskusjon.....	106
5.4.3.	Kulturen som læringsarena.....	109
5.4.4.	Klinisk ekspertise som kilde til kunnskap .....	110
5.5.	Brukermedvirkning .....	112
5.5.1.	Den enkelte intensivpasients brukermedvirkning.....	114
5.6.	Et helhetlig kunnskapssyn .....	115
5.7.	Praksis basert på kunnskap som kunnskapsbasert praksis?.....	117
5.7.1.	Teoretisk versus erfaringsbasert kunnskap.....	118
5.7.2.	Forskningsorientering og nytteperspektiv .....	120
5.7.3.	Positivism versus hermeneutikk eller begge deler?.....	121
6.	Avslutning .....	124
6.1.	Oppsummering .....	124
6.2.	Kritikk av eget arbeid.....	126
6.3.	Videre forskning.....	128
	Referanseliste .....	130

Vedlegg 1-8

# 1. Innledning

For over 150 år siden startet samlingen av sykepleiens eget kunnskapsgrunnlag, adskilt fra medisinsk kunnskap. Nightingale fremhever i boken "Notes on Nursing" fra 1859, den enkelte syke sin opplevelse, slik at pasientens synsvinkel kan sees som et viktig utgangspunkt for hennes syn på sykepleie. Nightingale sine egne erfaringer og refleksjoner utgjorde grunnlaget for beskrivelsene av hva den enkelte syke kunne oppleve, og hun vektla viktigheten av å se ulike dimensjoner knyttet til sykdom og opplevelsen av det å være syk, samt miljøet rundt den syke (Nightingale, 1980 og Elstad, 1984:5ff). Nightingale vektla således et helhetlig menneskesyn, der en ikke bare skal behandle sykdommen, men hele mennesket. Den syke er ikke delt opp vitenskapelig, og kunnskap en trenger for å pleie den syke er derfor i tillegg til dem en kan lese seg til også dem man har lært gjennom praksis (Elstad, 1984:14ff).

I dag, 150 år senere, står det i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2009:7) følgende om sykepleiens grunnlag:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.

I denne oppgaven er det sistnevnte, "*være kunnskapsbasert*", som er tema.

## 1.1. Bakgrunn for valg av tema

Norsk Sykepleierforbund (NSF) sier at sykepleiens kunnskap kan deles i teoretisk-, praktisk-, etisk- og erfaringskunnskap. I deres beskrivelse kan en samtidig se skillet mellom teoretisk og praktisk kunnskap idet etisk kunnskap beskrives som å "integre sykepleiefagets verdigrunnlag, slik at det viser seg i handlinger og holdninger" og erfaringskunnskap "handler om å anvende den teoretiske kunnskapen og om å bruke og å trene opp ferdigheter" (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). De to siste kunnskapsformene kan da sees som kunnskap som skal forene teori og praksis. Norsk Sykepleierforbund (u.å.) viser videre til begrepet kunnskapsbasert praksis:



Kunnskapsbasert praksis innebærer at sykepleiere bruker ulike kunnskapskilder, blant annet forskningsbasert kunnskap, i praksis. Forskningsbasert kunnskap alene er imidlertid ikke tilstrekkelig. Faglig skjønn som er basert på kliniske erfaringer og etiske vurderinger, samt pasientens ønsker, må være basis for sykepleiehandlinger. Også rammene sykepleiere arbeider innenfor, påvirker hvordan praksis utøves.

Kunnskapsbasert praksis blir ofte knyttet til evidensstenkning. Og det har vært, og er fortsatt, en pågående debatt om selve begrepet ”evidens”, og i videreføringen av det ”kunnskaps”-begrepet. Blant annet Martinsen har engasjert og markert seg sterkt i debatten. Martinsen stiller seg kritisk til det hun beskriver som ”evidensialisme”, og sier at evidens blir til evidensialisme når kunnskapsgrunnlaget den evidensbaserte medisinen bygger på overskrider sin gyldighetsgrense for sin skapelse og anvendelse. Martinsen stiller også spørsmål ved om det som i dag kalles kunnskapsbasert praksis innen helsefagene, bare er et annet ord for den evidensbaserte medisinenes kunnskapsregime (Martinsen, 2009a:83ff og 2009b). Selve debatten om evidensbasert praksis er for så vidt ikke bare knyttet til kunnskapsmessige aspekt. Den er også knyttet til grunnlaget og betingelsene for god profesjonsutøvelse. Og profesjonsutøvelse handler om tjenesteyting som foregår innenfor store viktige samfunnsinstitusjoner, slik at kvaliteten også har moralske, rettslige og økonomiske sider (Terum og Grimen, 2009:9ff). Alt profesjonelt arbeid kan videre sees som skjønnbasert, idet skjønnsutøvelse inngår som en uomgjengelig side ved enhver praksis som anvender generell kunnskap, nedfelt i handlingsregler, på enkelttilfeller (Grimen og Molander, 2008:179).

Bakgrunnen for valg av tema er knyttet til dette. Jeg har i over to år parallelt vært mastergradsstudent og intensivsykepleier i pasientnært arbeid. Og ikke minst kombinasjonen av disse to rollene mener jeg er årsaken til at selve debatten i sykepleien om kunnskapsbasert praksis og evidensbasering både har interessert og ”fascinert” meg, og etter hvert også fått meg til å reflektere bevisst over grunnlaget for den praksisen både intensivsykepleiere generelt og jeg selv, som intensivsykepleier, til daglig utøver. I arbeidet med en tidligere oppgave knyttet til mitt mastergradsstudium fikk jeg anledning til å sette meg teoretisk inn i tematikken. Et ønske om å kunne fordype meg ytterligere i dette temaet var således medvirkende til at jeg ønsket å konsentrere meg om intensivsykepleiernes kunnskapsgrunnlag i denne oppgaven. Den tidligere oppgaven danner således også et viktig utgangspunkt for min for forståelse og mitt arbeid med denne studien, samtidig som perspektivet her er betydelig endret og utvidet.

## 1.2. Relevans og hensikt

Hofmann bruker begrepet ”evidenssirkus” om debatten knyttet til kunnskapsbasert praksisbegrepet og påpeker samtidig at dette er en debatt som synes å være mest iherdig hos dem som synes lengst unna pasienten – akademikerne. Årsaken til diskusjonen er at det er noe grunnleggende viktig som står på spill. Det dreier seg om hva man tror er bra for pasienten, - hvilken kunnskap som vil være best for det lidende mennesket. Sykepleiefaget er et praktisk fag, og derfor er kunnskapen som gjelder i praksis helt sentral for fagets selvforståelse. Og hovedspørsmålet i debatten handler da også nettopp om hvilken type kunnskap som er viktigst i praksis (Hofmann, 2010).

Når debatten handler om hva som er det beste for pasienten, har den, slik jeg ser det, således et normativt aspekt, fordi det også ligger et inneforstått ”slik det burde være” i diskusjonen. I motsetning til en slik normativ vinkling er fokuset i denne studien å si noe om hvordan kunnskapsgrunnlaget for praksisutøvelsen faktisk oppleves å være, og ikke med utgangspunkt i akademikerne, men med utgangspunkt i beskrivelsene til intensivsykepleiere som utøver selve praksisen, som er nære pasienten.

## 1.3. Presentasjon av problemstilling

Studiens tema har som nevnt kunnskapsbegrepet innen sykepleie som sitt generelle utgangspunkt. Jeg har valgt å konsentrere meg om intensivsykepleiere og deres utøvelse av sykepleie i intensivavdelinger. Slik at problemstillingen for studien er:

*Hvordan beskriver intensivsykepleiere sitt kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse?*

Problemstillingen er bredt formulert. Begrunnelsen for en slik bred formulering kan knyttes til det faktum at samtidig som kunnskapsbasert praksis og evidensbasering kan sies å utgjøre en dominerende diskurs innen sykepleien i dag, er det intensivsykepleiernes egenbeskrivelse av kunnskapsgrunnlaget jeg først og fremst ønsker å studere. En snevrere problemformulering der kunnskapsbasert praksis, eller lignende begreper, ble presentert ville kunnet påvirke og styre studien generelt, og informantene spesielt, i en større grad enn en mer generell problemformulering. Samtidig er det viktig for meg å være tydelig på at disse begrepene, og ikke minst debatten knyttet til dem, både har vært en viktig del av min forforståelse og utgjort

viktige perspektiver for min tilnærming til studien. Slik at problemformuleringen vil bli sett spesielt i lys av begrepet ”kunnskapsbasert praksis”.

For å besvare problemstillingen ble det valgt å gjennomføre en kvalitativt orientert studie. Fokusgruppeintervju ble valgt som metode for ”produksjon” av data. Totalt deltok 20 intensivsykepleiere som informanter, fordelt på 4 fokusgruppeintervju. Intensivsykepleierne arbeidet ved 4 ulike intensivavdelinger fordelt på 3 ulike sykehus, slik at alle informantene i det enkelte fokusgruppeintervju var kollegaer. Datagrunnlaget utgjorde lydbåndopptak fra fokusgruppeintervjuene som videre ble transkribert og analysert før det presenteres her i denne oppgaven.

#### **1.4. Oppgavens struktur**

Etter en innledning i kapittel en, presenteres i kapittel to først sentrale begrep knyttet til problemstillingen. Først går jeg inn på statusen intensivsykepleier og gir en presentasjon av intensivavdeling som kontekst for praksisutøvelse og selve praksisbegrepet innen sykepleie. Deretter rettes fokuset mot kunnskapsbegrepet. Dette settes inn i en profesjonskontekst og relateres til sykepleie spesielt, før begrepene evidensbasering og kunnskapsbasert praksisbegrepet, samt diskusjonen knyttet til disse, presenteres. Videre presenteres et alternativt evidensbegrep, der evidens beskrives med utgangspunkt i hode-hjerte-hånd-modellen, før kapitlet avsluttes med en presentasjon av forskningsstatusen på feltet, inkludert presentasjon av fremgangsmåte ved kildesøk.

Kapittel tre er metodekapitlet. Der blir valg av forskningsdesign presentert, samt dennes vitenskapsteoretiske forankring. Jeg retter spesielt fokus mot forforståelsens plass og det faktum at deler av studien er gjennomført i eget miljø. Deretter følger en redegjørelse av fokusgruppeintervju, som er valgt metode for produksjon av data. Denne settes inn i en bredere referanseramme, før bakgrunn for valg av metode diskuteres sammen med metodens sterke og svake sider. Deretter rettes fokus mot prosessen rundt utvelgelse og rekruttering av informanter, før jeg ser nærmere på forhold knyttet til selve gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene. Videre redegjøres det for aspekt knyttet til transkribering, før den valgte metode i forbindelse med analyseprosessen, systematiske tekstkondensering (Malterud,

2003), presenteres. Til slutt utdypes aspekt knyttet til vitenskapelighet, validitet og reliabilitet, samt en kort oppsummering knyttet til etikk.

I kapittel fire presenteres studiens funn, mens disse drøftes i lys av annen forskning og teoretiske perspektiver i kapittel fem, før oppgaven avsluttes med en oppsummering og kritikk av eget arbeid i kapittel seks.

## **2. Presentasjon av begreper, teori og forskningskontekst**

I dette kapittelet presenteres sentrale begreper for studiens problemstilling. For en del av begrepene vil ulike teoretiske vinklinger være mulig, slik at det er de valgte teoretiske perspektivene, knyttet til de ulike begrepene, i denne studien som presenteres. Først presenteres begrepet intensivsykepleier, inkludert en beskrivelse av intensivavdeling som kontekst for intensivsykepleierens praksisutøvelse. Selve begrepet praksis er i seg selv ikke nødvendigvis et entydig begrep, slik at også praksisbegrepet innen sykepleien presenteres.

Videre presenteres sentrale teoretiske aspekt knyttet til kunnskap og kunnskapssyn. Selve kunnskapsbegrepet presenteres med utgangspunkt i Aristoteles sin beskrivelse av intellektuelle dyder (Aristoteles, Rabbås, Stigen og Eriksen, 1999). Kunnskapsbegrepet relateres deretter til intensivsykepleiere som profesjonsutøvere og jeg velger derfor å presentere kunnskapsbegrepet i tilknytning til sykepleie som profesjon. I forhold til denne dimensjonen baserer jeg meg i hovedsak på Grimen (2008) sin beskrivelse av dette generelt og Alvsvåg (2009) i forhold til sykepleie spesielt.

Begrepene evidens og kunnskapsbasert praksis var mitt utgangspunkt for å ønske å belyse denne problemstillingen. Samtidig er dette begreper som er debattert og som ikke bare er knyttet til kunnskap, men også til andre samfunnsaspekt, slik at disse begrepene presenteres ved en kort referering til deler av den debatten som har versert innen sykepleien omkring hvordan begrepene skal forstås. En alternativ beskrivelse av evidensbegrepet, med utgangspunkt i hode-hjerte-hånd-modellen, følger deretter. Til slutt presenteres deler av den forskningsmessige konteksten problemstillingen kan knyttes til, inkludert fremgangsmåte ved søk etter tidligere forskning.

### **2.1. Intensivsykepleie**

En intensivsykepleier er en autorisert sykepleier med videreutdanning i intensivsykepleie. Videreutdanningen av intensivsykepleiere i Norge startet på 1960-tallet og i 1989 utarbeidet faggruppene i Norsk sykepleierforbund rammeplaner for utdanning av intensivsykepleiere. I 1997 ble det vedtatt at de bedriftsinterne utdanningene ved sykehusene skulle overføres til høgskolene og at de skulle bygge på nasjonale rammeplaner (Baktoft, 2001:366ff, Finansdepartementet, 1998 og Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

American Association of Critical-Care Nurses (2011) definerer intensivsykepleie som en spesialitet innen sykepleie. Spesialiteten omfatter akutt og kritisk sykdom, og der intensivsykepleieren er ansvarlig for at de akutt kritisk syke og deres pårørende mottar optimal pleie. En intensivsykepleier har et selvstendig sykepleiefaglig ansvar i forhold til sin kliniske yrkesutøvelse, er direkte ansvarlig overfor nærmeste sykepleiefaglige leder og har instruksjonsmyndighet i forhold til intensivsykepleiefaglig ansvar og er overordnet øvrig pleiepersonell knyttet til enheten (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, NSFLIS, u.å.a).

NSFLIS<sup>1</sup> beskriver intensivsykepleierens funksjon som todelt: intensivsykepleierens selvstendige funksjon og intensivsykepleierens assisterende funksjon. Intensivsykepleierens selvstendige funksjon innebærer at intensivsykepleieren ved hjelp av observasjoner og ved sin kliniske kompetanse kartlegger og vurderer den akutt/kritisk syke pasients behov for intensivsykepleie, prioriterer og iverksetter sykepleietiltak, og kontinuerlig evaluerer og dokumenterer sykepleiepraksis. Videre innebærer intensivsykepleierens assisterende funksjon at intensivsykepleieren utfører medisinsk forordning, anvender medisinsk-teknisk utstyr og bidrar med sin spesialkompetanse til at nødvendig medisinsk behandling gjennomføres på en forsvarlig måte, etter instruks eller delegering fra ansvarlig lege (NSFLIS, u.å.b).

Intensivsykepleierens ansvar og kompetanse må ses i sammenheng med målgruppens behov for sykepleie og behandling i akutte og komplekse situasjoner. Pasienten kan være ute av stand til å ivareta sine grunnleggende menneskelige behov og intensivsykepleieren har ansvar for at disse behovene blir dekket, også i situasjoner preget av behandlingsintensitet og høyt arbeidstempo. Slik at med ”bruker” menes intensivpasient og pårørende som er i behov av tjenesten, samt personellgrupper og avdelinger som sykepleietjenesten ved intensivavdelingen yter service overfor og samarbeider med (NSFLIS, u.å.a. og Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

### **2.1.1. Intensivavdeling**

I 2010 ble det registrert over 14000 pasientopphold ved norske intensivavdelinger. Den gjennomsnittlige lengden på oppholdene var 4 døgn (Norsk Intensivregister, 2011).

---

<sup>1</sup> NSFLIS er en faggruppe for sykepleiere med videreutdanning i intensivsykepleie. Denne er organisert under Norsk Sykepleier Forbund.

Verdens første intensivavdeling ble etablert i 1923 ved John Hopkins Hospital i Baltimore, USA og etableringen av intensivavdelinger kom som en naturlig følge av den medisinske-tekniske utviklingen som fant sted på begynnelsen av 1900-tallet. Prinsippet om kunstig ventilering var kjent så tidlig som på 1500-tallet og bruk av respirator kan spores tilbake til 1920-tallet, da med såkalte jernlunger<sup>2</sup>. I skandinavisk sammenheng var polioepidemien som rammet København på 1950-tallet viktig for utviklingen av intensivavdelinger. Under polioepidemien iverksatte Bjørn Ibsen håndventilering via tracheostomi<sup>3</sup>, og dette viste seg å redusere dødeligheten betraktelig. I dag er håndventilering erstattet av respiratorer, maskiner som hjelper pasientene å puste og intensivavdelingene er i dag avanserte behandlingsavdelinger som krever spesialutdannet personell (Baktoft, 2001:366 og Dybwik, 2000:94ff).

I en intensivavdeling pleies pasienter i alle aldersgrupper og med høyst forskjellige sykdommer og diagnoser. Pasientene er alvorlig syke eller svært tilskadekomne mennesker, der tilstanden kan være kritisk. Enkelte av intensivpasientene kan være forberedt på oppholdet, som ved store planlagte operasjoner, men majoriteten av pasientene kommer uforberedt til avdelingen for eksempel som følge av akutt sykdom, alvorlige infeksjoner, ulykker eller komplikasjoner i forbindelse med kirurgi (Bergbom, 2001:382 og Storli, 2001:394).

### **2.1.2. Praksis**

I følge Eraut kan en ikke forsøke å forstå hvilke kunnskaper som behøves for å gjøre en jobb uten en detaljert beskrivelse av arbeidsforholdene og konteksten. I en slik beskrivelse er også de situasjonene en kan møte, inkludert faktorer som klienter og krav, mellommenneskelige hendelser og akutte situasjoner, viktige (Eraut, 2004).

Brataas (2009) beskriver en praksissituasjon som å være en situasjon hvor kompetente handlinger fordrer faglig kompetanse, til forskjell fra kompetanse for å møte forventninger fra andre sammenhenger i livet. Kirkevold utdyper det ytterligere. Hun beskriver sykepleiepraksis som å omfatte fire ulike sykepleiesituasjoner. Disse er akutte situasjoner, problematiske situasjoner, ikke-problematiske situasjoner og problemidentifiserende

---

<sup>2</sup> Jernlunger blir også kalt undertrykksrespirator, mens dagens prinsipper baserer seg på overtrykksventilering (Dybwik, 2000:94ff).

<sup>3</sup> Åpning til luftrøret på forsiden av halsen (Baktoft, 2001:366).

situasjoner. Disse kategoriene er tenkt som et analytisk redskap for å beskrive vesensforskjeller mellom ulike typer praksissituasjoner, og må dermed sees som idealtyper, slik at det i de fleste tilfellene vil være elementer fra flere av dem tilstede samtidig. De fire typene skiller seg fra hverandre i forhold til:

- Hvordan sykepleieren resonnerer i situasjonen når kliniske vurderinger og beslutninger foretas.
- Tiden sykepleieren har til rådighet for å foreta kliniske beslutninger og gjennomføre den nødvendige handling.
- Kravene i selve situasjonen, hvilke mål eller verdier som skal, bør eller må virkeliggjøres.
- Hvilke type handlinger situasjonen krever av sykepleieren, som for eksempel tekniske, mellom-menneskelige/ kommunikative, koordinerende/ administrerende og så videre.

Hva som er ”god sykepleie” varierer med typen situasjon slik at bedømmelsen av pleiens kvalitet og av kunnskapen som trengs må ha forskjellig utgangspunkt (Kirkevold, 1996:51ff).

## 2.2. Kunnskap

Historisk sett var Platons tenkning utgangspunkt for måten en forstod kunnskap på i Vesten. Han definerte kunnskap (episteme) som begrunnede, sanne oppfatninger. Dette førte praktisk kunnskap i skyggen av annen kunnskap fordi praktisk kunnskap finnes som ferdigheter og fortrolighet med omverden, men neppe kan sies å være ”oppfatninger” (Grimen, 2008:77).

Aristoteles, som var Platons elev, sier at sjelen når sannhet gjennom fem ting: vitenskapelig forståelse, kunnen, klokskap, visdom og fornuft (Aristoteles et al., 1999:112). Av disse utgjorde de tre første viktige distinksjoner i forhold til Platons kunnskapssyn idet både kunnen (techne) og klokskap (fronesis) kan knyttes til praktisk kunnskap eller handlingskunnskap<sup>4</sup>. Vitenskapelig forståelse (episteme<sup>5</sup>) handler om det som ikke kan være annerledes, om det som er evig. Det er basert på en bevisorientert holdning der det først er når man er overbevist og kjenner grunnene for denne overbevisningen at man har vitenskapelig forståelse. Kunnen,

---

<sup>4</sup> Episteme og techne er begreper hentet fra den greske tradisjonen, mens fronesis er et aristotelisk begrep.

<sup>5</sup> Aristoteles bruker episteme i vid forstand om viten generelt også, men som regel er det knyttet til en slik snevrere betydning (Aristoteles et al, 1999:226).



eller techne, beskrives som kunnskap om hvordan lage ting. I dagens terminologi er det en type praktisk kunnskap, og for Aristoteles var den, som nevnt, en av to typer praktisk kunnskap, der fronesis var den andre. Fronesis, dyden knyttet til klokskap (hvordan handle moralsk klokt), forutsetter at en kombinerer vitenskap og teknologi til praktisk klokskap. Både techne og fronesis er knyttet til "noe som kan være annerledes" til forskjell fra episteme som er knyttet til "det som ikke kan være annerledes". Videre beskriver også Aristoteles blant annet praxis, som er kunnskap om handling mellom mennesker, eller handlinger som i seg selv er nok, for eksempel å snakke sant (eller usant), å være feig (eller modig), slik at dette begrepet også innebærer etisk dømmekraft. Selv om Aristoteles således beskrev et nyansert bilde av kunnskap, vektla han episteme som en høyere form for kunnskap, og denne ideen om episteme som mer høyverdig har overlevd etter antikken (Janik, 1996:17ff, Aristoteles et al, 1999:111ff, Nortvedt og Grimen, 2004:170ff, Ekland, 2004:24 og 2009:146 og Grimen, 2008:78ff).

### **2.2.1. Profesjonskunnskap**

Grimen (2008:71ff) ser på profesjoners kunnskaper som mangfoldige, fremfor enhetlige, og der den viktigste sammenhengen mellom de ulike kunnskapene er knyttet til det han kaller praktiske synteser. Praktiske synteser, til forskjell fra teoretiske synteser, innebærer at kunnskapsgrunnlaget profesjonene baserer sin utøvelse på ikke er knyttet sammen av en helhetlig teoretisk syntese, men derimot er satt sammen fordi det utgjør meningsfulle deler i den praktiske yrkesutøvelsen som helhet.

Helsefagene har sine formål utenfor seg selv og er således heteroteliske. De står i visse verdiers tjeneste, som bekjempelse av sykdom, lindring av lidelse eller helsefremming. Det kan være debatt om hvilken verdi som skal være den grunnleggende, og fagenes verdier kan komme i konflikt med hverandre. Slik at praksisutøvelse også dreier seg om moral, politikk og juridisk skjønn i tillegg til anvendelse av kunnskap (Nortvedt og Grimen, 2004:165ff).

Den kunnskapstradisjonen som har dominert og fortsatt dominerer universiteter og høyskoler er teoretisk i den forstand at man ser formulert kunnskap som den høyeste formen for kunnskap, der målet er så eksakt og korrekt kunnskap som mulig om ting og prosesser. I motsetning til denne teoretiske kunnskapstradisjonen kan man sette praktiske kunnskapstradisjoner, der kunnskapen innebærer å gjennomføre ulike oppgaver på en

vellykket måte. Det er ofte snakk om taus kunnskap, kunnskap man tilegner seg gjennom øvelse og erfaring, og der kunnskap om ting og prosesser også kan være viktig, men der slik kunnskap sees som kun et hjelpemiddel. Det er praksisutøvelsen som står i sentrum (Molander, 2001:125).

Praktisk kunnskap er indeksikalisert. Ordet indeksikalitet kommer fra det latinske verbet ”indicare” som betyr å peke, og substantivet ”index” som betyr noe som peker. Det vil si at ved praktisk kunnskap lar denne kunnskapens form og innhold seg ikke løsrive fra den som har den, eller fra de situasjonene den er lært og anvendes i. Kunnskapen peker på kunnskapsbæreren og situasjonene den brukes i. Praktisk kunnskap er ikke nødvendigvis taus kunnskap, men den kan være det (Grimen, 2008:76ff). Polanyi var, i følge Nortvedt og Grimen, den som tok i bruk begrepet ”tacit knowing”, ofte oversatt med taus kunnskap. I litteraturen finnes en rekke tilsvarende ord. Samtidig er det slik at innholdet i de ulike begrepene som benyttes ikke er helt identisk. Begreper som brukes er blant annet ”taus kunnskap”, ”praktisk kunnskap”, ”knowing how”, ”handlingskunnskap” og en rekke flere (Nortvedt og Grimen, 2004:165). I den norske utgaven av Polanyi sin bok ”The Tacit Dimension ” er begge begrepene ”tacit knowing” og ”tacit knowledge” oversatt til taus kunnskap. Der nyttes begrepet om det å kunne noe, vite noe, kjenne noe igjen og å bruke et verktøy, slik at både det en vet og selve aktiviteten å vite er inkludert (Polanyi, 2000:14). Polanyi påpeker at taus kunnskap innebærer gyldig kjennskap til et problem sammen med en evne til å forfølge dette problemet. Denne evnen er igjen ledet av ens følelse av å nærme seg løsningen, og videre en gyldig forventning om de ennå ubestemte implikasjonene til oppdagelsen som blir gjort til slutt. Enhver slik kunnskapsakt innebærer at vi internaliserer deler som vi ikke retter oppmerksomheten mot, og som vi derfor kan være ute av stand til å spesifisere. Vi retter oppmerksomheten, fra disse uspesifiserte delene, til en sammenhengende helhet som forbinder dem på en måte som en ikke kan definere (Polanyi, 2000:32ff).

Spesifikt knyttet til sykepleie bruker Benner begrepet ”know how” om den forskjellen i kompetanse og problemløsning som eksisterer mellom eksperten og novisen. Der ”know how”, tilegnet gjennom erfaring, innebærer at ekspertsykepleieren oppfatter situasjonen som en helhet, tar i bruk tidligere konkrete opplevelser som paradigmer og beveger seg mot problemets kjerne uten å kaste bort tid på å overveie mange ulike irrelevante muligheter (Benner, 1995:21ff).

Det er likevel fellestrekk ved teoretisk og praktisk kunnskap. All kunnskap, både praktisk og teoretisk kunnskap artikuleres, selv om ikke all kunnskap kan artikuleres verbalt. All kunnskap kan bli overført mellom mennesker, men ikke all kunnskap kan bli overført gjennom beskrivelser alene. All kunnskap kan bli lært, men det er ulike måter å lære på. Språket er viktig for kunnskap. I de fleste menneskelige aktiviteter er verbale og ikke-verbale handlinger sammenvevd på en komplisert måte. Kunnskap kan akkumuleres, men det er ikke sikkert at all kunnskap akkumuleres ved en gradvis utvidelse av et system med formulerte sannheter. Og all kunnskap kan bli kritisk gransket, enten ved at det vises at ens verbalt artikulerte påstander er feilaktige, eller ved bedømmelse av ens utførte handlinger (Grimen, 2008:82ff).

### **2.2.2. Sykepleie som kunnskapsbasert profesjon**

Alvsvåg (2009) beskriver at en profesjon hviler på ulike kunnskapssøyler og har formidlende instanser. Formidlende instanser skaper sammenheng mellom kunnskapssøylene og hjelper en å aktualisere og relatere kunnskapsformene til konkrete situasjoner. Kunnskapssøylene Alvsvåg beskriver er basert på Aristoteles sin inndeling av kunnskapsformer, samtidig som klokskap (fronesis) her er en kunnskapsform med en formidlende funksjon.

Kunnskapssøylene er:

- Erfaringsbasert kunnskap
- Teoretisert praksis/ profesjonell praksis
- Vitenskapelig kunnskap

Formidlende instanser er:

- Skjønn/ fronesis
- Dannelse/ takt

Erfaringsbasert kunnskap er praktisk og situasjonsnært, og innebærer at en lærer det som kun kan læres i konkrete sammenhenger gjennom erfaring, trening og øvelse. Gjennom erfaring brukes og formes kroppen og en lærer å bruke sansene, en oppøver seg et faglig blick. Den erfaringsbaserte kunnskapen tilegner en seg både i livet og i profesjonen.

For å forstå og handle profesjonelt trenger sykepleierne teoretiske kunnskaper. De kaster lys og bidrar til at sykepleierne kan forstå både enkle og komplekse pasient- og pårørende - situasjoner. Teoretisert praksis er situasjonsnært, der den teoretiske kunnskapen og refleksjonen gjør handlingene til teoretisert praksis. En lærer å gjenkjenne og skjelne med bakgrunn i fagkunnskaper, og å bruke hendene, hjerte og hodet, foruten lukte, kjenne, lytte og se med et faglig blikk. Teoretisert praksis har en i det kliniske feltet og i høgskolen.

En type kunnskap som en profesjon også gjør bruk av vil være utviklet innenfor oversiktlige og systematiske situasjoner. Kunnskaper om det som generelt ikke kan være annerledes. Kunnskap om årsak og virkning. Dette er det beviselig sanne, uansett situasjon. En slik vitenskapelig kunnskap har to grener, den ene med rot i Athen og Aristoteles og den andre med rot i Manchester og den industrielle revolusjonen, der koblingen mellom vitenskap, teknologi og grenseløs nytte følger. Vitenskapelig kunnskap refererer til både kvantitativ og kvalitativ tenkning, sistnevnte referer til vitenskapelig forankring innen human- og samfunnsvitenskapene, en kunnskap som baserer sin forskning på å forstå andres erfaringer. Gjennom dyptgående samtaler og feltstudier kan en vinne innsikt i forhold som også kan ha relevans utover den situasjonen som er til utforskning.

Skjønn og dannelselse utgjør formidlende instanser, idet entydighet, oversiktighet og systematikk så å si aldri reflekterer den konkrete situasjonen i helsefaglig sammenheng. Pasienter og pårørendes situasjoner vil være sammensatte og kan knyttes til ”det som kan være annerledes”. Profesjonelt arbeid hviler på de ulike kunnskapssøylene, mellom dem eksisterer relasjoner og spenninger. Spenninger skal en stå i, ikke løse opp. De formidlende instansene skaper sammenheng, både mellom kunnskapssøylene og til konkrete situasjoner. Det går ikke direkte veier fra teori til praksis eller fra praksis til teori. De formidlende instansene er mellominstanser som trer inn i forholdet mellom praksis og teori, og det faglige skjønnnet avgjør hvordan de ulike søylene har relevans i situasjonen. Dannelsen og skjønnnet uttrykker seg relasjonelt i forholdet til andre personer som personorientert profesjonalitet (Alvsvåg, 2009).

### **2.3. Evidensbegrepet**

Historisk sett hevder noen at evidensbevegelsens røtter kan føres tilbake til 1700 tallet og til utførelsen av kontrollerte forsøk innen medisinen. Et viktig fundament for evidensbevegelsen

finner en også i 1930- og 40 årene da en begynte å eksperimentere med loddtrekningsforsøk. Den evidensbaserte medisinen har utviklet seg raskt siden dens oppstart tidlig på 1990-tallet og har primært vært ledet av professor David Sackett ved Oxford universitetet. Den institusjonaliserte evidensbevegelsen, gjennom organisasjoner som er spesialisert på å ”produsere” evidens, har sitt utspring i etableringen av det internasjonale Cochrane-samarbeidet. Cochrane-samarbeidet fokuserer på systematiske gjennomganger av randomiserte kontrollerte forsøk med tanke på spesifikke medisinske forhold, spesifikke klientgrupper og spesifikke intervensjoner. Den evidensbaserte medisinen innflytelse har vært bemerkelsesverdig, og et økende antall av relaterte profesjoner, som sykepleie, har ønsket å følge etter. Selve implementeringen har ikke alltid vært ”fredelig”, idet andre disipliner har hatt andre fokus samt en annen forskningsbase. I Norge er evidensstenkingen oppprioritert de senere år, blant annet gjennom opprettelsen av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2004 (Pearson, Field og Jordan, 2007:5ff og Foss Hansen og Rieper, 2009:22ff).

Selve evidensbegrepet kan også defineres ulikt. Barker (2010:143) definerer, i sin bok knyttet til evidensbasering av sykepleie, evidens som en organisert mengde kunnskap som brukes for å støtte eller rettferdiggjøre ”tro” og handling, mens Eriksson (2009b:35) knytter evidensbegrepets opprinnelige mening til det å se, innse og å synliggjøre. De fleste, inkludert ”kritikerne”, er enige i at det ikke er noe galt med begrepet evidens i seg selv. Eller som Martinsen (2009a:84) skriver:

Det er ikke noe galt i å bruke evidensbegrepet. Det er ikke noe galt med en forskning som produserer evident kunnskap, det skal jo forskningen gjøre. Men når en ikke spør hvilket kunnskapsgrunnlag den evidente medisinen bygger på... Da biter evidensbegrepet seg selv i halen og blir evidensialisme.

### **2.3.1. Evidensbasering som faglig og politisk program**

Evidensbegrepet er altså ikke et entydig begrep, men et begrep som tillegges ulike betydninger. Det kan sies å ha mange ansikter. Dette er fordi det også handler om å utarbeide politikk, praksis og så videre på bakgrunn av viten om hva som virker (Terum & Grimen, 2009:11 og Foss Hansen & Rieper, 2009:17).

Ekeland (2004:29) hevder ”evidensbasert praksis” kan sees som eksempel på en tankemåte som springer ut fra forskningssystemet, og som kobler seg mot praksis slik at den øver definisjonsmakt ovenfor hvordan praksis, eller ”best practice”, bør utøves. Grimen bruker begrepet definisjonsmakt, der evidensbasering i institusjonalisert form blir ekspertkulturer i egne organisasjoner, på kanten eller utenfor det akademiske, med stor mulighet til å påvirke politisk (Grimen, 2009:203).

Selve sammenhengen mellom kunnskap og politikk, eller makt, er ikke noe nytt. Slagstad bruker begrepet kunnskapsregime for å beskrive hvordan det har vært en indre forbindelse mellom intellektuell reform og politisk reform de siste hundre årene, - vekselspillet mellom makt og kunnskap belyses gjennom skiftende kunnskapsregimer. Videre påpekes det at fra 1980-tallet er det klart at sosialdemokratiet har uttømt sin styringskraft, og at en nå ser konturene av et nytt kunnskapsregime der det offentlige apparatet ikke lenger består av planrealiserende reformbyråkratier, men kontrollerende revisjonsbyråkratier. Tyngdepunktet er forskjøvet fra politisk administrativt lederskap til etterfølgende kontroll og tilsyn. Offentlige institusjoner skal følge New Public Management – ideologien og trimmes etter modeller hentet fra det private bedriftsliv (Slagstad, 2006:170ff). Mulige konsekvenser av dette beskriver Westin og Krogstad. Forfatterne henviser til Hart sin beskrivelse av ”the inverse care law”, -loven for den omvendte omsorg, utlagt slik at helsetjenesten tenderer til å bli dårligst for dem som har størst behov. Denne loven beskrives å utøve sin effekt i den grad helsetjenesten eksponeres for markedsmekanismer, men den kan motvirkes gjennom bevisste politiske valg (Westin og Krogstad, 2003:227ff).

Arbeidet med å evidensbasere og prosedyreutvikle medisinen har lagt premissene for det nye kvalitetsutviklings- og fagstyringsarbeidet en ser i forvaltningen av helsevesenet. Etableringen av kunnskapssenteret er en del av dette (Berg, 2006:103ff). I sykepleiesammenheng beskriver blant annet NSF sin tidligere forbundsleder at sykepleiefagets utvikling har betydning for kvalitet, faglig forsvarlighet og effektivitet i helsetjenesten. Hun hevder videre at kravet til kunnskapsbasert praksis er uttalt og at forskningsresultater i større grad må benyttes som en integrert del av sykepleiernes praksis for å gi pasienten riktig og god sykepleie (Normann, 2008). Samtidig blir kunnskapsbasert praksis også beskrevet som et alternativ til autoritetsstyrt praksis, fordi metodene kan støtte fagutøveren til å ta velinformerte valg (Nortved, Jamtvedt, Graverholt og Reinar, 2007:18). Svanholm vektlegger den verdiladningen som ligger i et slikt begrep der også politiske og økonomiske verdier må utgjøre forståelsesrammene, og poengterer videre at konstruksjonen av evidens ikke er en objektiv og

nøytral vurdering (Svanholm, 2007). Slik at ”å lage oppsummeringer av kunnskap og gjennomføre metaanalyser har ikke bare teoretisk interesse. Formålet er også praktisk: å forbedre profesjonsutøvelsen og å endre institusjoner” (Terum og Grimen, 2009:10).

### 2.3.2. Kunnskapsbasert praksis som medisinsk evidens i sykepleie?

Sackett definerer evidensbasert medisin på følgende måte:

Evidensbasert medisin er den bevisste, eksplisitte og kloke/ skjønnsomme bruken av den nåværende mest evidente kunnskapen når en fatter beslutninger i forhold til ivaretagelsen av den enkelte pasient. Å praktisere evidensbasert medisin innebærer å integrere individuell klinisk ekspertise med den beste eksterne evidente kunnskapen, hentet fra systematisk forskning (Sackett, 1998:1085, egen oversettelse).

For Nortvedt et al. betyr evidens klarhet, tydelighet og visshet. De beskriver ”evidence based nursing” som synonymt med ”kunnskapsbasert sykepleie”. Deres definisjon av kunnskapsbasert sykepleie er tilsvarende den til NSF: ”Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes ønsker og behov i den gitte situasjonen” (Nortvedt et al., 2007:15). Denne samsvarer innholdsmessig godt med Sackett (1998) sin definisjon og Vandvik definerer også evidensbasert medisin på tilsvarende måte: ”Å treffe gode kliniske beslutninger ved å kombinere forskningsbasert kunnskap og annen relevant kunnskap og pasientens verdier og preferanser”(Vandvik, 2009:114).



Figuren er hentet fra Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen/ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (u.å.), men tilsvarende også Vandvik (2009:114ff) sin beskrivelse og figur av begrepet evidensbasert medisin.

Figuren viser at de tre elementene, forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning, må kombineres innenfor den konteksten en arbeider i. Figuren kan gi inntrykk av at forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens preferanser er tre likeverdige komponenter, men slik, poengterer Vandvik (2009:114) er det ikke ment. To sentrale prinsipper ved evidensbasert medisin, nemlig evidenshierarkiet<sup>6</sup> og det faktum at evidens alene aldri er tilstrekkelig ved kliniske beslutninger, viser hvilken verdi forskningsbasert kunnskap bør tillegges, samt hvordan samspillet mellom de tre komponentene bør være (Vandvik, 2009:114ff).

Om evidenshierarkiet sier Vandvik at dette understreker at graden av pålitelig kunnskap kan variere, og at vi alltid bør tilstrebe evidens av høyeste kvalitet ved kliniske beslutninger. Han viser til at ulike kjernesporsmål vil kreve ulike forskningsdesign for å gi pålitelige svar, men fremhever samtidig at det *alltid* finnes evidens, selv om den kan være ekstremt svak og til liten nytte (Vandvik, 2009:114ff). Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes og Richardson (1996) sier da også at evidensbasert medisin heller ikke er begrenset til bare randomiserte forsøk og meta-analyser. Nortvedt og Jamtvedt skriver, i forhold til sykepleie, at alle forskningsmetodiske tilnærminger i prinsippet kan bidra i kunnskapsbasert praksis. Samtidig vektlegger forfatterne at innen kunnskapsbasert praksis gis spørsmålet om effekt av tiltak en sentral plass, det spørsmålet beskrives som helsetjenestens kanskje viktigste spørsmål (Nortvedt og Jamtvedt, 2009:67).

Punktet om at evidens alene aldri er tilstrekkelig ved kliniske beslutninger vektlegges av NSF når de poengterer at kunnskapsbasert praksis innebærer at sykepleiere bruker ulike kunnskapskilder, deriblant forskningsbasert kunnskap, i praksis. Forskningsbasert kunnskap alene er imidlertid ikke tilstrekkelig. Faglig skjønn som er basert på kliniske erfaringer og etiske vurderinger, samt pasientens ønsker, må være basis for sykepleiehandlinger. Også rammene sykepleiere arbeider innenfor, påvirker hvordan praksis utøves (Norsk

---

<sup>6</sup> Evidenshierarkiet innebærer en rangordning av forskningsdesign og kunnskapsgrunnlaget, der randomiserte kontrollerte forsøk (RCT-forsøk) betraktes som det beste og mest ettertraktede (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes og Richardson, 1996, Foss Hansen & Rieper, 2009:26ff og Ramsdal, 2009:170ff).



Sykepleierforbund u.å.). Mye av debatten har omhandlet dette og det er hevdet at evidensbasert sykepleie innebærer en holdning som med tiden vil fortrenge andre verdier, i første rekke de humanistiske og sosiale (Willman, Stoltz, Bathsevani, 2007:43). Ramsdal (2009:171ff) skriver at generelt sett kan "evidensbasert kunnskap" både være vitenskapsbasert kunnskap, eksperterfaringer og brukererfaringer, men han poengterer videre at en innenfor evidensbasert medisin stort sett oppfatter evidens som vitenskapelig fundert kunnskap, slik at det i praksis er foretatt en rangering av kunnskapsgrunnlaget. Dette tangerer det Ekeland (2009:153) også advarer mot: at en i praksis ikke skiller mellom evidensbasert kunnskap og evidensbasert praksis<sup>7</sup>. I svært mange av de engelskspråklige "lærebøkene" om evidensbasering innen sykepleien brukes da også begrepet evidence-based practice (EBP), eller evidence-based nursing practice, slik at selve praksisbegrepet her er integrert i språket også i forhold til sykepleie (Pearson, Field og Jordan, 2007, Larrabee, 2009 og Barker, 2010). Ramsdal hevder at en innen pleie og sosialfag gjør denne distinksjonen, mellom evidens basert kunnskap og evidensbasert praksis, i større grad enn i medisinen. Han viser til at en her i større grad har tatt til seg pasientenes egne opplevelser, og integrert teorier om empowerment, aktivering og skreddersydde behandlingsopplegg (Ramsdal, 2009:172). Som nevnt har Martinsen et annet ståsted. Hun kaller det "evidensialisme", der "alt er med" og der det ikke er mulig å få vite hva det er den evidensbaserte kunnskapen ikke duger til. (Hofstad, 2009 og Martinsen, 2009b).

### **2.3.3. Evidens som det sanne, det gode og det skjønne**

Evidens er et omdiskutert begrep. Og blant annet Eriksson og Martinsen (2009) beskriver et utvidet evidensbegrep, der evidens dreier seg om å se og å innse, og er nært knyttet til det å vite. For å vite hva som er gyldig må en kle det i ord og legge vekt på ordformingsarbeidet. Evidens beskrives å kunne fremtre i ulike former<sup>8</sup>. Det er relatert til at det er noe som viser seg, direkte eller indirekte, og som benevnes med ord og begreper. Evidente beskrivelser er således knyttet til begreper og evidente slutninger er knyttet til relasjonen mellom begreper (Martinsen og Eriksson, 2009:7 og Eriksson, 2009b:47ff). I tillegg beskriver Eriksson

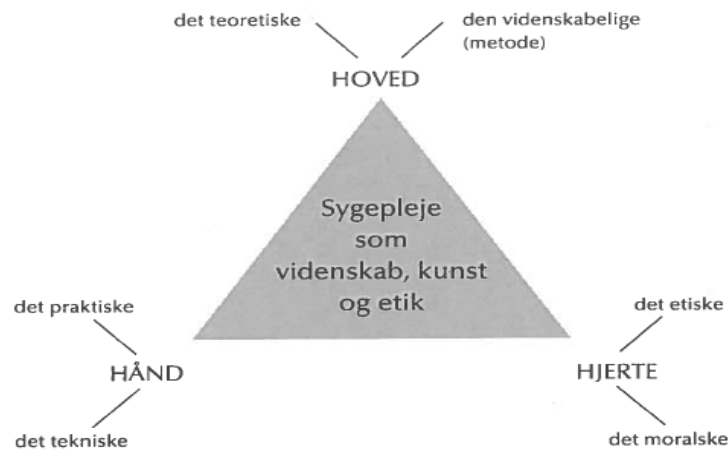
---

<sup>7</sup> Der evidensbasert kunnskap innebærer det "gamle" idealet om kontekstfri kunnskap og visjonen om å omsette kunnskap til teknologi, mens evidensbasert praksis er "det nye" med skjerpede metode og seleksjonskrav (gullstandarden) og der bruken av kunnskap er implementert i styringsregimer fremfor overlagt til den profesjonelle autonomien (Ekeland, T. J: Kunnskapssyn og evidensbasert praksis. Forelesning ved Høgskolen Stord/Haugesund, avd Haugesund 23.03.2010).

<sup>8</sup> Beskriver ontologisk evidens, kontekstuell evidens og "king's evidence" (Eriksson, 2009b:47ff).

(2009a:171) at evidens hører sammen med mot og visjoner, der visjoner blir til i møtet mellom historie, nåtid og fremtid.

Ifølge Eriksson, Nordman og Myllymäki (2002:33ff) kan ordet evidens sees ut fra to dimensjoner, en indre og en ytre dimensjon. Den indre dimensjonen refererer til intersubjektive forhold, det som mennesket opplever som åpenbart, åpenlyst, tydelig og naturlig i tillegg til forhold som er virkelige, sanne, riktige og ekte. Den ytre dimensjonen referer til formidlet kunnskap eller viten, som er ubestridt, utvilksom, saklig fremstilt, realistisk og konkret og som er bevis for noe. Forfatterne påpeker også at dette er et bredere evidensbegrep enn både det som fremgår av sykepleievitenskapelig litteratur og det som i alminnelighet betraktes som evidens. Fenomenet evidens beskrives videre å kunne forstås med utgangspunkt i den såkalte ”hode-hånd-hjerte-modellen”:



Hentet fra Eriksson et al. (2002:35).

Selve modellen er begrunnet i at sykepleie er både kunst og vitenskap, og modellen utgjør slikt sett et logisk grunnlag for evidensbasert omsorg og sykepleie. Hodet (”det sanne”) i modellen står for logisk tenkning, der kunnskap om virkeligheten forenes med det systematisk sykepleievitenskapelige. Hjertet (”det skjønne”) referer til det etiske, slik at det gode ved den gode omsorg er evident fordi det av natur er etisk, og hånden (”det gode”) referer til den tenkende og gjenkjennende hånd, idet det er ved håndens hjelp at omsorgen blir til kunst (Eriksson et al., 2002:34ff).

## **2.4. Presentasjon av forskningsstatus på feltet**

Tidligere forskning på feltet ble studert under hele forskningsprosessen, og har således påvirket min (for-)forståelse. I tillegg utgjør tidligere forskning et viktig grunnlag i forhold til å belyse denne studiens funn. Dette ved at studiens funn kan relateres til og sammenlignes med tidligere forskningsfunn.

### **2.4.1. Kildesøk**

Hovedsøket etter relevante bøker, artikler og forskningsmateriale fant sted høsten 2010 og våren 2011. I november 2011 ble det gjort enkelte vilkårlige nye søk, men disse var ufullstendige da det kun ble søkt i BIBSYS, SweMed, Ovid og Idunn og kun med noen av søkeordene.

I hovedsøket ble det søkt i Ovid, - inkludert AMED, British Nursing Index, Embase, Ovid MEDLINE, Ovid Nursing Database og PsychINFO, samt CINAHL, Evidence Based Nursing, ProQuest, PubMed, Svemed og Idunn. I tillegg ble det gjort søkt i BIBSYS.

Jeg startet med å søke i SveMed da søkene der også bidro som hjelp til å finne den rette MeSH-terminologien i forhold til de engelskspråklige databasene. Norske søkeord som sykepleie, intensivsykepleie, kunnskap, kunnskapsbasert praksis, kunnskapsgrunnlag og evidens ble brukt, noen enkeltvis og noen i kombinasjon med hverandre. I engelskspråklige baser ble MeSH-ordene Clinical Competence, Education, Intensive Care, Nursing, Critical Care, Knowledge, Health Knowledge, Attitudes, Practice, Evidence Based Medicine /Nursing og Caring Nursing Science benyttet. Enkelte alene, men de fleste i ulike kombinasjoner med hverandre. I noen av databasene ble \* eller \$ (truncation) brukt for å avgrense søkene. I tillegg ble referanselistene i den mest relevante forskningslitteraturen gransket.

Tidvis viste søkene seg å være svært brede, slik at antallet funn oversteg det som var mulig å sette seg fullstendig inn i. Listene ble da skimlet, sammendrag/ abstract ble lest for de som virket interessante, men det er likevel alltid en mulighet for at potensielt relevante kilder kan

ha blitt oversett. I tillegg var enkelte kilder, som ble vurdert å være svært relevante, ikke publisert, slik at de ikke kunne videresendes til norske internettadresser.<sup>9</sup>

Etter hvert kjente jeg igjen forfattere og kilder som det refereres mye til og tilgjengelig materiale har kommet opp i en betydelig mengde, slik at det som presenteres i det følgende utgjør kun en liten andel. Mye av litteraturen er basert på forskning utenfor Norge og Norden. Det er ifølge Vincent og Singer (2010) noe ulik organisering av arbeidet ved intensivavdelinger på verdensbasis, slik at i den følgende presentasjonen velger jeg å presentere de studiene som er mest mulig relatert til en norsk kontekst, samt utenlandsk forskning som jeg vurderer at har hatt stor betydning i forhold til min forforståelse.

#### **2.4.2. Sentrale kilder**

Det er gjort en del undersøkelser, som i større eller mindre grad korrelerer med mitt tema, både internasjonalt og i Norge. Samtidig har jeg til gode å finne undersøkelser som har spesifikt den samme kontekst, intensivavdeling ved mindre sykehus, samme metode og der intensivsykepleierens kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse er tema.

Kanskje den viktigste ”internasjonale” kilden i forhold til min forforståelse er Benner, Hooper-Kyriakidis og Stannard (1999) ”Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care”<sup>10</sup>. Denne boken baserer seg på en undersøkelse av totalt 205 sykepleiere i ulike typer intensivavdelinger, der metodene for datasamling er intervju og deltagende observasjon. Fokuset er på klinisk tenkning. Praktisk kunnskap i form av ”know how” sees som oppnådd gjennom erfaring i direkte sykepleieutøvelse og ved å ta opp i seg den lokale kulturelle praksisen. Ved ypperlig praksis kan en ha ”know how”, - vite hvordan, uten ”knowing that”, - som er knyttet til teoretisk og formell kunnskap. ”Know how” kan altså strekke seg utover gjeldende teoretiske formuleringer, samtidig som det presiseres at ”know how” ikke må forsinke teoretisk utvikling (Benner et al, 1999:5ff og 569). Begrepet evidensbasering brukes, så vidt jeg har funnet, ikke eksplisitt i boken.

---

<sup>9</sup> Dette gjelder spesielt en upublisert doktorgradsavhandling av Christensen (2008) med tittelen Advancing Practice in Critical Care Nursing.

<sup>10</sup> Det er mulig å diskutere om denne boken burde vært presentert som ”teori” fremfor forskning, men i og med at den er basert på forskningsfunn velger jeg å presentere den her.

Det er også gjort undersøkelser om kunnskapsgrunnlaget for praksisutøvelsen i Norge. Spjelkevik (2000) beskriver i sin hovedoppgave sykepleieforskningens plass i akutt sykepleie. Gjennom kvalitative intervju fant hun, den gang, at det var behov for å utvikle og anvende sykepleiekunnskap som blant annet kunne bidra til å artikulere taus kunnskap, øke kunnskapen om pasienter og pårørendes erfaringer og opplevelse og utvikle sykepleiefaglige metoder. Samtidig fant hun at sykepleieforskning ikke var prioritert verken ”utført” eller anvendt i akutt sykepleie, og hun beskriver en rekke kulturelle og kontekstuelle faktorer som bidro til dette. Begrepet evidens /kunnskapsbasert praksis er ikke nevnt spesifikt i oppgaven.

Lykkeslet (2003) har også studert kunnskap i sykepleie. I doktorgradsavhandlingen er handlingskunnskap i praksis tema. Studien er basert på data innhentet ved deltagende observasjon, og fokuset er knyttet opp mot praksiskunnskapsbegrepet. Funnene i studien viser blant annet at det som skiller den praktiske kunnskapen fra for eksempel teoretisk kunnskap, er at den er en tilstedeværende kunnskap, idet den er tilstede i situasjonene og landskapet den hører hjemme i.

Skår har i sitt doktorgradsarbeid studert læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse. Hun har hatt dybdeintervju og fokusgruppeintervju med sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Hun finner i forhold til bruk av kunnskap i sykepleieutøvelse at det kreves både personlig kapasitet og situasjonsbetinget erfaring for å kunne bruke kunnskap i sykepleieutøvelsen, - som sykepleierne beskrev som preget av konstant endring og komplekse arbeidssituasjoner. Skår konkluderer med at bruk av kunnskap er relatert til personlige egenskaper i interaksjon med sosiale omgivelser, og stiller spørsmål med om det er mulig å oppnå ekspertstatus i dagens sykepleiepraksis som er preget av stadige endringer (Skår, 2010a og Skår, 2010b).

Også Etty har forsket på læring og kunnskapsdannelse i sykepleiepraksis. Men hun har hatt mulighetene for læring og kunnskapsutvikling i ”sykehuset som organisasjon” som sitt utgangspunkt. Hun beskriver i sitt doktorgradsarbeid et gap mellom sykehusets strategiske visjon om å være ”en lærende organisasjon” og hvordan dette overføres og angripes i det pågående arbeidet. Hun konkluderer blant annet med at den fysiske utformingen kan bidra som barrierer for praksisbasert læring og kunnskapsutvikling (Etty, 2010).

Jensen (2008) sin rapport fra ProLearn- studien<sup>11</sup> beskriver, på bakgrunn av dokumentanalyse, spørreskjemaundersøkelse, dybdeintervju, læringslogger og fokusgruppeundersøkelse knyttet til fire ulike yrkesgrupper, at sykepleiere ser for seg endringer i kunnskapsbase og læringskrav relatert til endringer i helsevesenet og fremveksten av nye pasientgrupper. Sykepleierne beskriver sin hverdag som fylt av rike læringsmuligheter og der det er en del av deres profesjonsidentitet å holde seg oppdatert. Forskning tas i bruk gjennom utvikling av lokale arbeidsprosedyrer. Samtidig finner de at ”læringstrykket” kan bli for intenst, slik at praktikerer kjenner seg overforet på nye impulser, som kan underdrive læringsdrivet basert på nysgjerrighet. Det beskrives en stor aktivitet i profesjonen, samtidig som det kan være en utfordring å finne tid og rom for kunnskapsengasjement.

Dåvøy (2005) har utført en kvalitativ studie av operasjonssykepleieres bruk og utvikling av faglig skjønn. I studien konkluderes det med at det faglige skjønn blir sett som både verdifullt og viktig i yrkesutøvelsen. Skjønnen fordrer handlingsklokskap i forhold til det som kan være annerledes, og videre vektlegges det at evnen til refleksjon også inngår som en del av det faglige skjønnen. Skjønnsutøvelse utgjør kvalitet, og er kunnskap av ypperste klasse. Skjønnen beskrives også som evident.

Det er også en del forskning som spesifikt tar utgangspunkt i begrepene evidensbasert / kunnskapsbasert praksis. Grønvik tar utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis når hun undersøker forholdet sykepleiere ved kirurgisk avdeling har til forskningsbasert kunnskap. Hun finner at sykepleierne har et fjernt forhold til forskningsbasert kunnskap, og at årsakene til dette finnes både på individ og systemnivå (Grønvik, 2007).

Mangen (2009) tar også utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis- begrepet. Studien er en kvalitativ studie av ergoterapeuters forståelse av kunnskapsbasert praksis- begrepet, og det konkluderes i studien med at det ikke eksisterer en felles forståelse av kunnskapsbasert praksis blant norske ergoterapeuter, slik at det blir anvendt i den enkeltes praksis ut fra den enkeltes egen forståelse av hva begrepet innebærer. Den enkeltes forståelse er utviklet innen diskurs og kontekst.

Værland (2007) sin studie ”Evidensbasert sykepleie i møte med praksis” er knyttet til evidensbasering i en intensivkontekst. Gjennom kvalitative intervju undersøker hun intensivsykepleieres erfaringer med å arbeide protokollbasert, i form av protokoll for

---

<sup>11</sup> ProLearn studien var knyttet til forskningsrådets KUL- program (kunnskap, utvikling og læring) som gikk fra 2003-2007. ProLearn-studien omhandlet profesjonslæring i endring (Jensen, 2008).

respiratoravvenning, og der protokollen spesifikt benevnes som evidensbasert. Hun finner at protokollen er nyttig, men at den i liten grad beskriver sykepleien til den aktuelle pasientgruppen. Hun konkluderer med at dersom en bare fokuserer på denne typen kunnskap kan andre deler av kunnskapen innen intensivsykepleie bli usynliggjort eller forsvinne (Værland, 2007).

Også Haugdahl (2004) har hatt respiratoravvenning som utgangspunkt. I denne studien, der data er innhentet ved intervju og deltagende observasjon, har intensivsykepleieres kompetanse vært i fokus. I studien konkluderes det med at intensivsykepleieres kompetanse ved respiratoravvenning ikke kan fastlegges i generelle termer eller gis en absolutt definisjon, den må derimot sees i forhold til konkrete situasjoner. Både utøvelse av skjønn og at det eksisterer et faglig fellesskap beskrives som viktig. Og det vektlegges at protokoller ikke kan erstatte dette, men kan fungere som et referansepunkt inn mot en bedre felles faglig forståelse.

Forhold knyttet til protokollbasert respiratoravvenning har også Hansen (2009) sett på i sitt doktorgradsarbeid. Hansen sitt fokus var på forskjellene i legers og sykepleieres forståelse av protokollbasert respiratoravvenning. Hun finner blant annet at det å ha kjennskap til prosessene i det tverrfaglige arbeidet er viktig, at en må ha fokus på systemtenkning for å få utveksling av kunnskap og erfaringer og at det finnes mye kunnskap ”ved sengen” som det er verdt å lytte til.

I tillegg til det som presenteres her er det blant annet mye forskning om evidensbasering, - hvordan den kan implementeres, effektene av å arbeide evidens eller protokollbasert og så videre. Det er også skrevet en rekke artikler med synspunkter på ”kunnskap” og ”evidens” innen sykepleien, men som ikke viser til egen forskning. Estabrooks, Winther og Derksen (2004) finner da også i sin litteraturstudie at størsteparten av publiserte artikler i perioden 1972 til 2001 innen sykepleie er meninger (opinions) fremfor egen forskning. Slike artikler kan også sees som aktuelle vinklinger og synspunkt for å belyse denne studiens funn, men er naturlig nok ikke presentert her under tidligere forskning.

### **3. Metode**

I dette kapitlet følger en redegjørelse for de valg og fremgangsmåter som er benyttet for å utforske og beskrive intensivsykepleierne sitt kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse.

Først blir valg av forskningsdesign presentert, samt designets vitenskapsteoretiske forankring. I en videreføring av det retter jeg spesielt fokus mot forforståelsens plass og det faktum at deler av studien er gjennomført i eget miljø. Deretter følger en redegjørelse av fokusgruppeintervju, som er valgt metode for produksjon av data. Metoden settes inn i en bredere referanseramme, før bakgrunn for valg av metode diskuteres sammen med metodens sterke og svake sider. Deretter rettes fokus mot prosessen rundt utvelgelse og rekruttering av informanter, før jeg ser nærmere på forhold knyttet til selve gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene.

I etterkant av intervjuene ble lydopptakene transkribert og aspekt i forbindelse med transkriberingen blir så diskutert. Deretter følger en beskrivelse av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2003), som er den valgte metode i forbindelse med analyse. Metoden sees i relasjon til denne studien spesielt. Til slutt utdypes aspekt knyttet til vitenskapelighet, validitet og reliabilitet, samt en kort oppsummering av etiske momenter som ikke er inkludert i tidligere deler av kapitlet.

#### **3.1. Valg av forskningsdesign**

Generelt skiller en ofte mellom kvalitative og kvantitative data, men som Kalleberg poengterer er det ikke like treffende å skille mellom kvantitative og kvalitative metoder. Dette fordi de fleste samfunnsvitenskapelige metodeopplegg omfatter både tekst og tall (Kalleberg, 1996:43). Både Wadel og Aase og Fossåskaret vektlegger at en likevel ikke må underslå forskjellene mellom de to tilnærmingene. De to er ikke motsetninger av hverandre, og ved å markere særtrekk og egenskaper ved hver av tradisjonene ser en lettere at de bidrar med ulike kunnskapsdimensjoner. Ved de valg og metodedisposisjoner en gjør, orienterer en seg i kvantitativ eller kvalitativ retning (Wadel, 1991:9ff og Aase og Fossåskaret, 2007:12ff). Denne oppgaven er kvalitativt orientert.



Malterud beskriver kvalitative metoder som forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres. De kan bidra til å presentere mangfold og nyanser (Malterud, 2003:31). Hensikten med denne studien har vært å utforske og beskrive intensivsykepleiernes kunnskapsgrunnlag, med utgangspunkt i deres egenbeskrivelser, samt å se dette i relasjon til kunnskapsbasert praksis- begrepet. Jeg ønsket å ta utgangspunkt i den faktiske praksisutøvelsen av intensivsykepleie og på bakgrunn av det frembringe kunnskap om hvordan de opplever og forstår fenomenet, reflekterer over og anvender det. Dette er nærliggende til det Malterud generelt beskriver som målet for kvalitative metoder ”å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innen deres naturlige sammenheng” (Malterud, 2003:31).

## **3.2. Vitenskapsteoretisk grunnlag**

Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning, fenomenologi og hermeneutikk (Malterud, 2003:31). Jeg velger her kort å presentere disse tradisjonene da de påvirker mine perspektiver, men jeg vil presisere at denne oppgaven ikke eksplisitt står i en fenomenologisk eller hermeneutisk tradisjon. Jeg retter spesielt fokus mot bevissthet rundt egen forforståelse.

### **3.2.1. Fenomenologi**

Fenomenologi er først og fremst et kunnskapsteoretisk anliggende. Fenomenologiens grunnlegger, Edmund Husserl var da også mest opptatt av å forstå kunnskapen, dens natur og vilkår. Hans hovedinteresse var således ikke primært å studere empiriske fenomener, men bevisstheten, og den måten fenomenene er gitt for vår bevissthet på (Thornquist, 2003:84). Polit og Beck (2012:737) definerer fenomenologi som en kvalitativ forskningstradisjon, med røtter i filosofi og psykologi, som fokuserer på menneskers opplevde erfaringer. Slikt sett er fenomenologi da også, i forhold til kvalitativ forskning, et begrep som viser til en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, på bakgrunn av en forståelse av at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter (Kvale og Brinkmann, 2009:45). Fenomenologiske forskere spør etter

”essensen” og ”meningen” i et fenomen. Det er essensen som gjør fenomenet til det det er, og uten essensen ville det ikke være det. Videre søker fenomenologene subjektive fenomener, i den oppfatning at viktige sannheter om virkeligheten bygger på menneskers levde erfaringer (Polit og Beck, 2012:494).

Dette samsvarer godt med perspektivet for denne studien. Det er (jmf kap. 2.3.) debatt om forståelsen og innholdet i begrepene ”kunnskapsbasert praksis” og ”evidens”. Og utgangspunktet for denne studien er å se begrepene, men med fokus på intensivsykepleiernes egne opplevde erfaringer og perspektiver på hva som utgjør kunnskapsgrunlaget for deres praksis. Videre er systematisk tekstkondensering, som er den analytiske metoden som ble benyttet i analysearbeidet i dette studiet, inspirert og modifisert med utgangspunkt i Giorgis fenomenologiske analyse (Malterud, 2003:99).

### **3.2.2. Hermeneutikk**

I følge Malterud (2003:50) hører de kvalitative metodene hjemme i en hermeneutisk erkjennelsestradisjon. Hermeneutikk kommer fra gresk og betyr utlegningskunst eller forklaringskunst. Selve ordstammen finner en igjen i gudenavnet ”Hermes”, som var budbringer mellom guder og mennesker. Det er knyttet til forståelse og fortolkning, og kan sees som en reaksjon på naturvitenskapenes enerett på metode i vitenskapelig sammenheng, idet den avviser tesen om alle vitenskapers prinsipielle likhet<sup>12</sup>. I hermeneutikken står tolkning av tekst sentralt, og historisk sett startet denne tradisjonen med tolkning av bibeltekster, men hermeneutikken har etter hvert både utviklet seg og fått et videre virkefelt (Gilje og Grimen, 1993:143, Thornquist, 2003:138ff, Malterud, 2003:51 og Ödman, 2007:11). I følge Jordheim ser Gadamer hermeneutikkens perspektiv som universelt, og knytter denne påstanden opp mot språkets betydning. ”Selv fysikken er språk, i det minste i den grad den utgjør det Gadamer selv kaller en sosial livsfaktor” (Jordheim, 2003:106). Slik at universaliteten ligger i at ”hvis alt er språk, kan alt likeledes forstås og fortolkes og får dermed en hermeneutisk dimensjon” (Jordheim, 2003:106).

Gadamer beskriver forståelsens sirkel, som innebærer den hermeneutiske regel om at man skal forstå helheten ut fra delen og delen ut fra helheten. På den måten blir foregripelsen av

---

<sup>12</sup> Innebærer at det fins minst to hovedtyper av vitenskapelig virksomhet, - naturvitenskap og vitenskap om menneskelig og meningsskapende liv, og to logisk sett forskjellige typer av forklaringer (Thornquist, 2003:140).

mening med tanke på helheten til eksplisitt forståelse ved at de deler som lar seg bestemme ut fra helheten, selv bestemmer den samme helheten (Gadamer, 2003:33). Denne hermeneutiske sirkelen er kanskje det viktigste begrepet innen hermeneutikken. Den peker på forbindelsene mellom det vi skal fortolke, forforståelsen og sammenhengen eller konteksten det fortolkes i. Fortolkning består altså av stadige bevegelsene mellom helhet og del, mellom det vi skal fortolke og vår egen forforståelse og mellom det vi skal fortolke og konteksten det fortolkes i. I fortolkningen er disse aspektene avhengig av hverandre. Dette gjør også at fortolkninger alltid blir begrunnet ved å vise til andre fortolkninger, i en sirkel<sup>13</sup> som det ikke er noen vei ut av (Gilje og Grimen, 1993:153ff).

Samfunnsforskere må i tillegg forholde seg til en verden som allerede er fortolket av de sosiale aktørene selv, jamfør Giddens begrep ”dobbel hermeneutikk”<sup>14</sup>, og en kan grovt sett skille mellom to måter å gjøre dette på. En kan se bort fra de sosiale aktørenes beskrivelse fordi slike beskrivelser ofte er feilaktige, eller en kan gi aktørenes beskrivelser fundamental betydning. Blant annet Gadamer kritiserer tradisjonelle hermeneutikere for å ville gjøre åndsvitenskapen objektiv på linje med naturvitenskapen, idet fortolkeren måtte frigjøre seg fra sin egen historiske tenkemåte. Dette stiller Gadamer seg kritisk til, idet vi verken kan løsrive oss fra eller fullt ut erkjenne vår språklig-historiske situerhet. Gadamer understreker at selve vår måte å eksistere på er hermeneutisk. Vi har alle en meningshorisont i den forstand at vår verden allerede er gitt betydning (Gilje og Grimen, 1993:144ff og Thornquist, 2003:162ff). Eller som Gadamer selv sier: ”Den hermeneutiske erfaring foregår ikke slik at det finnes noe utenfor som ønsker å komme inn: Vi er snarere inntatt av noe, og nettopp gjennom det som inntar oss, er vi åpne for det nye, det andre, det sanne” (Gadamer, 2003:59).

### **3.3. Forforståelsens plass**

Forforståelsen og den menneskelige faktoren i kunnskapsproduksjonen spiller en rolle underveis i hele forskningsprosessen, både underveis i datainnsamlingen, i analysen og når innsikten presenteres for andre (Malterud, 2003:43). Holther (1996:13) skriver at

---

<sup>13</sup> Den hermeneutiske sirkel kan egentlig betegnes som en spiral, idet man ikke blir stående på samme sted (Gilje og Grimen, 1993:155).

<sup>14</sup> Giddens ser samfunnsfagene som bygget på en dobbel hermeneutikk. De må på den ene siden forholde seg til en verden som allerede er fortolket av aktørene selv, samtidig som de skal drive forskning og må rekonstruere aktørenes fortolkninger ved hjelp av teoretiske begreper innen et samfunnsvitenskapelig språk (Gilje og Grimen, 1993:146).

forforståelsen kan bygge på nettopp egne erfaringer med forskningstemaet, teoretiske tankeganger, kvantitative data og andre undersøkelser. Hun påpeker at forforståelsen i kvalitative undersøkelser blir mer intensivt brukt, og at egne erfaringer også har en åpen plass i prosessen. Den hermeneutiske vitenskapstradisjonen i vår tid er ikke bare opptatt av hvordan man får tilgang til andre aktørers mening og kontekst, men også på fortolkerens kontekst (Paulgaard, 1997:73). Gadamer bruker begrepet fordommer, men som han poengterer ligger det i hans bruk av begrepet at det kan vurderes både positivt og negativt (Gadamer, 2010:307). Thornquist viser til Gadamer når hun beskriver (for-)forståelsen historitet, der språk og tradisjon er viktige elementer. Fordi vi er historiske vesener forstår vi i kraft av fordommer som aldri bare er individuelle og private (Thornquist, 2003:162ff). Gadamer utdyper og utvider det historiske og påpeker, blant annet i det han kaller virkningshistoriens prinsipp, at den historiske interessen ikke bare retter seg mot den historiske fremtredelsen og sekundært også dets historiske virkning. En virkningshistorisk spørsmålsstilling er i virkeligheten et nytt krav som ikke er til forskningen, men til forskningens metodiske bevissthet, og som gir seg med nødvendigheten av den historiske bevissthetens selvrefleksjon. Den virkningshistoriske bevissthet er i utgangspunktet en bevissthet om den hermeneutiske situasjonen, men som Gadamer påpeker er det å bli bevisst på situasjonen en særlig vanskelig oppgave (Gadamer, 2010:338ff).

Gilje og Grimen sier at forforståelse er et nødvendig vilkår for at forståelse overhodet skal være mulig. Og i forforståelsen inngår mange komponenter, deriblant ens språk og begreper, ens trosoppfatninger og forestillinger om verden og ens personlige erfaringer (Gilje og Grimen, 1993:148ff). Men som Gadamer også påpeker kan den som ønsker å forstå ikke i utgangspunktet stole på sin egen tilfeldige foroppfatning, for dermed så konsekvent og hardnakket som mulig å overhøre tekstens mening – helt til den blir umulig å overhøre og kullkaster den angivelige forståelsen. Den som vil forstå en tekst, er tvert i mot åpen for å la den si ham noe: ”Det gjelder å bli klar over sin egen forutinntatthet, slik at teksten selv kan fremstå i sin annerledeshet og dermed få muligheten til å spille sin saklige sannhet ut mot ens egne foroppfatninger” (Gadamer, 2010:306).

Det at et av fokusgruppeintervjuene fant sted i ”eget miljø” opplevde jeg nødvendiggjorde en enda større bevissthet på min egen forforståelse og ”situasjonelle plassering”. Noe jeg derfor velger å gå nærmere inn på.

### 3.3.1. Egen forforståelse og forskning i eget miljø

Vitenskapsteori i dag avviser tanken om en nøytral forsker uten innflytelse på kunnskapsutviklingen. Spørsmålet i dag er således ikke om forskeren påvirker prosessen, men hvordan (Malterud, 2003:43ff). Både før oppstart og underveis i studien har jeg reflektert omkring min egen forforståelse. Jeg har valgt å studere et felt der jeg selv er kjent og har min yrkesmessige hverdag. Jeg er selv intensivsykepleier og har siden 2003 arbeidet pasientnært i ulike intensivavdelinger. Malterud (2003:47) beskriver forforståelsen som en viktig side for å sette i gang med forskning av et bestemt tema, og slik var det nok også i dette tilfellet. Min egenerfaring og arbeidshverdag i intensivavdeling ligger til grunn for selve valget av tema.

I arbeidet med denne studien har forsøk på å reflektere over, og i så stor grad som mulig forsøke å finne, mitt ståsted og min forforståelse vært en del av prosessen. Malterud beskriver forforståelsen som en ryggsekk en har med seg, der bagasjen består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen en har med seg. Hun påpeker videre at en før en starter et feltarbeid skal en identifisere sin utgangsposisjon som forsker, og at det kan være nyttig å skrive dette opp (Malterud, 2003:46ff). Jeg forsøkte å sette ord (skriftlig) på min forforståelse før jeg startet intervjuene. På det tidspunktet hadde jeg allerede satt meg inn i en del teoretiske perspektiver, samt gjort meg kjent med tidligere forskning knyttet til tema. Og det var tydelig for meg at denne prosessen også hadde medført at min (for)forståelse hadde endret seg fra den forståelsen jeg selv hadde før jeg startet arbeidet med studien. Et eksempel er det faktum at før jeg startet på veien mot denne studien var selve begrepet ”kunnskapsbasert praksis”, et begrep jeg egentlig ikke hadde noe bevisst forhold til, og som jeg ikke hadde noen klar formening om hva innebar.

Samtidig som jeg forsøkte å sette ord på min forforståelse var jeg usikker på om jeg i stor nok grad hadde klart å bevisstgjøre meg selv på alle aspekt knyttet til denne. Noe jeg finner godt beskrevet hos Wadel, og det han sier når han bruker begrepet ”egen kulturkrets” om det å studere en del av sin egen virkelighet. I begrepet ligger antagelsen om at det er noe felles eller kjent, uten at det er lett å si hva dette noe er. Han viser til Schein sin påpekning av at ”faguttrykket kultur bør reserveres for grunnleggende antagelser og oppfatninger som opererer ubevisst, og som på en grunnleggende og ”tatt for gitt” måte definerer folks syn på seg selv og sine omgivelser” (Wadel, 1991:18). Nå tar Wadel riktignok utgangspunkt i feltstudier med deltagende observasjon som metode, men de grunnleggende tankene bak ser jeg like fullt som viktige å reflektere over også ved bruk av andre metoder i egen kultur. For

det er ikke lett å se de begrensninger ens egen posisjon har for forståelse fordi mye av den kunnskapen vi orienterer oss etter i dagliglivet ikke er like synlig for oss selv (Paulgaard, 1997:81).

Det er flere innvendinger mot det å forske i eget miljø og flere betoner det som problematisk. Repstad (2007:39) påpeker at: ”å opprettholde distanse og upartiskhet er alltid et problem i kvalitative studier og problemet settes på spissen hvis man har et personlig forhold til noen i det miljøet man utforsker”. Samtidig er Repstad (2007) tydelig på at disse innvendingene ikke er noe absolutt argument mot slik forskning, men noe det er viktig å være bevisst på, og at det også kan være fordeler med forhåndskunnskap idet den kan sette en bedre i stand til å forstå.

I det ene intervjuet var alle deltakerne i form av statusen ”deltaker i fokusgruppeintervju” personer jeg til daglig samhandlet med i andre status- og rollesett, som kollegaer. I forhold til de andre intervjuene viste det seg å være noen jeg tidligere hadde samhandlet med i ulike status og rollesett, i forbindelse med mine eller deres studier eller som tidligere kollegaer, men det var også intervju der jeg ikke hadde samhandlet med noen av deltakerne. Tanker omkring dette var årsaken til at jeg valgte å ta med en assistent som ikke hadde den samme ”historien” med status- og rolle-relasjoner til deltakerne, og at jeg bevisst også valgte å ha intervju ved intensivavdelinger der det var svært sannsynlig at jeg kun ville møte informanter som jeg ikke tidligere hadde samhandlet med.

Ordet individ kommer fra latin, og betyr udelelig, men i sosial sammenheng opptrer vi ikke med hele oss. En opptrer med deler av seg selv (Wadel, 2008:24). Begrepene status og rolle kan være beskrivende i en slik sammenheng, der statusbegrepet innebærer en posisjon med et tilknyttet sett av rettigheter og plikter. En observerer ikke statuser, men aktiveringen av dem, eller det som kan betegnes som roller. En rolle dreier seg altså om den faktiske atferden en person velger ut fra sin status, og det er et visst slingsrom, slik at en status innebærer ulike rolleutforminger, men ikke hvilken som helst rolleutforming. Statussett og rollesett er grunnleggende enheter for samhandling, og innebærer blant annet at vi må samordne hvem vi skal være overfor hverandre. (Aase og Fossåskaret, 2007:61ff og Wadel, 2008:24ff).

Wadel (2008:25) sier at samhandling også innebærer å samordne aktiviteter og handlinger, og at i dette innebærer en samordning av de mål og hensikter vi har med samhandlingen. Satt på spissen ligger det i dette også blant annet et aspekt knyttet til validitet i vid forstand, igjen spesielt knyttet til de informantene som også var kollegaer. Var deres rolleutøvelse i statusen som informant påvirket av deres status som kollega? Dette var selvfølgelig tilsvarende for

meg i min rolleutøvelse av min status. Jeg opplevde at intervjuet i egen avdeling var det ”vanskeligste”, noe som også samsvarer med Wadel (1991:18) sin beskrivelse om at det nettopp kan være vanskeligere å få tak i forhold i vår egen kultur, nettopp fordi slike forhold tas for gitt, eller som en av deltakerne der kommenterte på et spørsmål: ”Ja, men Heidi. Dette vet du jo...”.

På den annen side kan fordelene med å studere i eget miljø rent praktisk være at en kan ”språket” (Wadel, 1991:18). Og i intervjusituasjon opplevde jeg flere ganger at dette var en stor fordel. I intervjusituasjonen brukte intensivsykepleierne tidvis en ”spesialisert”, teknisk og medisinsk terminologi. Og for i det hele tatt å forstå hva de snakket om var det en nødvendighet å vite hva disse begrepene innebar. Samtidig som det for så vidt kan tenkes at de hadde valgt å bruke andre ord og uttrykk dersom de ikke hadde visst at jeg var intensivsykepleier.

Det faktum at et av intervjuene foregikk ved egen arbeidsplass medførte også spesielle etiske overveielser, deriblant forhold knyttet til anonymisering, idet en av intensivavdelingene var lettere identifiserbar. Dette temaet ble derfor spesielt reflektert rundt og diskutert med veileder og i fellesforum i forbindelse med studiet. I tillegg ble det tatt opp og diskutert spesielt pr telefon med kontaktperson i Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). NSD mente at dette var etisk forsvarlig, spesielt idet deltakerne i fokusgruppeintervjuet utgjorde en liten andel av aktuelle mulige informanter (fra avdelingen), og at ingen videre tiltak var nødvendige. For å sikre anonymiteten ytterligere har jeg likevel valgt å unnlate å henvise til enkeltinformanter i gjengivelse av sitater og det fremgår derfor heller ikke hvilket av intervjuene det enkelte sitat er hentet fra i presentasjonen av data (jmf kap. 4.).

### **3.4. Produksjon av data<sup>15</sup>**

Jeg vil her gjøre rede for hvordan jeg har gått frem for å utføre egen forskning med utgangspunkt i de grunnforutsetninger som er redegjort for ovenfor. I denne studien er som nevnt fokusgruppeintervju valgt som metode for produksjon av data, nærmere bestemt fokusgruppeintervju av intensivsykepleiere ved ulike intensivavdelinger. Etter en presentasjon

---

<sup>15</sup> Jeg velger her bevisst å bruke begrepet produksjon, fremfor innsamling av data. Både generelt fordi jeg ønsker å bevisstgjøre at data ikke er noe som ligger ferdig ”der ute” og som jeg så (helt uten påvirkning) har samlet inn, men derimot er produsert i en ”prosess”, og spesielt fordi data i fokusgrupper, som blant annet Morgan (1997:1ff) påpeker, *produseres* gjennom en gruppeinteraksjon.

av denne metoden og en plassering av den i en bredere vitenskapelig kontekst, samt en diskusjon omkring selve valget av metode, går jeg nærmere inn på prosessen rundt utvelgelse og rekruttering av forskningspersonene. Jeg ser videre på aspekt knyttet til intervjuguide og selve intervjusituasjonen før fokus rettes mot forhold knyttet til transkripsjon og analyse, der Malteruds systematiske tekstkondensering er valgt.

### **3.4.1. Fokusgruppeintervju**

Wibeck (2010) beskriver fokusgrupper som en metode som anvendes for å studere menneskers forestillinger, kunnskaper, holdninger og vurderinger. Fokusgrupper har sitt historiske utgangspunkt i sosiologiske forskeres utprøving av alternative metoder for å gjennomføre intervju på 1930-tallet, og etterfulgt av Mertons, Fiske og Kendall klassiske arbeid, der mange av prosedyrene fortsatt er akseptert som vanlig praksis, var det likevel først i forhold til pragmatiske markedsundersøkelser at fokusgrupper ble omfavnet på 50-tallet. På 80-tallet gjenoppdaget akademikere fokusgruppeintervju, og selv om de ofte trakk lærdom av utøverne av markedsundersøkelser, var det noen av de aksepterte praksisene som måtte tilpasses for å fungere i akademiske settinger. Samtidig som en også gikk tilbake til Merton sitt arbeid. I tillegg til dette er dagens fokusgrupper utviklet fra to andre hovedkilder, nemlig klinisk psykologi sin bruk av gruppeanalyse og terapi, samt sosial psykologiske studier om gruppedynamikk. Det har vært interdisiplinært samarbeid og migrering av forskere fra et felt til et annet, men det er likevel fortsatt fundamentale forskjeller, med ulike markerte meningsforskjeller og fremgangsmåter, som reflekterer ulike karakteristiske intellektuelle prioriteringer (Krueger og Casey, 2009:2ff og Stewart, Shamdasani og Rook, 2007:2ff).

Krueger og Casey (2009:2) beskriver fokusgrupper som en spesiell type av grupper, både med hensyn til hensikt, størrelse, sammensetning og prosedyrer/ fremgangsmåter. Morgan påpeker at fokusgrupper, som en form for kvalitativ forskning, i bunn og grunn er gruppeintervjuer, men ikke i den henseende at det er en veksling mellom forskerens spørsmål og deltakernes svar. Derimot er det selve interaksjonen innenfor gruppen som vektlegges. Interaksjonen er basert på tema presentert av forskeren, som typisk inntar rollen som moderator. Selve kjennetegnet på fokusgrupper er deres eksplisitte bruk av gruppeinteraksjon for å produsere data og innsikt som vil være mindre tilgjengelig uten interaksjonen i en gruppe (Morgan, 1997:1ff). Fokusgrupper kan sies å ha fem karakteristiske trekk: ”Mennesker, som innehar



bestemte karakteristikk, som frembringer kvalitative data, i en fokusert diskusjon, for å bidra til å forstå det aktuelle emne” (Krueger og Casey, 2009:6 -egen oversettelse).

Før jeg går videre til å se på bakgrunnen for valg av fokusgrupper som metode samt styrker og svakheter ved denne metoden, vil jeg i videreførelsen av det å se på kvalitative metoder generelt, sette fokusgruppeintervju, som en form for gruppeintervju, inn i et bredere perspektiv ved å gå inn på det vitenskapelige grunnlaget for fokusgrupper spesielt.

### **3.4.1.1. Fokusgruppeintervju og sosiale konstruksjoner**

Det finnes i dag en rekke bøker som beskriver hvordan en skal gå frem ved fokusgruppeintervjuer (for eksempel Krueger og Casey, 2009, Wibeck, 2010 og Stewart, Shamdasani og Rook, 2007), men selve bruken av fokusgruppeintervju har generelt sett hatt mindre grad av teoretisk begrunnelse, og det mangler litteratur som setter fokusgruppeintervju inn i en teoretisk-metodologisk referanseramme. Noe også Brandth poengterer som en svakhet, idet teori og metode er to sider av samme sak (Brandth, 1996:146). I videreføringen av det hermeneutiske grunnlaget velger jeg derfor kort å presentere Brandths beskrivelse av gruppeintervjuer<sup>16</sup> satt i et konstruktivistisk paradigme, og der hun ser det i lys av symbolsk interaksjonisme.

Det konstruktivistiske paradigme, som alternativ til det positivistiske, ser verden som dynamisk og mangfoldig og hvor det er flere ulike mulige perspektiver eller fortolkninger av virkeligheten. Forskerens mål blir å forstå hvordan individer konstruerer sin virkelighet innen sin kontekst og gruppen fungerer som kontekst for meningskonstruksjonen (Brandth, 1996:152ff og Polit og Beck, 2012: 723). Videre beskriver Brandth hvordan tre elementer ved symbolsk interaksjonisme<sup>17</sup> er spesielt relevante ved gruppeintervju. Dette er interaksjon, mening og kontekst eller situasjon. Gjennom samhandling (interaksjon) utvikler mennesket

---

<sup>16</sup> Wibeck (2010:25ff) påpeker at fokusgruppeintervju kun kan sies å være en form for gruppeintervju, der tre aspekt utgjør viktige skiller mellom fokusgruppeintervju og andre gruppeintervju. Det er forskningsformål knyttet til fokusgrupper, data samles gjennom gruppeinteraksjonen og emnet er bestemt av forskeren. Brandth bruker betegnelsen gruppeintervju i sin beskrivelse, men påpeker direkte at fokusgrupper faller inn under hennes beskrivelse og at hun har forskningsøyemed som utgangspunkt. I tillegg er store deler av den litteraturen hun henviser til i forhold til praktisk gjennomføring om fokusgrupper (Brandth, 1996:145ff).

<sup>17</sup> Symbolsk interaksjonisme er et teoretisk perspektiv som vektlegger at mennesker er tenkende og handlende subjekt som bidrar til å skape verden rundt seg, istedenfor for å være et direkte produkt av omgivelsene (Brandth, 1996:153)

seg, og samfunnet består av mennesker i samhandling. Individene handler i relasjon til hverandre, deres handlinger er basert på hva andre tenker og gjør i samme situasjon, og dermed påvirker de hverandre. Meningsaspektet er viktig fordi mennesket fortolker verden og gir den mening. Det er slikt sett ikke normene, verdiene og rollene som er viktige for å forklare handling, men våre fortolkninger og definisjoner. Språket er viktig og en meningsdannende diskurs vil være avhengig av språket. Videre er mennesket ikke skarpt adskilt fra sin kontekst. Det er et gjensidig forhold mellom personen og omgivelsene, der både mikrososiologiske og makrososiologiske elementer utgjør situasjonen. Mennesket handler i hovedsak ut i fra den situasjonen de er i her og nå, gjennom samhandlingen defineres situasjonen, og bidrar til å danne grunnlag for både identitet og handling. I dette bildet blir gruppeintervjuet en kollektiv, relasjonell og dynamisk metode som bygger på at sosial mening blir til i samhandlingen mellom mennesker, - at meningskonstruksjonen er sosial. Materialet i et gruppeintervju ligger altså ikke klart til å bli samlet inn, det produseres underveis i samhandlingen mellom deltakerne. Og gruppeintervju er slikt sett ikke en metode for innsamling av materiale, heller en produksjonsmetode (Brandth, 1996:153ff).

#### **3.4.1.2. Bakgrunn for valg av fokusgrupper som metode i denne studien**

Flere metoder kunne vært aktuelle for å belyse tema. Aase og Fossåskaret (2007:13) poengterer at ved de metodedisposisjoner en gjør orienterer en seg ved ulike dimensjoner ved et fenomen, samtidig som en vanskelig kan belyse en dimensjon eller noen dimensjoner ved et fenomen uten å ha blick for den kunnskapen og forståelsen eget eller andre fag eventuelt har presentert om andre dimensjoner ved det samme fenomenet. Da denne studien hadde en utforskende og beskrivende hensikt var det kvalitative data som var ønskelige fremfor kvantitative data. Ulike andre kvalitativt rettede metoder som blant annet deltagende observasjon, kvalitative individuelle intervju eller bruk av "think aloud method" kunne vært aktuelle.

Think aloud method er brukt i enkelte studier som er utført om dette temaet i andre deler av verden. Denne kvalitative metoden brukes for å samle data om kognitive prosesser, og innebærer at en fanger opp deltakernes refleksjoner omkring avgjørelser og problemløsning i selve situasjonen (Polit og Beck, 2012:744). Metoden ble ikke valgt da jeg som novise i

forskning på dette nivå, ønsket å benytte en metode som er godt beskrevet og som det var gjort erfaringer med i eget studiemiljø.

Fangen sier i sin bok om deltagende observasjon at intervjuer presenterer den forståelsen folk har når de skal sette ord på sin egen erfaring. Intervjuer gjenspeiler altså de subjektive opplevelsene enkeltindivider har av hva som har foregått. Hun ser dette i forhold til deltagende observasjon som gjør det mulig å bevege seg utover deltakernes egne selektive perspektiv og beskriver dette som en fordel ved deltagende observasjon fremfor intervju (Fangen, 2010:15). Denne studien har nettopp til hensikt å se på intensivsykepleiernes egne erfaringer og perspektiver og de ordene de bruker, for å se dette opp mot eksisterende teori og tidligere forskning, slik at intervju som metode ville være passende. I tillegg er det tid og ressursmessige begrunnelser for å velge intervju, fremfor deltagende observasjon, som metode i denne studien.

Individuelle intervju av intensivsykepleiere var også en aktuell metode. Vurderinger i forhold til individuelle versus fokusgruppeintervju hadde også andre "ikke-metodologiske" aspekt knyttet til seg, deriblant det faktum at intensivsykepleiere ofte deltar som informanter i studentarbeider for sykepleiere i videreutdanning, og at disse tenderer til å ha individuelle intervju. Jeg så det derfor som mer sannsynlig at forespurte informanter ville takke ja om det var en gruppesituasjon sammen med sine kollegaer. I tillegg var selve tema for studien medvirkende idet gruppesettingen kunne bidra til trygghet for den enkelte deltaker. Med kunnskapsgrunnlag som tema ble det gjort vurderinger i forhold til om individuelle intervju eventuelt kunne oppleves som en "kunnskapstest", eller som en evaluering av den enkelte deltakers praksis, noe som ikke var intensjonen. På bakgrunn av slike vurderinger omkring informantenes opplevelse av deltakelsen ble gruppeintervju sett som et bedre alternativ enn individuelle intervju.

#### **3.4.1.3. Styrke og svakheter ved metoden**

Kvale og Brinkmann beskriver fokusgruppeintervju som en variant av kvalitative forskningsintervjuer. De sier fokusgrupper er velegnet til eksplorative undersøkelser på et nytt område. Dette fordi den livlige kollektive diskusjonen kan gi flere spontane ekspressive og emosjonelle synspunkter enn når det benyttes individuelle og ofte mer kognitive intervju (Kvale og Brinkmann, 2009:161ff).

Fokusgrupper er en måte for å oppnå bedre forståelse av hvordan personer opplever, føler eller tenker om et tema. Fokusgrupper brukes for å samle meninger, ikke for å oppnå konsensus. Samtidig er det slik at ingen metode er perfekt, forskningsmetoder er situasjonsbetingede, idet de er avhengige av hvordan de brukes og konteksten de brukes i (Krueger og Casey, 2012:2ff). Dette er også Malterud (2003:26) inne på når hun i tillegg til å poengtere viktigheten av at problemstillingen bestemmer metoden og ikke omvendt, også vektlegger at overveielser omkring validitet må gjøres i alle faser av forskningsprosjektet, og at en også må erkjenne designets begrensninger og svakheter.

Malterud beskriver fokusgrupper som spesielt godt egnet for å lære mer om holdninger, erfaringer og synspunkter i miljø der mange mennesker samhandler og som en rasjonell metode for innhenting av kvalitative data, men som på en annen side også gir en annen type kunnskap enn individuelle intervjuer idet konteksten er ulik (Malterud, 2003:134ff). Om du er ute etter å estimere en parameter i forhold til en befolkning eller måle en intervensjon sin effekt på tanke eller handling er fokusgrupper ingen god metode. Om en derimot ønsker å utforske hvordan en bestemt gruppe individer tenker og samtaler om et fenomen er den en passende vitenskapelig metode (Stewart, Shamdasani og Rook, 2007:163ff).

To definerende trekk ved fokusgrupper, avhengigheten av moderators fokus og gruppeinteraksjonen, er også det som gir opphav til denne metodens styrker og svakheter. Fordelene ligger i interaksjonen mellom deltakerne. Den gir en mulighet til å gjøre nye oppdagelser, i form av at en gjennom samtalen kan oppdage nye eller andre aspekt knyttet til emnet som en ikke hadde forutsett, samtidig som fokusgrupper gir en dybde og kontekst som gjør det mulig å utdype forståelsen for hva som ligger bak menneskers tanker og erfaringer. Men denne gruppeinteraksjonen kan også påvirke resultatet. Polariseringseffekt er et begrep som benyttes for å beskrive gruppedeltakeres påvirkning av hverandre og der deltakelse i en gruppediskusjon kan medføre at holdningene tenderer mot å bli mer ekstreme enn i en mer privat setting, samtidig som konformitetstendenser kan medføre at enkelte deltakere vil holde tilbake ting det var mulig de ville fortalt i en mer privat sammenheng. Slik at for noen deltakere vil deltakelsen i en gruppe påvirke både hva de sier og hvordan de sier det (Morgan, 1997:13ff og Wibeck, 2010:128ff).

Det er også knyttet andre svakheter til metoden. Blant annet utgjør moderator og dennes rolle en begrensning. I enkelte studier kan moderator bestemme diskusjonenes form og dagsorden mer enn det kommunikative arbeidet i gruppen. Dette er en svakhet som egentlig kan sies å

gjelde i alle former for intervjuer der intervjueren kan påvirke resultatet. I tillegg er det, som i en rekke andre kvalitative metoder knyttet svakheter til spørsmål som hvordan informanter velges ut, i hvilken grad de er villige til å gi sitt bilde av virkeligheten, mens vurderinger i forhold til dominante informanters påvirkning i gruppen gjelder spesielt for fokusgrupper. En må vurdere muligheten for at disse kan ta over diskusjonen i forhold til de mer tilbakeholdne samt tangerende vurderinger knyttet til makt og dominans (Wibeck, 2010:128ff).

I forhold til styrker og svakheter beskriver Morgan hvordan fokusgrupper utgjør et kompromiss mellom styrkene og svakheten til deltagende observasjon og individuelle intervju, der metodens fleksibilitet utgjør dens aller største fordel (Morgan, 1997:16).

### **3.5. Utvelgelse av informanter**

Utvalget en gjør bestemmer hva en har grunnlag for å si noe om og kjennetegn ved utvalget påvirker ens tolkninger og funn. Ens siktemål i kvalitative undersøkelser er ikke mekanisk overførbarhet, men at en kan an vise betingelser, muligheter og begrensninger for hvor ens beskrivelser, begreper eller modeller har gyldighet. Utvalgets egenart blir således viktig og informasjonsrikdom et mer adekvat kriterium for et godt utvalg enn representativitet. Utvalget i denne studien er således det Malterud beskriver som et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg er satt sammen ut fra den målsetning at materialet har potensial til å belyse problemstillingen. Erfaringsbasert feltkunnskap er en viktig ressurs i et forskningsprosjekt som krever et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg med vekt på mangfold kan levere mye stoff, samtidig som forskeren må ta stilling til hvilke dimensjoner det er viktig å sikre variabilitet for (Malterud, 2003:57ff).

Det var ledelsen ved den enkelte avdeling som valgte ut aktuelle deltakere og forespurte disse (vedlegg 5 og 6). Det var i utgangspunktet ingen eksakte kriterier utover at den enkelte måtte være intensivsykepleier i pasientnært arbeid, og ikke inneha spesialfunksjoner som fagsykepleier, leder eller lignende. Jeg ønsket spredning i tid etter videreutdanning. Malterud (2003:57) beskriver som nevnt informasjonsrikdom som et viktig kriterium, og blant annet var ønsket om spredning etter videreutdanning med for at ikke ledelsen skulle velge aktuelle kandidater som for eksempel ensidig hadde lang praktisk erfaring, eller kandidater de anså som spesielt opptatt av temaet. Det er selvfølgelig ikke mulig å gardere seg helt i slike situasjoner, og det vil være en mulighet for at de som takker ja til å delta i en slik studie er

mer interessert i tema enn det som er vanlig. Bakgrunnen for at det var ledelsen som foretok utvelgelsen og forespørselen av aktuelle deltagere var både praktisk og etisk, idet jeg ikke var kjent i flertallet av avdelingene, og ved egen arbeidsplass ønsket jeg ikke å påvirke hvem som ble forespurt, samt at det kunne oppleves vanskeligere å si nei på direkte forespørsel fra en kollega, og det er et viktig etisk prinsipp at deltakelsen skal være frivillig.

For fokusgruppeundersøkelser påpeker Stewart, Shamadasani og Rook (2007:21ff) at flere ulike mellommenneskelige og individuelle karakteristikker påvirker gruppeprosessen. Deriblant er aspekt knyttet til makt reflektert over, og det er også derfor gjort et bevisst valg om å utelukke intensivsykepleiere i spesielle posisjoner, som fagsykepleiere og ledere. Demografiske faktorer som alder, kjønn og sosial status beskrives også som viktige av Stewart, Shamadasani og Rook (2007:21ff), men i denne studien er det ikke selektert på bakgrunn av slike faktorer i utvelgelsen av informanter. Alle deltakerne i den enkelte fokusgruppe arbeidet ved samme avdeling og var til daglig en del av det samme arbeidsfellesskapet. Krueger og Casey påpeker da også at fokusgrupper er karakterisert av homogenitet, men med tilstrekkelig variasjon blant deltakerne til å tillate kontrasterende meninger. Men homogenitet sikter de til at deltakerne har noe felles som de er interessert i, som for eksempel et felles yrke, slik informantene i denne studien har (Krueger og Casey, 2009:66ff).

For å belyse tema i dette prosjektet tok jeg altså kontakt med ledelsen ved 4 ulike intensivavdelinger ved 3 ulike sykehus som oppfylte mine kriterier (vedlegg 3). Kontakten med ledelsen foregikk ved at jeg etter positiv tilbakemelding fra NSD (vedlegg 1 og 2) sendte en formell forespørsel om tilgang til feltet. Ved den ene avdelingen tok det etter hvert så lang tid før jeg fikk tilbakemelding i skriftlig form at jeg valgte å sende en påminnelse pr e-post til leder. Denne fikk jeg positivt svar på pr e-post. I tillegg hadde lederen formidlet beskjed videre til neste ledelsesnivå ved gjeldende avdelingen, slik at de der var informert om at ledelsen stilte seg positive til undersøkelsen. Etter å ha konferert med veileder valgte jeg derfor å gjennomføre intervjuet ved avdelingen uten noen annen skriftlig formell tillatelse enn den gitt via e-post. Ved de andre avdelingene foreligger det skriftlig tilbakemelding med tillatelse til å kontakte feltet (vedlegg 4).

### 3.5.1. Presentasjon av utvalget

Intensivavdelingene, og sykehusene varierte i størrelse og funksjon. Blant annet varierte andelen av pleiepersonalet som var intensivsykepleiere. Alle intensivavdelingene hadde voksne intensivpasienter som hovedpasientgruppe. Ingen av sykehusene var universitetssykehus.

Informantene var alle intensivsykepleiere som til daglig arbeidet pasientnært. Det var både menn og kvinner representert ved flertallet av intervjuene. Informantene hadde vært intensivsykepleiere fra 3 måneder til over 30 år, med et gjennomsnitt på rett over 10 år siden fullført videreutdanning.

Malterud påpeker at omfanget av utvalget skal være passe. Hun viser til Strauss og Corbin sitt begrep om "theroretical saturation", som innebærer at vi skal ha tilstrekkelig materiale til å belyse problemstillingen, samtidig som det å tilføre nye data ikke lenger innebærer at vi utvikler ny kunnskap (Malterud, 2003:66). Polit og Beck definerer "å oppnå metning som å samle kvalitative data til det punktet der en følelse av avslutning er oppnådd fordi nye data resulterer i overflødig informasjon" (Polit og Beck, 2012:742 - egen oversettelse). Jeg var således svært åpen for at det kunne bli aktuelt å utvide utover de fire intensivavdelingene som i utgangspunktet ble forespurt. Men opplevde at jeg etter hvert nærmet meg et punkt der intervjudeltakernes eksakte formuleringer ikke nødvendigvis var de samme, men der mengden ny informasjon likevel var sterkt avtagende. Morgan beskriver i forhold til fokusgrupper at en stopper datainnsamlingen når moderator kan beskrive hva som kommer til å bli sagt i den neste gruppen. Dette ser han som en annen måte å uttrykke metning på (Morgan, 1997:43).

Valget med i utgangspunktet å ha fire intervju, og et ønske om et antall deltakere i hvert intervju skulle være 6-8 (vedlegg 3) var basert på anbefalinger gitt i forhold til fokusgruppeintervju, men også dette er momenter som diskuteres. Morgan beskriver en tommelfingerregel om 6-10 deltakere, fordi det ved grupper med mindre antall deltakere kan være vanskelig å opprettholde en diskusjon, mens det ved flere enn 10 deltakere kan være vanskelig å kontrollere. Videre beskriver han at et prosjekt bør bestå av tre til fem grupper fordi flere sjelden vil gi ny meningsfull innsikt (Morgan, 1997:42ff). Wibeck beskriver tre grupper som et minimum, og at hvor mange flere grupper som trengs er avhengig av kompleksiteten i fenomenet som studeres samt praktiske begrunnelser som tid og ressurstilgang. Hun vektlegger at den enkelte gruppe ikke skal være for stor og viser til

Dunbar sin beskrivelse av at den øvre grensen for hvor mange mennesker som samtidig kan være deltakende i en samtale er fire. Hennes anbefaling om at en bør planlegge at antallet deltakere i en fokusgruppe skal være mellom 4 og 6 baserer hun på Simmel sin beskrivelse av triader, der det alltid finnes innebygde spenninger som en gjør klokt i å unngå i fokusgrupper, samt at en ved flere enn 6 deltaker risikerer at det oppstår undergrupper eller at mer tilbakeholdne personer ikke kommer til ordet (Wibeck, 2010:48ff). Krueger og Casey beskriver det ideelle antallet deltakere i fokusgrupper som har et ikke-kommersielt tema å være 5 til 8 deltakere og en i hvert fall ikke bør overskride 10 deltakere. Små fokusgrupper med fire til seks deltakere beskrives som lettere å rekruttere og som mer komfortable for deltakerne, men har den ulempen at erfaringsrekkevidden vil være smalere simpelthen fordi gruppen er mindre (Krueger og Casey, 2009:66ff). På bakgrunn av dette valgte jeg å følge Krueger og Casey sin anbefaling om 5 til 8 deltagere. I rekrutteringsfasen etterspurte jeg 6-8 deltakere med utgangspunkt i Morgan sin påpekning av behovet for å overrekruttere, for å veie opp for de som ikke møter opp (Morgan, 1997:42). Ved spesielt en intensivavdeling viste det seg av ulike årsaker vanskelig å få til en fokusgruppe på denne størrelsen, slik at fokusgruppene i denne studien har hatt henholdsvis 2, 5, 6 og 7 deltakere.

### **3.6. Intervjuguide**

I dagliglivet tenker en ofte at det er lettere å spørre enn å svare, eller som Kalleberg viser til: ”en dåre kan spørre mer enn ti vise kan svare”. Dette forholder seg motsatt i vitenskapelige sammenhenger. Der er spørsmålsformuleringen både det viktigste og vanskeligste enkeltelementet (Kalleberg, 1996:36).

Ved kvalitative undersøkelser er ikke intervjuguiden like fastlagt som i for eksempel en kvantitativ surveyundersøkelse, men også denne ”intervjuscenen” er forberedt med et manuskript, der manuskriptet er intervjuguiden som strukturer intervjuforløpet mer eller mindre stramt (Kvale og Brinkmann, 2009:143). I denne studien var det en spørsmålsrettleder / temaguide som utgjorde dette manuskriptet (vedlegg 7). Temaene i denne hadde sin hovedinndeling basert på teoretiske inndelinger. Blant annet var den basert på Kunnskapssenteret for Helsetjenesten i Norge og NSF sin beskrivelse av kunnskapsbasert praksis som bestående av tre elementer, forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning/ brukekunnskap. Samtidig som disse begrepene ikke ble brukt direkte



tidlig i selve intervjusituasjonen, uten at de selv var nevnt av informantene. I de tilfellene der begrepene ikke ble nevnt, ble det spurt direkte i forhold til dem et stykke ut i intervjuet. Kvale og Brinkmann (2009:144) poengterer da også at de akademiske forskningsspørsmålene må oversettes til et avslappet daglig språk for å generere rikholdige og spontane beskrivelser.

Ved fokusgrupper er det i følge Krueger og Casey også spesielle hensyn og ta, noe som medfører problemer for både nye og erfarne forskere. De beskriver følgende kjennetegn ved gode spørsmål i en fokusgruppe situasjon. Antallet spørsmål reduseres og spørsmålene må være formulert på en måte som åpner for diskusjon. Begrepene en bruker er de deltakerne bruker i sin dagligtale. I tillegg er spørsmålene lette å uttale og tydelige, i den forstand at deltakerne må forstå hva du spør om. Videre bør spørsmålene være korte og åpne. Sistnevnte er et kjennetegn ved fokusgruppeintervju. Der spørsmålene i seg selv indirekte indikerer at et kort svar ikke er nok, men derimot krever spørsmålene forklaringer, beskrivelser og eksempler.

I fokusgrupper kan man generelt sett basere seg på en temaguide -"topic guide" eller en spørsmålsrettleder -"questioning route", og Krueger og Casey anbefaler sistnevnte, spesielt i akademiske og ikke-profittbaserte sammenhenger. En spørsmålsrettleder inneholder en sekvens av spørsmål i fulle setninger. Ideelt sett skal en slik rettleder bestå av innledende spørsmål, overførende spørsmål, nøkkelspørsmål og avsluttende spørsmål (Krueger og Casey, 2009:38ff). I spørsmålsrettlederen for denne studien er det på bakgrunn av dette formulert spørsmål i fulle setninger under hvert tema. Det er derimot ikke formulert spesifikke åpningsspørsmål.

Intervjuguiden i denne studien var også påvirket av tidligere forskning om tangerende tema, deres spørsmålsformuleringer, beskrivelser og erfaringer med disse. I tillegg var den diskutert med veileder, i kollokviegruppe med andre intensivsykepleiere, samt presentert og diskutert i plenum med medstudenter og andre tilstedeværende veiledere i fora tilrettelagt for dette.

### **3.7. Gjennomføring av intervjuene**

Her presenters først aspekt knyttet til rollen som moderator og assistent, før en presisering og utdypningen av andre faktorer knyttet til selve gjennomføringen belyses.

### 3.7.1. Rollene som moderator og assistent

En effektiv moderator beskrives som en av nøklene til å oppnå rik og valid innsikt fra fokusgrupper. Man kan si at suksessen til fokusgrupper avhenger av velutviklede spørsmål som rettes til de rette informantene av en dyktig moderator. Som moderator bør en i tillegg til å ha tilfredsstillende kjennskap til forskningstemaet også ha innsikt hentet fra tre forskningsområder; intervjueteknikker og taktikk, ledelsesstudier og gruppedynamikk (Krueger og Casey, 2009:85 og Stewart, Shamdasani og Rook, 2007:69ff).

Wibeck (2010:73) presiserer at en moderators rolle er avhengig av hvilken type fokusgruppe det er snakk om, blant annet graden av strukturering på spørsmålsstillingen har betydning for rollen moderatoren får. Morgan beskriver det samme skillet når han skiller mellom moderering med høy og lav grad av involvering. Samtidig påpeker han at en uansett starter likt med å presentere tema på en åpen og generell måte, før diskusjonen settes i gang. Underveis vektlegger Morgan å bruke det materiale deltakerne allerede har gitt en som basis for å gå videre til et annet segment før en markerer en tydelig avslutning av gruppediskusjonen (Morgan, 1997:48ff). På forhånd hadde jeg forespurt leder ved de ulike avdelingene om grunnleggende fakta ved avdelingen, som for eksempel antallet ansatte og fordelingen av disse, antall intensivdøgn, antall respiratordøgn, om overvekt av noen pasientgrupper eller diagnoser, andre spesielle oppgaver tillagt avdelingen og så videre. Dette for å danne meg et bilde av informantenes arbeidssituasjon

Jeg hadde på forhånd et ønske og en intensjon om å ha en så lav grad av involvering som mulig under gruppeintervjuene. Men som Krueger og Casey (2009:85) presiserer: å intervjuer ser villedende enkelt ut, men det krever i virkeligheten mental disiplin, forberedelse og ferdigheter innen gruppeinteraksjon. Som moderator var jeg novise, og det var også et av de områdene som jeg på forhånd opplevde størst grad av usikkerhet i forhold til. Etter litt diskusjon med veileder og medstudenter valgte jeg å ta med en assistent – en sekretær<sup>18</sup>.

Krueger og Casey beskriver et ”moderating team” der hver person har sine oppgaver.

Moderator er i hovedsak opptatt med å lede diskusjonen og holde samtalen gående.

Assistenten har ansvaret for lydbåndopptaket, håndtere omgivelsene, respondere på eventuelle

---

<sup>18</sup> Ulike kilder bruker ulike begreper: Assistent, sekretær og co-moderator er blant de som nevnes. Co-moderator innebærer at personen har en mer aktiv rolle enn det vedkommende hadde i denne studien. Slik at vedkommendes rolle her mest minner om Malteruds betegnelse på en sekretær (Malterud, 2003:134ff)

uventede avbrytelser og å ta utdypende notater (Krueger og Casey, 2009:89). Valget av assistent var basert på at vedkommende burde ha noe kjennskap til den medisinske og tekniske terminologien som er en del av hverdagen i en intensivavdeling. Det at et av intervjuene skulle være ved eget arbeidssted medførte et ønske om at vedkommende skulle være en utenforstående, altså ikke en kollega fra samme avdeling. I tillegg måtte vedkommende ha tid og mulighet til å delta ved alle intervjuene, der noen også medførte reisetid. Dessverre medførte sykdom i familien at vedkommende bare deltok ved to av intervjuene, men i de to tilfellene bidro assistenten med utfyllende data i form av beskrivelser av den nonverbal kommunikasjonen.

Som nevnt ovenfor hadde jeg en temaguide basert på direkte spørsmål inndelt etter teoretiske begreper og tema. Morgan sier at den vanligste formen for guide/ rettleder er basert på direkte spørsmål, fordi dette gir moderator en basiskontroll over innholdet og retningen på gruppediskusjonen, i forhold til et mer fleksibelt format organisert rundt diskusjonstema, med løslig formulerte spørsmål. Samtidig poengterer han at i virkeligheten vil det dersom temaene treffer målet, ofte være unødvendig å spørre noen eksplisitte spørsmål, fordi diskusjonen kan snus mot et kommende tema ved å gi tegn som ”Det er noe jeg er interessert i å høre mer om. Kan noen fortelle noe mer om det?”. En skal derfor ta ordet guide/ rettleder bokstavelig, og unngå tendensen til å følge en forhåndsbestemt rekkefølge på tema på en rigid måte. Spesielt viktig er det å unngå å bli opphengt i fikserte spørsmål. Moderator bør heller være fri til å undersøke dypere der det er nødvendig, hoppe over områder som allerede er blitt dekket og følge nye tema dersom det dukker opp (Morgan, 1997:47ff).

### **3.7.2. Gjennomføring av selve intervjuene**

Intervjuene ble gjennomført våren 2011. Det enkelte fokusgruppeintervju fant sted i ulike møtelokaler ved de respektive sykehusene. Alle intervjuene fant sted på dagtid mellom klokken 13 og 16. De fleste av deltakerne var på vakt eller skulle på ettermiddagsvakt, men det var også noen som hadde arbeidsfri. Som nevnt var det henholdsvis 2, 5, 6 og 7 informanter tilstede ved de ulike fokusgruppene.

Mulighetene for avbrudd/ forstyrrelser var tenkt igjennom på forhånd. Noen av deltakerne hadde telefon/ calling på seg under intervjuene. Ved det ene intervjuet var en av deltakerne borte en kort periode. Dette var informert om på forhånd og deltakeren var plassert slik at det

var enkelt å forlate rommet og komme tilbake til sin plass. Det viste seg at de fleste intervjuene fant sted helt uten forstyrrelser av betydning. Ingen ble tilkalt under intervjuene, og kun ved en anledning var det en person som, på tross av ”opptatt-merking” på døren, valgte å komme inn og der dette virket noe forstyrrende på diskusjonen.

Både Wibeck (2010:51), Krueger og Casey (2009:92ff) og Stewart, Shamadasani og Rook, (2007:90) beskriver hvordan den fysiske utformingen rundt et fokusgruppeintervju bør være idet det fysiske miljøet kan påvirke interaksjonen. Det anbefales en sirkulær utforming der deltakerne kan ha øyekontakt med hverandre. Videre er det anbefalt å være plassert rundt et bord fordi dette bidrar til å øke bekvemmeligheten for deltakerne, idet det blant annet kan bidra som en beskyttende barriere og øke det personlige området. Også eventuell servering blir det gjort vurderinger i forhold til hvordan denne best kan bidra til å hjelpe i intervjusituasjonen. I denne studien ble alle intervjuene utført sittende rundt et ”møtebord”, slik at alle deltakerne hadde mulighet til å ha øyekontakt med hverandre. Det var satt frem kaffe, iste, juice, druer og sjokolade, samt pappkopper og servietter på bordet ved alle intervjuene. Valgene av ”snacks” var tatt på bakgrunn av hva som laget minst ”støy” fordi intervjuene ble tatt opp på lydbånd.

Hvert intervju varte fra halvannen til rett over to timer og ble tatt opp på lydbånd. Det ble benyttet to båndopptakere plassert på ulikt sted på bordet for å sikre at alles uttalelser kunne høres, og som forsikring om den ene skulle gå tom for batterier eller lignende. Det var ingen problemer med lydopptaket, men de to båndopptakerne viste seg å ha ulik lyd kvalitet slik at det i hovedsak var kun den ene som ble benyttet ved transkriberingen.

Alle intervjuene startet med at jeg presenterte meg som moderator og videre en presentasjon av assistenten. I presentasjonen av meg selv var det også inkludert en presentasjon av min status som student, samtidig som jeg også var åpen om at jeg var intensivsykepleier og hvor jeg arbeidet. Deretter ble det henspeilet om en gjensidig taushetsplikt, både i forhold til at mine data ville anonymiseres, men også gjensidig taushetsplikt internt ovenfor /mellom deltakerne i den enkelte fokusgruppe. Dette ble videre også knyttet opp til at formålet med fokusgruppeintervjuer ikke er å oppnå konsensus, slik at det var ”helt greit” om informantene ikke var enige, samt ”helt greit” om de var enige. Noe som også hang sammen med at det ikke fantes rette eller gale svar på mine spørsmål. Dette ble det også vektlagt og informert om.

Informert samtykke er et av fire tradisjonelle etiske områder<sup>19</sup> Kvale og Brinkmann (2009:86ff) beskriver ved intervjuundersøkelser. Alle deltakerne hadde på forhånd fått et informasjonsbrev (vedlegg 5 og 6), og i den forbindelse skriftlig samtykket til deltakelse i studien. Likevel ble det i starten av hvert intervju forespurt om de hadde lest informasjonsbrevet, noe alle bekreftet, samt en påminnelse om at deltakelse var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg. Det ble påpekt at dette også gjaldt etter at intervjuene var gjennomført, frem til høsten 2011 når denne masteroppgaven var planlagt ferdigstilt. Sistnevnte var et ekstra viktig poeng idet informert samtykke innebærer betraktninger omkring hvor mye informasjon som gis og når. Deltakerne i denne studien var på forhånd ikke informert direkte om temaguidens innhold, ei heller ikke om dennes utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis - begrepet. Denne informasjonen var valgt tilbakeholdt fordi en ikke ønsket at informantene skulle forberede seg, eller "lese seg opp" på emnet, da det ikke var hensikten med studien. Dermed ble det ekstra viktig å poengtere frivilligheten, og at de kunne trekke seg også etter at intervjuet var gjennomført.

Deretter ble aspekt knyttet til konfidensialitet informert om ved starten av intervjuene. Informasjon om at lydbåndopptakene skulle transkriberes og anonymiseres ble gjentatt. Informantene ble også informert om at det transkriberte materiale ville foreligge på bokmål, og at navn og andre gjenkjennbare karakteristikk ville anonymiseres også i transkripsjonene, samt at lydopptakene skulle destrueres. De ble informert om at tilgang til transkripsjonene var forbeholdt moderator, assistent og eventuelt veileder i forbindelse med arbeidet med studien, og at alle intervjuene ville bli sett under et i presentasjonen av funnene.

Krueger og Casey (2009:39) beskriver at en bør ha åpnings spørsmål, der den enkelte deltaker blant annet presenterer seg selv. Dette ble også praktisert i denne studien, selv om det ikke er med i spørsmålsrettlederen. Som nevnt ovenfor hadde jeg på forhånd fått litt grunnleggende informasjon om avdelingene fra leder. Likevel valgte jeg å starte intervjuene med at de enkelte deltakerne presenterte seg, samt at de, med unntak av ved eget arbeidssted, bidro med grunnleggende opplysninger om arbeidsstedet og arbeidssituasjonen, inklusiv sitt fysiske miljø og andre situasjonelle forutsetninger for praksisutøvelse, før en gikk over til tema. Den første delen av spørsmålsrettlederen, om kunnskap generelt, fungerte dermed som innledning og overgang til tema og nøkkelspørsmålene. Dette samsvarer med Stewart, Shamdasani og Rook (2007:61) generelle prinsipp om å starte med det mer generelle for deretter og gå over til det mer spesifikke.

---

<sup>19</sup> De andre er fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle.

Temaguiden var som nevnt formulert med spesifikke spørsmål og inndelt teoretisk. Samtidig som jeg hadde Morgans vektlegging av å ta ordet ”guide” bokstavelig med meg, og et ønske om å la informantenes diskusjon og begrepsbruk være veiviser fremfor å følge temaguiden på en rigid måte. Dette viste seg også å være svært nærliggende til slik fokusgruppeintervjuene i denne studien ble i praksis. Intervjuguiden ble under alle intervjuene raskt omformet til en slags ”sjekklister” for at informantene i større eller mindre grad hadde vært innom alle temaene, og de færreste av spørsmålene ble uttalt direkte som spørsmål slik de var formulert, men mer tatt opp som oppfølging og utdypingsspørsmål til det tema deltakerne diskuterte.

Et annet viktig aspekt, som jeg opplevde sterkt i selve intervjusituasjonen i denne studien, og som Krueger og Casey beskriver som den største fordelen med fokusgrupper handler om at den mest nyttige informasjonen finner en i de samtale der deltakerne tar diskusjonen til et nytt og dypere nivå, med den ulempen at det krever tid og at deltakerne ikke helt holder seg til tema (Krueger og Casey, 2009:35ff). Jeg valgte å la informantene samtale og diskutere også når dette kunne virke litt utenfor tema. Disse dataene medførte også en utvidet mulighet til å forstå kontekstuelle forhold rundt deltemaene. Som nevnt hadde dette blitt tatt opp i starten av intervjuene, men likevel var det av og til nødvendig å be dem om tilleggsinformasjon underveis i samtalen for at jeg skulle forstå sammenhengen og helheten i det som ble fortalt.

I motsetning til dette påpeker Malterud (2003:134) at moderator ved fokusgruppeintervjuer har en rolle som er mer styrende enn ved individuelle forskningsintervjuer. Det er moderators oppgave å sørge for at alle kommer til orde, følge med på gruppedynamikken og bidra til at samtalen er mest mulig knyttet opp mot tema. Som nevnt tillot jeg noen sidesprang i forhold til tema, men jeg prøvde å fokusere på at alle deltok i samtalen. I alle fokusgruppeintervjuene opplevde jeg at en eller flere av deltakerne bidro mer aktivt i samtalen enn andre. Alle deltakerne kjente hverandre fra før, og det virket som om deltakerne var fortrolige med hverandre, slik at ingen følte seg forbigått. Samtidig ble det svært viktig for meg å se til at også de som hadde en mer lyttende rolle kom til orde, ikke minst fordi det i litteraturen også er påpekt at dominerende deltakere ellers kan påvirke resultatet (Krueger og Casey, 2009:15).

Krueger og Casey (2009:13) påpeker at deltakere i fokusgrupper tenderer til å intellektualisere, noe tema for denne studien også kunne bidra til. Jeg tilstrebet derfor å holde samtalen på et så hverdagslig språk som mulig, og å bruke informantenes begreper. Teoretiske begreper ble ”tatt i bruk”, og spurt konkret i forhold til, først mot slutten av intervjuene, i de tilfellene der det ikke var naturlig tidligere i intervjuet fordi deltakerne selv kom inn på dem.

Jeg opplevde at det var en lett tone under samtalene. Jeg forsøkte å la deltakerne snakke ut om et tema og vente til der var en periode med stillhet før jeg oppsummerte og fikk respons på om det var riktig forstått, deretter gikk en videre til neste deltema, men en del ganger var det nødvendig å be om utdypning eller forsikre meg om at min forståelse av det som ble sagt var riktig underveis i pågående diskusjoner. Tidvis ”skiftet” informantene også tema underveis i diskusjonen, slik at jeg som moderator senere måtte ta opp igjen tråden for å få utdypet et tema som tidligere var delvis omtalt. Selve samtalene var preget av tidvis engasjerte deltakere. Som understøttet hverandres utsagn, utdypet dem, eller kom med kommentarer, spørsmål til hverandre og også innsigelser og andre synspunkter. Det ble brukt en del ironi, en del nonverbale tegn og det var tidvis en del latter. Ikke minst som følge av små anekdoter fra praksis som ble fortalt for å eksemplifisere, og som ofte ble kommentert med et snev av galgenhumor fra de andre deltakerne. Humor var det mye av, men ofte med alvorlig liggende rett bak. En del av formuleringene beskrev deltakerne selv som spissformuleringer.

Mot slutten av hvert intervju ble deltakerne spurt om det var noe de hadde blitt forventet å spørre om, som jeg ikke hadde spurt om. Og om de hadde noe mer de ønsket å tilføye. Størsteparten av deltakerne hadde ikke dette, men flere av deltakerne påpekte da at det ikke hadde vært helt som forventet, idet de hadde forventet seg mer ”intellektuelle” spørsmål, fremfor det de beskrev som en ”hyggelig samtale”. Ved et av intervjuene hadde en av informantene noe hun gjerne ville fortelle etter at lydbåndene var slått av. Det ene lydbåndet ble da slått på igjen og uttalelsen tatt med i datamaterialet.

### **3.8. Transkribering**

Det er ulike former for data som kan utgjøre basis for analysen av fokusgruppeintervjuer. I denne studien er det valgt transkripsjonsbaserte data. Krueger og Casey (2009:117) beskriver transkripsjonsbasert analyse som nyttig i akademiske studier og i komplekse studier med en viss usikkerhet. De beskriver ulempen med transkripsjonsbaserte data å være at det er tid og ressurskrevende. Krueger påpeker at det å transkribere data selv også bidrar i forhold til analysen, idet en blir bedre kjent med materialet fordi en da har hørt det flere ganger (Krueger, 1998:99)

Transkribering omhandler prosessen rundt å lytte til og skrive ned intervjuene etter at de er gjennomført. Transkripsjon innebærer abstrahering og fiksering av samtalen i skriftlig form,

en transformasjon fra en form til en annen og en oversettelse fra talespråk til skriftspråk. Transkripsjonen gir således kun et indirekte bilde av virkeligheten og må aldri forveksles med virkeligheten, fordi oversettelsene medfører at mening alltid går tapt eller forvrenges. (Kvale og Brinkmann, 2009:186ff og Malterud, 2003:77ff).

I denne studien ble det som nevnt benyttet lydopptak, noe som medfører det første indirekte bildet av virkeligheten. Lydopptakene er i seg selv en abstraksjon i forhold til fysisk tilstedeværelse og det medfører tap at blant annet kroppsspråk, av kroppsholdning og gester (Malterud, 2003:77 og Kvale og Brinkmann, 2009: 187). Ved to av intervjuene var det assistent tilstede som forsøkte å fange opp deler av dette, blant annet noterte hun ned beskrivelser som at deltakerne nikket eller ristet på hodet, smilte eller rullet med øynene og så videre. Disse dataene var verdifulle for å underbygge den forståelsen jeg fikk fra lydbåndene, men er ikke direkte gjengitt i de senere skriftlige transkripsjonene, som er basert på en gjengivelse av det en hører på lydbåndene i ”oversatt” form.

En direkte ordrett transkripsjon er ikke nødvendigvis det beste alternativet (Kvale og Brinkmann, 2009:187ff og Malterud, 2003:77ff). En kan stå overfor en motsetning mellom gyldighet og pålitelighet, der gyldigheten kan svekkes om vi forstår pålitelighet som direkte gjengivelse av det som ble sagt. Som Malterud (2003:78) påpeker: ”Skriver vi akkurat det som ble sagt, får vi nødvendigvis ikke en gjengivelse av det som ble hørt”. Malterud (2003:79) viser til ”slightly modified verbatim mode” som innebærer at teksten i noen grad må redigeres under utskriften. Noe som også var tilfellet i denne studien.

Det ble tilstrebet en så direkte, ordrett gjengivelse som mulig der dette ikke medførte at den erfarte meningen ble fordreid. Blant annet der deltakerne i intervjuene brukte humor eller ironi opplevde jeg at en direkte gjengivelse av utsagnene, uten påpeking av dette, ville medført fare for at deltakerne kunne oppleve seg misforstått. Videre ble det tenkt gjennom aspekt knyttet til forholdet mellom talespråk og skriftspråk, og som blant annet Kvale og Brinkmann (2009:195) påpeker er det ikke minst etiske aspekt knyttet til å gjengi usammenhengende og repetitive ordrette transkripsjoner fordi det kan medføre stigmatisering av personer eller grupper.

Etiske overveielser ligger også bak avgjørelsen om at det transkriberte materiale ble valgt gjengitt på bokmål. Skulle intervjuene vært transkribert ordrett ville utsagnene også måttet blitt gjengitt på deltakernes respektive dialekter. På tross av betraktninger rundt påliteligheten valgte jeg derfor i transkripsjonsprosessen å oversette alle intervjuene til bokmål som en



ekstra sikkerhet for at anonymisering ble ivaretatt. Deltakerne i fokusgruppeintervjuene ble også informert ved starten av det enkelte intervju om at dette kom til å bli gjort. Ved noen tilfeller var det likevel enkeltuttrykk hentet fra deltakerens talespråk som ikke "finnes" på bokmål. De er da, etter enkeltvurderinger rundt anonymisering, beholdt tilnærmet slik de ble artikulert.

Wibeck viser til Linell, og beskriver tre ulike transkripsjonsnivåer og påpeker at dess grovere transkripsjonen er dess vanskeligere er det å analysere interaksjonen i gruppen. Der nivåene går fra nivå en som innebærer en detaljert transkripsjon der blant annet talespråkformer og talens styrke og hastighet er med til nivå tre som er skriftspråksnormert, og hvor uavsluttede meninger, "omstarter" og andre deltakeres understøtting er tatt bort (Wibeck, 2010:83ff).

Transkripsjonene i denne studien ligger en plass mellom de to ytterpunktene. For eksempel er ikke talens hastighet eller styrke registrert, mens transkripsjonene er mer ordrett enn i nivå tre. Blant annet er alle lyder som "hmm" eller "eeh" samt understøttende utsagn fra andre deltakere som for eksempel "ja" tatt med i transkripsjonene. Latter og stillhet/ pauser er også tatt med selv om det ikke er mulig å høre om alle eller eksakt hvilke av deltakerne som ler. I transkripsjonene er også "omstarter" og utsagn med svært språklig preg gjengitt ordrett (dog på bokmål). Videre er avbrytelser og innskytelser/ "overlappende" tale fra flere deltakere markert i transkripsjonen (med "... " etter der avbrutt, og "... " i starten av utsagnet når utsagnet bryter inn i/ fortsetter en annens utsagn).

I transkripsjonen er deltakerne beskrevet som nr 1, nr 2 osv. Denne inndelingen er basert på plasseringen i rommet under selve intervjuet, der nr 1 er den som satt rett til venstre for moderator under intervjuet og så videre, og er således ikke knyttet til egenskaper ved den enkelte informant. Transkripsjonene ble utført av moderator og var avsluttet i løpet av 2 uker etter det enkelte fokusgruppeintervju. Videre har assistenten lest og kommentert transkripsjonene for de intervjuene hun var tilstede ved etter at disse var transkribert.

Malterud (2003) beskriver hvordan en i transkripsjonsfasen kan gjøre seg kjent med materialet fra en ny side, og hvordan denne prosessen også innebærer et filterings- og et tokningsledd. Det gjør det mulig å oppdage de sidene ved materiale som en ikke la så godt merke til under selve intervjuet, samtidig som en også kan måtte innse og ta på alvor at deler av materiale kan være "dødt material" og en øker således muligheten for å oppdage svakheter i materialet en har. I transkripsjonsfasen ved denne studien opplevde jeg begge disse aspektene, for eksempel var det noen tilfeller der jeg under intervjuene følte at samtalen

kanskje var litt på siden av tema, mens jeg under transkripsjonen opplevde min forståelse av disse delene endret karakter, og jeg opplevde dem da tvert i mot som svært beskrivende for tema. Transkripsjon er altså ikke en passiv og teknisk prosess, men derimot en prosess som innbyr til refleksjon og som i varierende grad inngår i den analytiske prosessen (Malterud, 2003:80ff).

### **3.9. Analyse**

Analysenivået som er valgt i denne studien er på deskriptivt nivå, der målet for analysen i utgangspunktet var en beskrivelse av intensivsykepleiernes kunnskapsgrunnlag. Malterud påpeker at når en søker å utvikle nye beskrivelser innebærer det at en forut for feltarbeidet ofte bestemmer en sorteringsmal -en mal man regner som en relevant måte å klassifisere resultatene på. Slik at overskriftene i resultatpresentasjonen ofte vil følge hovedpunktene i tema / intervjuguiden (Malterud,2003:86). I denne studien var kunnskapsbasert praksisbegrepet og dets inndeling i forskning, erfaring og brukerkunnskap et viktig utgangspunkt for inndeling av intervjuguiden.

Man kan si at analysen er todelt, først er data analysert etter Malteruds analysemetode: systematisk tekstkondensering (Malterud, 2003:96ff). Deretter drøftes data i forhold til teori og tidligere forskningsfunn. I den første delen har utgangspunktet vært problemstillingen: Hvordan beskriver intensivsykepleiere sitt kunnskapsgrunnlag for utøvelse av sykepleie? Denne delen av analysen har ikke vært teoristyrte i den forstand at data er kategorisert etter allerede eksisterende kategorier, slik at kunnskapsbasert praksisbegrepet ble lagt til side i denne delen. Resultatet av analysen presenteres i kapittel 4, før det videre sees i relasjon til teoretiske og forskningsfunn i kapittel 5.

Malterud (2003:98ff) presiserer at for nybegynneren vil det være en stor fordel å følge en foreliggende analysemetode, og den valgte analysemetoden i denne studien, systematisk tekstkondensering, presenteres kort i det følgende:

Systematisk tekstkondensering er en analysemetode i fire trinn<sup>20</sup>. De fire trinnene er helhetsinntrykk – fra villnis til temaer, meningsbærende enheter – fra temaer til koder, kondensering – fra kode til mening og sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper.

### 1. Helhetsinntrykk - fra villnis til temaer

I dette første trinnet skal en forsøke å innta et fugleperspektiv med fokus på helheten i materialet. Det skal arbeides aktivt med å legge ens teoretiske referanseramme og forforståelse til side (Malterud, 2003:100ff). Det transkriberte materialet i denne studien ble på dette stadiet av analysen lest i sin helhet 2 ganger, før det ble satt opp midlertidige temaområder. Etter den første runden, der jeg forsøkte å stille meg åpen og nøytral ovenfor materialet, formulerte jeg 11 temaområder basert på intuisjon. Malterud (2003:102) påpeker at det er nødvendig å samle seg om et begrenset antall temaer i denne første fasen, og hun nevner 4- 8, slik at 11 temaområder oversteg det anbefalte. Og det ble derfor gjort forsøk på å redusere og slå sammen, uten at det lyktes på dette stadiet. Temaområdene ble gitt midlertidige navn.

### 2. Meningsbærende enheter – fra temaer til koder

I dette andre trinnet av analysen er organisering av materialet viktig. En skal skille relevant tekst fra irrelevant, samt starte arbeidet med å sortere det av teksten som kan tenkes å belyse ens problemstilling (Malterud, 2003:102). Slik at i denne fasen ble de meningsbærende enhetene, - tekstbiter som bar med seg kunnskap om et eller flere av temaene fra første trinn, merket og kodet. Temaområdene fra første trinn måtte bearbeides og det ble forsøkt gjort vurderinger i forhold til om noen av temaene omhandlet det samme eller tangerte hverandre og om noen av temaområdene burde splittes opp idet de representerte ulike egenskaper. I første omgang økte antallet temaområder til 13 i dette arbeidet, før det etter mange runder med vurderinger i forhold til fellesskap og ulikheter ble redusert til 7 temaområder, der flere av disse også hadde foreløpige undergrupper. Selve kodingen forgikk ved at teksten først ble markert med ulike farger, men da dette arbeidet ble gjort flere ganger, ble etter hvert kodegruppene gitt navn/nr, slik at teksten ble markert med disse navnene med blyant i

---

<sup>20</sup>Malterud poengterer at analysen ikke er ferdig etter de fire første trinnene. Slik at man egentlig kan si at metoden har fem trinn, der validering utgjør det femte (Malterud, 2003:110). I denne studien presenteres validering for seg.

margen. En slags matrise, basert på hvilket intervju og sidetallet hvor aspekt knyttet til den enkelte kodegruppe stod omtalt, ble satt opp. Deretter ble tekst kopiert over i egne dokument.

### 3. Kondensering – fra kode til mening

På dette trinnet av analysen beskriver Malterud (2003:106ff) at den kunnskapen hver kodegruppe representerer skal abstraheres, idet en systematisk skal hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som ble identifisert og klassifisert. Materialet sorteres i subgrupper, og disse subgruppene utgjør den videre analyseenheten. Teksten skal tolkes ut fra ens faglige perspektiv og ståsted, før en skal forsøke å utvikle et kunstig artefakt. I arbeidet med denne studien var dette en fase hvor det skulle vise seg at noen av kodegruppene fra de forrige trinnene bare i mindre grad eksplisitt tangerte problemstillingen, og det ble nødvendig å gå tilbake til det foregående trinnet. Blant annet ble antallet kodegrupper redusert til 5 etter en ny gjennomgang, og en ny matrise over kodegruppene ble formulert (vedlegg 8). Malterud (2003:107) påpeker at det er en fordel å gjøre dette arbeidet sammen med andre, fordi det kan åpne for andre tilnærminger og andre tolkninger. I denne studien har undertegnede i hovedsak stått for analysen selv, dog er veileder brukt aktivt i forhold til å diskutere momenter knyttet til dette og det neste trinnet.

### 4. Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

Her skal bitene settes sammen igjen og gjenfortelles slik at det kan danne grunnlag for nye beskrivelser. Beskrivelsene skal gi innsikt og tillit, samt være lojale mot informantenes stemmer. Vurderinger må gjøres i forhold til hvorvidt beskrivelsene fortsatt er gyldige ut fra den sammenhengen de opprinnelig var hentet fra. Videre sammenfattes kunnskapene fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe i en innholdsbeskrivelse, før en går tilbake til de meningsbærende enhetene og velger ut noen sitater som gir det best mulig treffende bildet av det som er omtalt i teksten, deretter finner en en passende overskrift. Videre poengterer Malterud (2003:108ff) at under skriveprosessen kan det vise seg at enkelte subgrupper ikke har sterk nok forankring i materialet til at en kan skrive en slik sammenfatning, og en må da vurdere hvorvidt disse skal tas med og ikke minst reflektere over hvorfor en festet ved denne nyansen i utgangspunktet, noe som også har vært aktuelt i denne studien. Også under selve skriveprosessen fant slike vurderinger og refleksjoner sted, slik at det ble nødvendig å ta et steg tilbake og tenke gjennom både større og mindre nyanser på nytt.

### 3.10. Vitenskapelighet, validitet og reliabilitet

Analysen er ikke ferdig selv om trinnene nevnt ovenfor er gjennomført. Funnene må valideres, og dette innebærer å se funnene i forhold til den sammenhengen de var hentet ut fra, - en rekontekstualisering av resultatet opp mot materialet. Det vil si å lese materialet både horisontalt, - vurdere hvordan beskrivelser og begreper stemmer overens på tvers av materialet, og vertikalt, - å se på det samme i forhold til kunnskap fra den enkelte informant og det enkelte intervju. Det innebærer også at en systematisk skal lete etter data som motsier de konklusjonene en er kommet frem til og videre at en vurderer det en har funnet opp mot teori og foreliggende empiri (Malterud, 2003:110ff). Jeg opplevde det tidvis vanskelig å være kritisk til eget materiale, slik at jeg måtte systematisk bruke matrisen over data, samt være svært bevisst på å relatere den enkelte del i forhold til helheten og i forhold til de andre delene og motsatt for at jeg skulle føle meg trygg på at alle informantene var tilstede i presentasjonen, selv om noen var tydeligere enn andre. I tillegg var veileders kommentarer viktige som utgangspunkt for refleksiviteten.

Validitet knyttes til sannhet. Gadamer påpeker at det som for humanvitenskapene er sannhet, - resultatet av deres arbeid, vanskelig lar seg synliggjøre, slik at en ikke nødvendigvis bare må vektlegge det som er felles for all vitenskap, nemlig bruken av en vitenskapelig metode, men også må ha fokus på det som er unikt for humanvitenskapene og som er det som gjør dem både suspekte og betydningsfulle (Gadamer, 2003:7ff). I følge Malterud har virkeligheten mange farger og versjoner og en sak blir ikke mer sann om mange er enige om at det er slik. Hun påpeker videre at vitenskapelighet ikke er noe en kan sjekke med enkle prosedyrer eller regnestykker, derimot dreier vitenskapelighet seg om en holdning til håndteringen av kunnskapen (Malterud, 2010:90). Hun beskriver blant annet begrepet kommunikativ validitet. Dette handler om forskerens formidling av både forskningens resultater, men ikke minst også om prosessen, og bygger på at forskeren må presentere sine argumenter og konklusjoner slik at de oppfattes som troverdige. Samtidig henspeler begrepet også til at en vurdering av validitet ikke er en nøytral eller verdifri vurdering (Malterud, 2003:178ff).

Når Malterud (2003:20ff) beskriver vitenskapelighet tar hun utgangspunkt i det følgende: det skal være relevans, det skal valideres og det skal være refleksivitet. Og alt dette krever at det foregår en systematisk kritisk refleksjon. Systematisk kritisk refleksjon innebærer blant annet intersubjektivitet som handler om å gjøre leseren til en informert ledsager som kjenner de betingelsene som kunnskapen er utviklet under. Dette vektlegger også Meyrick (2006) som

påpeker det er viktig prinsipp innen all forskning at andre forskere skal kunne vurdere kvaliteten av studien, og god kvalitativ forskning kjennetegnes av at det er en systematisk fremgangsmåte, og en grundig redegjørelse for forskningsprosessen (Meyrick, 2006). Blant annet i dette kapittelet har jeg forsøkt å beskrive på en åpen og ærlig måte den prosessen som utgjør betingelsene for den kunnskap som presenteres i den følgende presentasjonen av data og drøftningen av disse.

Relevans omhandler at vitenskapelig kunnskap bør lære en noe nytt. Før oppstart av denne studien ble det gjort flere søk i eksisterende litteratur, og det er gjort flere undersøkelser som tangerer tema for denne studien. Samtidig har jeg til gode å finne studier med et tilsvarende metodevalg og videre også studier med tilsvarende problemstilling med intensivavdelingskonteksten som utgangspunkt.

Validitet handler blant annet om i hvilken grad en har brukt relevante begreper eller kartleggingsmetoder for å studere det fenomenet en ser på (Malterud, 2003:24ff). I denne studien ble blant annet kunnskapsbasert praksis – begrepet vektlagt sterkt i en tidlig fase av arbeidet. Underveis i prosessen med intervju og analyse tydet data på at dette begrepet ikke var et hverdagsbegrep for informantene, og dette begrepet ble derfor også noe mer nedtonet i det senere arbeidet. Videre handler validitet om konsistens og at en skal kunne følge prosjektets røde trå, noe jeg har forsøkt å presentere.

Refleksivitet handler om å se sin egen rolle og å klargjøre sin egen forforståelse, og innebærer en aktiv holdning. Som nevnt har jeg i arbeidet tidvis blitt overrasket og konfrontert med mine egne antagelser. Blant annet hadde jeg en forventning om at kunnskapsbasert praksis ville bli nevnt mer under intervjuene enn det som var tilfellet, og da spesielt av de informantene som hadde nyere utdanning. Samtidig er det et poeng at jeg har måttet være svært bevisst på at det å gå inn på et område hvor jeg til daglig er engasjert og dermed har ”velutviklede kulturelle briller” innebærer en svakhet og medfører at refleksivitet blir et enda viktigere begrep.

Reliabilitet handler om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet. Grimen og Ingstad (2008:326) sier reliabilitet i bunn og grunn handler om hvor nøyaktig forskningens arbeidsoperasjoner er utført. Kvale og Brinkmann påpeker at det dreier seg om spørsmål knyttet til reproduserbarhet, på andre tidspunkt av andre forskere. I intervjusammenheng beskrives dette som å være spesielt knyttet til intervjuers påvirkning gjennom for eksempel ledende spørsmål (Kvale og Brinkmann, 2009:250). Overført til fokusgruppeintervju innebærer dette tilsvarende hvordan både moderator gjennom både ledende spørsmål og

gjennom de tegn en gir kan påvirke informantenes svar. Det er ingen tvil om at en som moderator i en slik situasjon påvirker, og nettopp det at en er seg dette bevisst både på forhånd, underveis og i den videre prosessen etter selve intervjuene gir en muligheten til ikke å ta bort denne påvirkningen, men å være åpen om den slik at leser kan følge prosessen. Haraldsen (1999:126) påpeker at i et intervju er det alltid er fare for at informantene svarer det de forventer at forskeren vil høre. Dette opplevde jeg direkte ved at informantene i flere av intervjuene kom med uttaleser som tydet på at de var bevisst på at jeg kunne ønske spesielle svar, og at de vurderte underveis hvorvidt det samsvarte. En informant spurte for eksempel ”...men er det dette du vil høre om?..”. Jeg opplevde at de beste svarene kanskje kom nettopp de gangene informantene snakket litt på siden av det de så som det egentlige tema. Bevisstheten rundt at det jeg kunne få svar på var showet på scenen, fremfor den egentlige praksisen bak sceneteppet for å bruke Goffmans<sup>21</sup> terminologi, var en av grunnene til at jeg valgte å ta med eget arbeidssted i undersøkelsen, for på den måten bedre å kunne vurdere om det bildet som ble gitt andre steder hadde stor diskrepans fra det bildet som ble presenteret ved den avdelingen der jeg var kjent, også bak sceneteppet.

### 3.10.1. Trustworthiness

Begrepet validitet innen kvalitativ forskning har i seg selv vært omdiskutert, der enkelte har knyttet begrepet til en positivistisk terminologi. Ofte henvises det til det som kan kalles et parallelt perspektiv, der Lincoln og Guba (1985) sitt begrep trustworthiness (troverdighet) relateres til kvalitativ forskning på samme måte som validitet og reliabilitet gjøres til kvantitativ (Polit og Beck, 2010:490ff). Graneheim og Lundman (2004) vektlegger også begrepet trustworthiness, og sier at forskningsfunn skal være så troverdige som mulig, slik at enhver forskningsstudie må evalueres i forhold til de metodene som er valgt for å frembringe funnene. Selve begrepet trustworthiness består av credibility, transferability, dependability, confirmability, og disse knyttes til de ”konvensjonelle” begrepene, intern validitet, ekstern validitet, reliabilitet og objektivitet (Lincoln og Guba, 1985:300). I det følgende knyttes enkelte aspekt ved disse begrepene opp mot det som tidligere er beskrevet om denne studien.

---

<sup>21</sup> Goffman bruker teateranalogi og begrepene frontstage og backstage for å belyse at den enkelte spiller roller og ønsker å avgi et bestemt inntrykk til omgivelsene. Mens Parson ser disse rollene som internalisert mener Goffman at vi alltid har en kritisk og refleksiv avstand til de rollene vi spiller (Aakvaag, 2008:75ff)

Credibility ("troverdighet"): Lincoln og Guba (1985:301ff) beskriver ulike teknikker som bidrar til å øke troverdigheten. Dette knyttes blant annet til kjennskap til kulturen, slik at misforståelser unngås. Og hvor min egenerfaring fra intensivkonteksten kan ha vært en fordel<sup>22</sup>, videre kan assistenten gjennom å bidra som diskusjonspartner i forhold til forståelse og tolkning av utsagnene være medvirkende. I tillegg har jeg anvendt min veileder svært aktivt som diskusjonspartner i forhold til analysen, og ikke minst ettersom veileder også har erfaring fra feltet kan det øke troverdigheten. I tillegg er studien ved gitte anledninger drøftet med medstudenter, inklusiv medstudenter som også er intensivsykepleiere, samt andre veiledere i aktuelle fora. Og sist, men ikke minst, kan gjengivelsen av direkte sitater i presentasjonen av funn gjøre det mulig for lesere å vurdere den gitte informasjonen (jmf kap. 4).

Transferability ("overførbarhet"): Som Lincoln og Guba (1985:316) presiserer kan en her bare angi så godt som mulig den tiden og konteksten som studiens funn ble produsert, slik at funnenes overførbarhet til andre kontekster og tider er et empirisk spørsmål. Forhold knyttet til tid og kontekst for denne studien er beskrevet så nøyaktig som mulig, men må sees i forhold til etiske vurderinger, blant annet knyttet til anonymisering.

Dependability ("pålitelighet"): Siden det ikke er noen validitet uten reliabilitet, og dermed heller ikke noen "credibility" uten "dependability", må en dokumentere "reliabiliteten" for å vise "validiteten" (Lincoln og Guba, 1985:316). Det handler om å være åpen og ærlig om forskningsprosessens utførelse. For meg handler dette om en bevissthet som skal være en del av hele prosessen, og ikke bare noe en tenker på i ettertid, slik at jeg i arbeidet med denne studien hele tiden har forsøkt å følge de prosedyrene som er angitt i forhold til de valgte metodene. Og der dette er utdypende beskrevet tidligere i dette kapittelet.

Confirmability ("bekreftbarhet"): I arbeidet med studien har jeg hele tiden forsøkt å bevisst vurdere og revurdere funnene. I tillegg kan drøftningsdelen der denne studiens funn sees i lys av tidligere forskning og teori bidra som en del av å vurdere funnene, og hvorvidt de "bekreftes" eller ei.

---

<sup>22</sup>, samtidig som en skal være svært bevisst på å ikke "go-native", noe jeg også har tatt opp i forhold til forskning i eget miljø.



### 3.11. Etikk

Grimen og Ingstad (2008) påpeker at etiske aspekt innebærer blant annet et ansvar ovenfor informanter, ”døråpnere” og ”kollegaer”. I arbeidet med studien har etiske aspekt knyttet til informantene vært svært viktige, og som beskrevet ovenfor har både refleksjoner om frivillig samtykke og anonymisering vært avgjørende for hvordan prosessen har forløpt, slik at dette ikke går nærmere inn på her. Jeg vil derimot poengtere også de andre aspektene.

Viktige ”døråpnere” i arbeidet med denne studien, har vært ledelsen ved de ulike intensivavdelingene som gav meg tilgang til feltet. Ved alle avdelingene uttrykte ledelsen og/eller informantene et ønske om å få tilsendt denne oppgaven når studien var utført, og det vil være svært viktig for meg å følge opp slike ønsker. I forhold til ”kollegaer” så handler det blant annet om å referere på så rederlig måte som mulig, noe som også har vært et viktig prinsipp for meg i arbeidet med denne studien.

## 4. Presentasjon av funn

Her presenteres de data som ble produsert i fokusgruppeintervjuene<sup>23</sup>, og som er videre bearbeidet gjennom analysefasen. Analysen er todelt. Her i dette kapittelet presenteres første del, en beskrivelse av de kodegrupper og subgrupper som er resultatet av en prosess med transkribering og analyse av intervjuene. I den andre delen drøftes disse funnene opp mot teoretiske perspektiver og tidligere forskningsfunn.

### 4.1. Begrepet kunnskapsbasert praksis

Utgangspunktet for å utforske og beskrive intensivsykepleiernes kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse var inspirert av kunnskapsbasert praksis begrepet, slik at blant annet temaguiden for intervjuene var inndelt delvis etter beskrivelser av dette begrepet. For en av informantene var begrepene kunnskap og kunnskapsbasert praksis nært knyttet sammen:

*”Altså når jeg tenker på kunnskap så tenker jeg på kunnskapsbasert... Og da er det sånn evidensbasert, - det er jo det som er så inn i tiden... Og da tenker jeg på at det skal være forskningsbasert i motsetning til erfaringsbasert...”*

Også enkelte andre informanter påpekte at kunnskapsbasert praksis var knyttet til forskning og evidensbasering, mens uttalelser til enkelte andre informanter stod i motsetning til dette, slik at det var tydelig at på dette området var det ulike oppfatninger blant informantene. Flere av informantene forklarte at det var et begrep de hadde sett i Tidsskriftet Sykepleien, men som likevel var et praksisfjernt begrep som de ikke kunne definere, noe følgende sitater eksemplifiserer:

*”Har sikkert lest om det i Sykepleien, men jeg må ærlig talt si at slik som Sykepleien er for meg å lese, så leser jeg først de artiklene som er praksisrelevante, og så hopper jeg litt over det [kunnskapsbasert praksis] som blir altfor der oppe, og tenker ”ååhh, - det gidder jeg ikke. Og slike evidensbaserte greier: Da bare kikker jeg og hopper over...”*

---

<sup>23</sup> Intervju brukes synonymt med fokusgruppeintervju i dette kapittelet.

*”Må bare ærlig innrømme at jeg kan ikke si nå hva det [kunnskapsbasert praksis] betyr... Litt pinlig på en måte, for dette kunne en vanlig sykepleier sikkert ha svart på for det står i nesten hvert eneste Sykepleien...”*

## **4.2. Intensivsykepleiernes kunnskapsgrunnlag**

Hvordan beskriver intensivsykepleiere så sitt kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse? Ut fra data og analyseprosessen av disse fremstod følgende kodegrupper som betydningsfulle i forhold til beskrivelse av eget kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse: teoretisk kunnskap, kunnskap fra utdanning og kurs, erfaringsbasert kunnskap, kunnskap fra samhandling med andre og brukermedvirkning.

Under noen av disse kodegruppene presenteres subgrupper, områder som ble spesifisert under intervjuene:

- Teoretisk kunnskap: forskningsbasert kunnskap, skriftlige kilder til forskningskunnskap, naturvitenskapelig kunnskap, teorier om sykepleie og sentrale begreper og lover, retningslinjer og prinsipper.
- Kunnskap fra utdanning og kurs: kunnskaper ervervet gjennom videreutdanning og kurs og internundervisning.
- Erfaringskunnskap: skjønnsutøvelse og taus kunnskap, kontekstspesifikk erfaring og livserfaring.
- Kunnskap tilegnet gjennom samhandling: egne sykepleierkollegaer, samhandling, refleksjon og diskusjon, kultur og klinisk ekspertise.
- Brukermedvirkning.

På spørsmål om hva som utgjør deres kunnskapsgrunnlag for praksis beskriver informantene i alle intervjuene både teoretisk og erfaringsbasert kunnskap<sup>24</sup>. Noen informanter sier *”Teori... først og fremst teori...”*. Andre beskriver erfaring som det viktigste. Flere av informantene beskriver teoretiske og erfaringsbaserte kunnskaper som likeverdige, og der de to

---

<sup>24</sup> Informantene bruker også begrepene praktisk kunnskap, og kunnskap fra praksis. Det blir ikke eksplisitt formulert av informantene om de ser disse begrepene som synonyme, - slik at det kan være nyanseforskjeller i innhold, men ut fra det jeg kan se benyttes de om hverandre under intervjuene.

kunnskapsformene også beskrives som å komplettere hverandre. Noe følgende utsagn beskriver:

*”Det henger jo sammen. Du er ikke en praktisk god sykepleier om du ikke har teorien bak. Da går det litt på slump... Også må jo erfaringen også inn i bildet tenker jeg...”*

*”Jeg vil jo si at hadde du ikke erfaringen så var du jo veldig fattig og hadde du ikke teorien så ville du og være veldig fattig...”*

*”På samme måte som du skal tenke deg hele pasienten, hele mennesket, så blir det at du har det teoretiske med deg, men for å utøve en god praksis trekker du også erfaringen inn...”*

Kodegruppene ”kunnskap fra utdanning og kurs” og ”det en har lært av andre” er valgt beskrevet for seg, fremfor under henholdsvis kodegruppene teoretisk kunnskap og erfaringskunnskap, idet informantene gjennom disse kildene tilegner seg både teoretisk og erfaringsbasert kunnskap.

Teoretisk kunnskap presenteres først fordi dette, og spesielt i forhold til subgruppen forskning, var det som i flertallet av intervjuene ble nevnt og samtalen rundt først. Samtidig bør det presiseres at informantenes beskrivelser ikke var entydige i forhold til den relative viktigheten av de ulike ”delene” i kunnskapsgrunnlaget sett i forhold til hverandre. Kunnskapsgrunnlaget for praksisutøvelsen ble presentert mer som en integrert helhet, enn som ulike kategorier en kunne skille fra hverandre, noe følgende sitat eksemplifiserer:

*”Jeg er ikke sikker på om jeg kan skille... Jeg tenker på meg som person er slik, en annen er kanskje litt annerledes, men samtidig har vi en del kunnskaper som vi har tilegnet oss som vi har lært, som vi har hørt, som vi har hatt forelesning om... Så kommer det fallende inn, jeg mener altså i forhold til hva mine kollegaer mener og i forhold til legene, så blir det et sammensurium...”*

### **4.3. Teoretisk kunnskap**

Ved alle intervjuene ble ulike teoretiske kunnskapskilder beskrevet som viktige i forhold til intensivsykepleiernes kunnskapsgrunnlag. De ulike teoretiske kildene hadde ulike roller i

praksisutøvelsen. Noen ble benyttet direkte, som oppslagsverk, mens andre i større grad ble beskrevet som å ”*ligge i bakhodet*”. Forskningsbaserte kunnskaper ble sett som en viktig del av det teoretiske kunnskapsgrunnlaget.

#### **4.3.1. Forskningsbasert kunnskap**

Forskningsbasert kunnskap beskrives som en essensiell del av grunnlaget for sykepleiepraksis. Informantene beskriver at forskningsfunn i hovedsak blir benyttet direkte i praksisutøvelsen og at det har vært en utvikling der forskningsbasert kunnskap i dag oppleves å ha en mer fremtredende plass i praksisutøvelsen enn tidligere. Noe følgende uttalelse viser:

*”Altså, det er blitt slik nå at alt skal være dokumentert og det skal være skikkelig analysert, skal være flere dokumenterte studier... Skal være forskningsbasert det en utøver...”*

I tillegg beskrives forskningsbaserte kunnskaper å ha en motiverende faktor for hvilke tiltak som prioriteres og iverksettes i intensivsykepleiernes praksisutøvelse. Der tiltak som forskning viser at har nytteverdi blir prioritert. Følgende dialog med utgangspunkt i forskning relatert til det å skrive dagbok for intensivpasientene kan belyse dette:

*A: ”Akkurat som de dagbøkene vi holder på med. Vi hadde jo forskning på det... Det er jo litt viktig, for det å lage og følge opp en dagbok, det krever litt arbeid. Så dersom en vet at en gjør det av en god grunn så er det litt enklere. Det er litt viktig for oss å vite at det er en god grunn til at vi gjør det, - det krever litt...”*

*B: ”...Men slik er det med mye av den behandlingen vi holder på med. Nedkjøling etter hjertestans krever en del arbeid, men ja, - har forsket på at det hjelper...”*

Bevisstheten rundt forskning og nytteverdien av tiltak eksemplifiseres også med motsatt utgangspunkt, der noen av informantene beskriver hvordan de unnlater å iverksette tiltak som ikke er underbygget av forskning. En informant sier det slik:

*”Noen smører og smører på baken hver gang de snur, og det er der de er tykkest, best polstret, og da skjønner jeg ikke hvorfor de gjør det... Og før jeg ser et forskningsresultat som sier at det nytter så gjør jeg det ikke...”*

Informantene er også svært tydelige på at ikke alt som blir kalt forskning nødvendigvis skal eller bør påvirke praksisutøvelsen deres eller være en del av deres kunnskapsgrunnlag. Informantene gjengir således et bevisst forskningssyn, der de uttrykker bevissthet i forhold til hva som er forskning og hva som skal til for at en kan stole på forskningen. Følgende utdrag av samtalen mellom noen av deltakerne i en av fokusgruppene er beskrivende:

*A: "Men det er jo litt skummelt det der du snakker om forskning, - og bare en bruker ordet forskning så blir det litt kjøpt og svelgt."*

*B: "Det er jo det jeg mener..."*

*A: "Ordet forskning blir jo bare slengt på av og til har jeg inntrykk av. Fagsykepleieren vår er jo veldig opptatt av det. Hva viser det? Er det rett forskning? Er det skikkelig gjort?"*

*C: "Nei, for du skal jo aldri basere ting på bare et forskningsresultat..."*

Videre diskuteres ulike aspekt omkring dette i intervjuene, deriblant hvorvidt alt som presenteres som forskning nødvendigvis er forskning, inkludert aspekt som blant annet bredden på studiene, representativitet, hvordan en kan sikre seg at forskningen er god og hvordan forskning som presenteres er vurdert. En del av informantene stiller spørsmålstegn med deler av forskningen innenfor sykepleie som fag. Noe blant annet følgende tyder på:

*"Og hvis det er en slik studie som er gjort i sykepleien, så har jeg jo tenkt at det er det noen som har "tutlet litt" på med... Så har jeg saktens tenkt det at er det representativt?"*

Og videre at forskningsfunn vurderes nøye før de tas i bruk:

*"Skal være kritiske i forhold til forskning, metoden og bredden i det vil jeg si..."*

*"Skal ikke sluke alt, men det som ligger inne på disse basene vil jeg si er blitt vurdert ganske godt før det er blitt lagt ut..."*

*"Det med forskning, ville jeg stilt et stort spørsmålstegn med, for du må tenke: Hvor mange som har vært med på denne forskningen? Det kan være 10 stykker og det kan være 100 %, tenker jeg... Og du skal jo heller ikke rette deg etter en forskning, du skal jo ha flere som finner ut det samme, ideelt sett..."*

*”Jeg vurderer bredden på forskningen, hvor stor den er, altså hvor mange som har vært med. Og det er klart at i en gullstandard vil jeg tro det er flere studier og slik, men hvor mye det blir gjort i sykepleie er jeg usikker på...”*

#### **4.3.1.1. Skriftlige kilder til forskningsbasert kunnskap**

En stor del av informantene forteller at de leser forskning direkte. Kildene de viser til for forskning og faglitteratur er både ulike databaser og søkemotorer via internett, samt skriftlige kilder.

Informantene beskriver ulike skriftlige kilder og påpeker samtidig selektivitet i forhold til hvilke tema de leser om, noe følgende sitater tydeliggjør:

*”Leser i disse [Sykepleien Forskning] som kommer med Sykepleien, bare hvis det er noe som interesserer meg, så leser jeg det. Både det og Fagoscopet synes jeg er greit...”*

*”Jeg må jo si at jeg har veldig lyst til å lese Sykepleien fra perm til perm. Blar igjennom. Leser gjerne det jeg synes er interessant, det som dreier seg om intensiv...”*

*”Jeg synes at det å lese Sykepleien og det å lese den kardiologiske er bra. Får mye der. Også abonnerer jeg på Dagens Medisin, - der får du det nye. Plukker ut det som er mest relevant...”*

I forhold til nettbaserte kilder beskriver informantene stor variasjon i bruken av disse, men noen påpeker at de bruker dem aktivt, noe følgende sitater eksemplifiserer:

*”Jeg har vært inne på fritiden på helsebiblioteket og slike ting...”*

*”Så er det på nettet også, - på medline og dette. Ja det har jeg vist mange her altså. Det er jo så enkelt...”*

Lesning av forskning ”direkte”, både i tidsskrifter og på nett, beskrives samtidig først og fremst å foregå på fritiden. Dette henger i hovedsak sammen med mangel på tid som beskrives som en stor barriere mot å lese forskning i arbeidstiden, noe følgende sitat sier noe om:

*”Ikke på arbeid.. Da må det eventuelt være på fritiden, ikke i hverdagen... Nei vet du hva... Jeg tror at på ledelsesnivå er effektivitet et mye større tema... ikke gå overtid...”*

I tillegg til mangel på tid, beskriver flere av informantene hvordan de hadde strevd med å finne frem i forskning generelt og de ulike databasene spesielt, noe følgende eksemplifiserer:

*”Det kan være litt vanskelig å finne frem i forskning. Å finne hvor og hva. Å finne rett problemstilling og se i den forskningsartikkelen som ligger der... Er det relevant for meg, eller kan jeg bruke dette i praksis?.. Ikke alltid like lett å finne frem i de enorme mengdene forskning som ligger der ute..”*

Ved alle intervjuene kom informantene i tillegg inn på Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten (PPS<sup>25</sup>). Intensivsykepleierne beskriver det som publiseres der som å være forskningsbasert. Bruken varierer og flere er tydelige på at dette er en database beregnet på grunnleggende sykepleie generelt og ikke relatert til og tilpasset intensivsykepleiernes praksishverdag spesielt, noe følgende sitater beskriver:

*”Men det er klart at vi som er såkalt erfarne sykepleiere, vi går jo veldig sjelden inn der [PPS] om vi skal fjerne arteriekran eller vi skal legge inn et eller annet, så er jo det slike ting vi kan...”*

*”Skal ikke si at jeg ikke har brukt, men det er ikke mye... viser det til studentene våre, at det er tilgjengelig...”*

Også interne prosedyrer beskrives som en viktig skriftlig kilde for kunnskap. Fagsykepleierne ved den enkelte avdeling beskrives som viktige i arbeidet med å utforme de skriftlige prosedyrene. Informantene diskuterer hvorvidt prosedyrene i realiteten er basert på forskning, men avdelingenes egne prosedyrer beskrives i utgangspunktet som forskningsbaserte, noe følgende sitat er eksempel på:

*”Ja, vi må på en måte stole på at når vi har fagsykepleiere, at de legger frem prosedyrer. Det er deres jobb å lage prosedyrene slik at det er forskningsbasert, at det er hold i dem. Og da må vi benytte oss av det...”*

Ved et annet intervju beskrives tilsvarende:

---

<sup>25</sup> PPS,- Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten er en database som inneholder ca 300 grunnleggende sykepleieprosedyrer. Utgiver er Akribe (Høgskolen i Lillehammer, 2009).



*”Det [forskning] er i prosedyrer, - det er kanskje nye prosedyrer for nå viser forskningen at... men det er ikke sikkert vi har lest akkurat den forskningen selv, men at fagsykepleier innfører nye prosedyrer fordi at forskningen sier det og det... Og nå er det best å gjøre slik....”*

Videre påpeker enkelte at en slik ”felles” forskningsanvendelse også er å foretrekke, for å kunne evaluere praksisutøvelsen:

*”Hver enkelt kan ikke innføre sine egne prosedyrer om man har lest aldri så mye forskningsresultater... Vi kan ikke gjøre ting forskjellig, for da kan du ikke evaluere hva du gjør heller...”*

#### **4.3.2. Naturvitenskapelig kunnskap**

Ved flere av intervjuene poengterer informantene at naturvitenskapelige kunnskaper om blant annet fysiologi og patofysiologi utgjør en grunnleggende del av den teoretiske kunnskapsbasen de bruker i sin daglige praksis. Det følgende eksempelet tar utgangspunkt i en pasient med hjertesvikt:

*”Så er det jo klart at til mer vi vet, jo mer vet vi om hvordan vi skal stille denne pasienten... Men til mer vi vet om hjertesvikt, om fysiologien og patofysiologien... så kan vi gi sykepleie som er mer tilpasset den pasienten...”*

En annen informant tar utgangspunkt i respirasjonsstøttende behandling og påpeker at deres kunnskaper innen fysiologi og patofysiologi er del av grunnlaget for de vurderingene og avgjørelsene de tar i sin sykepleiepraksis, at de vet hva de holder på med:

*”I forhold til BIPAP<sup>26</sup> så inngår jo det som en stor del av spesialutdannelsen, vi har jo mye lungefysiologi og patofysiolog. - og vet derfor hva vi holder på med...”*

---

<sup>26</sup> BIPAP står for Biphase Positive Airway Pressure, og innebærer respirasjonsstøtte gjennom en veksling mellom to positive luftveistrykk, et høyere ved inspirasjon (”innpust”) og et lavere ved ekspirasjon (”utpust”) (Dybwik, 2000:87ff)

### 4.3.3. Teorier om sykepleie og sentrale begreper

Forskningsbaserte kunnskaper var det tema som informantene først kom inn på i forhold til et teoretisk kunnskapsgrunnlag ved tre av fokusgruppeintervjuene. Ved et av intervjuene var det sykepleierteorier som først ble nevnt og samtalen om.

Sykepleieteorier og begreper som mestring, omsorg og håp blir tatt opp i samtalen ved flere av intervjuene. Flere informanter viser til hvordan disse teoriene og begrepene blir enda viktigere i den settingen som intensivavdelingen utgjør:

*”Men egentlig så tror jeg vi må bare kunne det enda mer i intensivavdeling, for der er det enda mer kritisk... Ja, pasienten er hjelpeløs og pårørende er hjelpeløse... Så ofte trenger de enda mer omsorg, og håp og alle disse ordene som egentlig er litt slike høye ord...”*

Samtidig tyder data på at dette er kunnskaper som intensivsykepleierne ikke bevisst tenker på i det daglige, men som fortrinnsvis ligger som et bakteppe for den daglige praksisen. Noe som følgende sitat godt belyser:

*”Ja, for det er klart det at sykepleieteoriene blir jo for oss veldig teoretisk og slik, men jeg tenker at alt som du lærer, alt gjør jo at du får et bredere syn og disse sykepleieteoretikerne som har utarbeidet en teori om hvordan vi skal stelle pasienten og ivareta en kritisk syk pasient... Om ikke vi akkurat går og tenker, så er det jo disse funksjonsområdene, - og alt ligger liksom i ryggmargen...”*

*”Selv om jeg ikke går og tenker på at nå bruker jeg den spesielle sykepleieteoretikeren, for det gjør jeg ikke, så tenker jeg på det... og sykepleieprosessen... Og den ser en plutselig at kommer igjen og at den er veldig nyttig...”*

### 4.3.4. Lover, retningslinjer og prinsipper

Lover og retningslinjer av ulike slag nevnes som en del av kunnskapsgrunnlaget intensivsykepleierne baserer sine vurderinger og avgjørelser på i praksis. Spesielt i forhold til etiske vurderinger blir dette nevnt som en essensiell del av vurderingsgrunnlaget. Samtidig poengteres det av flere informanter at for dem er disse kunnskapene en del av

kunnskapsgrunnlaget, men ikke nødvendigvis det de bevisst tenker på til daglig, noe følgende uttalelser om kunnskapsgrunnlaget for etiske vurderinger belyser:

*”Jeg tror at den erfaringen en har spiller en rolle, samtidig så har en gått gjennom en del lovverk under utdannelsen som ligger og tikker i bakhodet...”*

*”Det er en sammenblanding... men hvis vi leser etiske retningslinjer så tror jeg vi kan finne holdepunkter for det der...”*

*”Vi diskuterer mer ”er dette etisk forsvarlig liksom?”, men alle de forskjellige punktene innen etikken har jeg ikke vært borte i etter at jeg var ferdig...”*

Andre informanter påpeker og vektlegger at de også tenker på etiske prinsipper direkte, som blant annet autonomi- og ikke-skade prinsippet. En informant viser til et eksempel fra praksis:

*”Jeg tenker på etiske prinsipper også... og jeg tenker ofte at det autonomiprinsippet, at det henger høyt... Av og til så må vi bryte det, det er klart, - vi var inne på i sted dette med uklare pasienter, der en gir medisiner fordi ingen har tid å sitte inne med dem og trygge dem, så bryter vi helt klart autonomiprinsippet. Vi gjør det, men så kan vi si at egentlig så var det til det beste for pasienten, at en bruker ikke-skade prinsippet for vedkommende kan jo ellers... ja, stikke ut... Du handler jo ut fra pasientens beste, det synes jeg er fokus...”*

#### **4.4. Kunnskap fra utdanning, kurs og internundervisning**

Intensivsykepleierne beskriver kunnskapene de tilegnet seg gjennom sin videreutdanning i sykepleie til akutt, kritisk syke som en grunnleggende del av det kunnskapsgrunnlaget de baserer sin daglige praksis på. Videre gis det også eksempler på at de tar med seg kunnskaper fra kurs og internundervisning i praksisutøvelsen, men spesielt i forhold til eksterne kurs er informantene tydelige på at dette er en mulighet for kunnskapstilegnelse som ikke er benyttet fullt ut, idet det svært sjelden er anledning til å delta på slike kurs.

#### 4.4.1. Kunnskap ervervet i videreutdanning

Videreutdanningen i sykepleie til akutt, kritisk syke beskrives som svært viktig for intensivsykepleierens kunnskapsgrunnlag. Informantene beskriver at de gjennom utdanningen har fått både teoretiske og erfaringsbaserte kunnskaper som skiller deres kunnskapsgrunnlag fra det grunnlaget sykepleiere uten denne tilleggsutdanningen har. Følgende uttalelse belyser dette:

*”Jeg tenker jo selvsagt på den kunnskapen en får når en tar en videreutdanning. For det er klart at som sykepleier har du en viss kunnskap, men når du tar en videreutdanning så får du en helt annen plattform å stå på...”*

*”Når jeg tok videreutdanning fikk jeg en helt annen forståelse for hva som skjer når pasienter blir akutt og kritisk syke...”*

Andre informanter beskriver også forskjellen mellom sykepleiere med grunnutdanning og de med videreutdanning i tillegg. Og presiserer hvordan kunnskapene fra videreutdannelsen bidrar i den praktiske utøvelsen av sykepleie. Følgende eksempel tar utgangspunkt i pasienter som får maskebehandling på respirator, og er fra en avdeling der også sykepleiere uten videreutdanning tidvis kan ta del i denne behandlingen:

*”Vi kjører veldig hardt på det at vi vil ha spesialsykepleiere på maske-BIPAP<sup>27</sup>, -for å vite hva du holder på med. Alle kan jo bare ta på knappen, så virker det, tut og kjør! Men stakkars pasient vil jeg si og stakkars sykepleier også. For du vet ikke hva du gjør, - det du gjør uten spesialutdannelse. Og det er viktig å ha den apparatfortroligheten som vi alle bør ha for å formidle trygghet til pasienten...”*

Og videre i et mer generelt ordelag:

*”Det går ikke på det at sykepleiere uten spesialutdanning ikke er flinke. Det går ikke på det, men du får tilført veldig mye kunnskap og praksis, solide kunnskaper... For ikke så lenge siden leste jeg en plass at intensivsykepleieren har i hvert fall mye bedre forutsetninger for å være i forkant... Vi aner at kanskje er noe på gang...”*

---

<sup>27</sup> Pasienter som behandles med trykkontrollert respirasjonsstøtte ved hjelp av maske. BIPAP innebærer at en veksler mellom to ulike positive trykknivåer.

*”Er ikke det at sykepleierne [de uten videreutdanning] ikke er flinke, men de kan ikke det de holder på med og så er de veldig entusiastisk, ”Ja, men det kan jeg lære i en fei”, - og så vet vi at det er ikke så lett å lære det så fort. Ikke det at vi skal være en slik brems på læring, men det må følge visse kriterier og ha en jevn læringskurve... Erfaring krever tid...”*

#### **4.4.2. Kunnskap fra kurs og internundervisning**

Ved alle intervjuene er informantene svært tydelige på at det er for lite kurs, samt at det også har vært en utvikling i retning mot færre og færre kurs, slik at kunnskaper fra slike fora i dag ikke utgjør en så stor del av kunnskapsgrunnet som det kunne gjort:

*”Egentlig burde det vært lagt opp til at vi fikk litt mer kurs underveis fra ledelsen synes jeg... for å tilegne oss det nye... for det er det blitt mindre av...”*

Det beskrives også ved flere av intervjuene barriere knyttet til kunnskapsoverføring gjennom internundervisningen:

*”Det er undervisning nesten hver mandag, etter arbeidstid... så er du veldig trett... Får med deg veldig lite... Og så er det tilfeldig hvem som får være med da, for det er bare de som er på jobb...”*

Samtidig presiserer informantene at når disse foraene er tilgjengelige utgjør de en god kilde til kunnskap relevant for intensivsykepleiernes praksisutøvelse, noe følgende eksempel viser:

*”Må jo nevne at for ikke så veldig lenge siden hadde vi en slik undervisningskveld og hadde om thoraxdren blant annet, og det var jo veldig nyttig...”*

#### **4.5. Erfaringsbasert kunnskap**

Teoretiske aspekt beskrives som nevnt å utgjøre en viktig dimensjon ved intensivsykepleiernes kunnskapsgrunnlag. Samtidig tyder data på at intensivsykepleierne også ser andre kunnskapskilder som tilsvarende viktige for deres praksisutøvelse. Som nevnt innledningsvis beskriver noen informanter erfaringsbasert kunnskap som likeverdig med teoretisk kunnskap, mens andre informanter mener den erfaringsbaserte kunnskapen spiller

hovedrollen i den daglige praksisutøvelsen og ser på sykepleie som et primært praktisk fag, noe følgende utsagn viser:

*”Jeg tenker at sykepleie er jo et praktisk yrke, det er nesten slik at jeg tenker jeg er en håndverker av og til når jeg er på jobb... er selvfølgelig medmenneske også, men en arbeider veldig mye fysisk, så jeg tenker at praktisk kunnskap det er viktig... for all del teori også, men praktisk...”*

*”Det er veldig viktig med teori og at det skal være kunnskapsbasert, men praktiske ferdigheter og å vite og å kjenne sine egne begrensninger og ja, praktisk kunnskap... Du kan sitte og ha så mange forskningsartikler du bare vil i hodet, men om du ikke kan sykepleie så kan du ikke arbeide på en måte...”*

#### **4.5.1. Skjønnsutøvelse og tause kunnskaper**

Skjønn, magesfølelse og klinisk blikk er begreper, som informantene beskriver noe ulikt, men som alle relateres til erfaring og erfaringsbasert kunnskap.

Skjønnsbegrepet, det å utøve skjønn, beskrives som å kunne forklare og begrunne faglig de vurderinger en gjør. Informantene beskriver at det innebærer individualisering og helhetsvurderinger i møtet med den enkelte pasient i en spesiell kontekst. Og det innebærer at kunnskaper basert på forskning og prosedyrer møter sin grense. Flere av informantene beskriver nettopp at det å bruke sitt faglige skjønn tidvis innebærer å gå imot prosedyrene eller det forskningen tilsier. Dette kan oppleves utfordrende, noe følgende sitat beskriver:

*”Det enkleste er jo å henge opp medisinerne og styre respiratoren og styre dryppene og alt dette her, - det har vi gjort hundre ganger før. Det er det med den enkelte pasient som er spesielt...”*

Samtidig tar flertallet av informantene til ordet for bruk av skjønn fremfor et rigid system, noe følgende belyser:

*”Jeg mener som sagt at vi skal vise en god grad av skjønn...”*

*”Det er jo kvalitetssikring at vi har skikkelige prosedyrer på ting... Men så er det ikke alt som kan lages prosedyrer på heller fordi det er jo noe du må ta veldig individuelt... Hva som virker på den ene og den andre – det er ikke alt som kan standardiseres...”*

*”Jeg er enig i at vi skal bruke skjønn... Vi skal ikke ha et slikt rigid system...”*

Og videre også at skjønnnet er basert på erfaring:

*”Det er ikke tvil om at vi gjør ting ulikt, og vi begrunner det ut i fra vår bakgrunn, vår erfaring altså som sykepleier. Også kan du spørre om det er riktig og kanskje kan vi si det at det nødvendigvis ikke er bare en vei som fører til Rom, men at det kanskje kan være helt OK om vi gjør ting ulikt...”*

*”Du må ta det ut fra den enkelte pasient og ut fra de erfaringene du lager deg, sant...”*

Vurderingene i skjønnsutøvelsen beskrives som bevisste i den henseende at informantene kan gjøre rede for og begrunne sine vurderinger. Samtidig er informantene tydelige på at deler av den erfaringsbaserte kunnskapen ikke alltid fremstår like bevisst for dem i selve praksisutøvelsen. Begreper som taus kunnskap, klinisk blikk og magefølelse blir nevnt. Følgende dialog med en av informantene beskriver dette:

*A: ”Altså da [ved skjønnsvurderinger] ser en mer på at symptom har fått et kroppslig uttrykk, - altså cyanose, kald klam, svett, urolig... mer slik... Ja, det som vi monitorerer, det ser vi egentlig i blikket på pasienten... Se og kjenne... Vi kjenner jo mye på pasientene...”*

*Moderator: ”Blir det annerledes?”*

*A: ”Enn magefølelsen ja... Ja, det blir det helt klart for magefølelsen er det usikre. Det som du bare tenker at det kan være i ditt indre... magefølelsen sier at det kan det være?... ”*

Andre informanter beskriver disse kunnskapene på følgende måter:

*”De [tause kunnskapene] ligger jo ved deg hele tiden, ubevisst egentlig. Du bruker øyne, ører, nese, altså alle sanseinntrykk når du er hos pasienten for å fange hva som er til beste for pasienten. Jeg føler at du er hele tiden på ”alerten” for å se etter tegn og for at pasienten skal ha det best mulig, så ubevisst...”*

*”Det [klinisk blikk] har egentlig veldig stor plass tenker jeg, - at det kan være en av forskjellene på en vakt der det finnes noen med lang erfaring på jobb og de gangene der det*

*ikke er så mye erfaring på gulvet. Jeg tror det er bedre kvalitet på en vakt der du har folk som har jobbet i mange år og som "catcher" ting tidlig..."*

*"Klinisk blikk er den erfaringen, at du nesten kan lukte på rommet hva som feiler pasienten..."*

*"Det [klinisk blikk] er noe udefinertbart, som du bare "senser", - i tillegg til det du vet. Og da nærmer vi oss ganske bra sykepleie vil jeg tro, når du er der... men det krever tid..."*

#### **4.5.2. Kontekst- og personspekifikke erfaringer**

Ved flere av intervjuene blir det påpekt at deler av det erfaringsbaserte kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for skjønnsvurderinger og tause kunnskaper er kontekstspesifikt, i den forstand at erfaringen som behøves er knyttet til den spesifikke konteksten og pasientgruppen, og ikke til erfaring generelt. I tillegg er disse erfaringene knyttet til den enkelte person. En informant forklarer det med utgangspunkt i en situasjon der hun på bakgrunn av sin spesifikke erfaring gjorde andre skjønsmessige vurderinger enn hun ellers ville ha gjort:

*"Det har jo med all erfaring, men også med erfaring som sykepleier, så vet en det at hvis ikke jeg har vært borti mange pasienter med hjerteinfarkt, så kunne ikke jeg nødvendigvis ha tenkt at det var det... Da ville jeg bare ha tenkt at: Nei, dette er jo ingenting. Dette er ikke hjerteinfarkt, det er helt sikkert, for det er så atypisk... Men av erfaring så vet du at det mest atypiske kan være et hjerteinfarkt..."*

Flere andre informanter belyser også den samme kontekstavhengigheten, ved å vise til hvordan de opplevde at deres kliniske blikk ikke strakk til når de skiftet avdeling. Blant annet eksemplifiserer flere ved å vise til opphold ved nyfødtavdeling:

*"Jeg tenker på at jeg var på nyfødtavdeling og de erfarne sykepleierne der de så med en gang at det var noe galt med ungene, men jeg som ikke hadde sett en baby, jeg så det ikke... men det var jo deres kliniske blikk. Og jeg tenker at du må på en måte ha sett noe for å se det. Du må gjenkjenne det for at du skal kunne se det..."*

En annen informant bruker begrepet "værhane" om de erfarne, og beskriver hvordan hun blant annet ikke så tegnene eller tolket dem likt som de med mer erfaring fra nyfødtkonteksten. Intensivsykepleieren forteller:



*”Hun [den erfarne sykepleieren] sa: ”Åh, han er dårlig den ungen”. Og jeg sa at: ”Ja, jeg og ser at han er slapp”. Da sa hun: ”Slapp?! Han er jo ikke engang fiskepudding!”. Han hadde ikke engang spenst som en fiskepudding... og da tenkte jeg: ”Åååh”...”*

### **4.5.3. Livserfaring**

Informantene påpeker at kunnskapene de bruker i sin praksisutøvelse ikke bare er hentet fra teori og yrkesrelaterte erfaringer. Livserfaring generelt blir tatt med som et aspekt i beskrivelsene av eget kunnskapsgrunnlag. Flere av informantene beskriver hvordan deres kunnskaper og erfaringer fra private sammenhenger, helt tilbake til barndom og oppvekst, er med som en del av deres grunnlag for praksisutøvelse:

*”Det er klart at jeg hadde jo også med meg erfaring fra livet mitt før jeg startet på sykepleien, selvfølgelig... Det er jo klart at du tar jo med deg alt, ja fra du slår opp øynene... ja oppdragelsen din, hvordan du ser på familien din og det rundt deg... Ja, dette med at det du vil at andre skal gjøre mot deg det gjør du mot andre for eksempel. Det har vært viktig for meg i hvert fall. Dette med respekt, og at du på en måte du gjør det du vil ha igjen overfor andre...”*

*”Jeg tror kanskje det går mye på personlige egenskaper... men selvfølgelig, du skiller jo ikke det, - fordi det er internalisert i deg. Du har jo blitt slik fordi du har erfart ting i livet...”*

Spesielt i forhold til det etiske kunnskapsgrunnlaget og i praksissituasjoner hvor holdninger, etikk og moral virker inn på vurderingene beskriver informantene egne menneskelige livserfaringer som essensielle. Blant annet blir dette beskrevet på følgende måte:

*”Jeg tror at helt fra oppvekst er det litt, altså miljøet... Det som du ble lært som liten ligger i bunnen... Det er klart du blir påvirket overalt, -klart du blir det...”*

*”Altså moral, det er litt sånn innebygd moralsk i et menneske som kanskje ikke bare er sykepleie, - som ikke bare er faglig, men grunnleggende menneskelig etikk, at en ikke skal lide og utsette ting... Der du egentlig ikke trenger å være professor for å skjønne det, men du henter det fra det menneskelige, fra ditt eget liv og fra det å være menneske...”*

## 4.6. Kunnskap tilegnet gjennom samhandling med andre

I tillegg til sin egen kunnskapsbase beskriver intensivsykepleierne hvordan også andres kunnskaper både påvirker deres praksisutøvelse direkte og etter hvert blir en del av deres eget kunnskapsgrunnlag. Gjennom samhandling, diskusjon og refleksjon med andre overføres kunnskaper fra både egne sykepleierkollegaer og andre kliniske eksperter, slik at disse kunnskapene også blir en del av den enkelte intensivsykepleiers kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse.

### 4.6.1. Egne sykepleierkollegaer som kunnskapskilde

*”Det er den eldste måten folk har lært på, - den ene forteller til den andre hvordan ting er...”,* sier en informant om hvordan hun lærer fra sine kollegaer, før hun presiserer at en har mye å lære av de med lang erfaring.

Ved alle intervjuene blir begrepet trygghet benyttet i relasjon til erfaringsbaserte kunnskaper. Erfaring beskrives som å gi trygghet i forhold til å se og vurdere den enkelte pasient, samtidig som informantene påpeker at denne tryggheten ikke nødvendigvis er knyttet til egen erfaringskunnskap, men der også kollegaenes erfaringskunnskaper er viktige. Informantene med mindre erfaring beskriver at det er trygt å gå på jobb når de har erfarne sykepleiere på vakt sammen med seg. En informant beskriver hvordan de ved avdelingen lar ”de nye” få ta hånd om respiratorpasientene også når det er rolig. Hun sier:

*”Det som er så bra her, er at når du kommer som ny, så får du en respiratorpasient, også om det er litt rolig, så får du den respiratorpasienten og så kan du heller få hjelp av de som har mer erfaring, at de går ute og på toppen... Jeg føler at det er veldig bra for da får vi god trening selv. Det er godt at jeg som ny får den treningen og får tilegne meg den kunnskapen...”*

De fleste informantene poengterer viktigheten av å ha intensivsykepleiere med erfaring på alle vakter. Ved en avdeling er de alltid minimum to erfarne på vakt, noe informantene påpeker er slik etter påtrykk fra de ansatte selv.

Samtidig er informantene tydelige på at det ikke bare er erfaringsbaserte kunnskaper som overføres mellom kollegaer. Ved flere av intervjuene diskuterer informantene relasjonen mellom nye og erfarne intensivsykepleiere, og beskriver at en må ha begge deler. Erfaring gir trygghet i hverdagen, men intensivsykepleierne beskriver også en bevissthet på farene ved at en bare "går i det vante", som en informant sier, slik at viktigheten av en blanding poengteres. Noe følgende utsagn fra en erfaren informant belyser:

*"Du får kastet litt ball, - tenker jeg rett nå eller tenker jeg ikke rett? Var det slik eller var det ikke slik? Har jeg gammel kunnskap, har du noe nyere kunnskap? Tenker jeg feil? Derfor er det godt at en er ulike i erfaring og utdanning... Sammen er vi dynamitt!"*

#### **4.6.2. Samhandling, refleksjon og diskusjon**

Kollegaene beskrives som en svært tilgjengelig og lett anvendelig kunnskapskilde, uansett erfaringsnivå. Og ved flere av intervjuene poengteres det at takhøyden for å spørre og dele med hverandre er stor. Noe følgende sitater eksemplifiserer:

*"Det som er litt godt med denne avdelingen er at når du arbeider med erfarne folk, så allikevel spør de også hverandre. Vi spør hverandre alle sammen..."*

*"Som ny så tenker en kanskje at: Uff nei jeg kan ikke spørre om det fordi det burde jeg kunne, men som erfaren så vet du at: Nei, jeg kan ikke alt og jeg vil ikke gjøre feil. Så de spør de som er erfarne også..."*

Og videre:

*"Vi spør hverandre veldig mye. Jeg tror vi bruker kollegaene mye mer enn en vanlig avdeling gjør. Jeg synes vi er veldig flinke til å forhøre oss om våre tanker er på rett spor om en pasient, så selv de av oss som har lang erfaring går jo egentlig, bare for å høre om jeg er på rett spor..."*

*"Vi arbeider godt i team. Hvis du har en pasient som du ikke får smertefri, så går du og lufter tankene dine hos en eller to kollegaer - alltid..."*

Dette viser også hvor viktig diskusjon og refleksjon sammen med kollegaer er for praksisutøvelsen og intensivsykepleiernes kunnskapsgrunnlag. Noe også andre poengterer.

Blant annet beskriver informantene ved et av intervjuene at de har en såpass rolig avdeling at det blir tid til refleksjon sammen med kollegaer, og dette blir sett som svært viktig i forhold til at de ofte føler å ha både stor frihet og stort ansvar i sin praksisutøvelse:

*”Vi har såpass rolig avdeling at det blir ofte reflektert over måten vi gjorde ting på, eller om jeg er litt usikker på hva jeg skal gjøre... som medikamenter jeg skal gi... fordi vi får kanskje litt stor frihet noen ganger til å gi det vi vil...”*

Andre påpeker den samme viktigheten av refleksjon, selv om de ikke alltid opplever den samme muligheten i praksis:

*”Vi står ganske mye alene, og det krever jo mye kunnskaper... Så, det hadde nok vært bedre om vi hadde kunnet tatt opp ting... Refleksjon rett og slett. Og jeg tenker for alle, både for de nye og oss som har vært lenge, men jeg tenker at jeg synes det er tøft for mange av de nye altså, som er ganske alene, så det hadde nok vært lurt...”*

Noen informanter forklarer at for dem er dette spesielt viktig i forhold til akutte situasjoner og situasjoner som oppleves etisk vanskelige:

*”Hverdagen går videre i avdelingen liksom... men det hadde vært viktig til senere hvis en hadde hatt en debriefing til neste gang en kom opp i lignende situasjoner... Det er spesielt når vi har hatt akutte situasjoner eller etiske dilemmaer, - og de synes jeg vi har hatt ganske mange av, - der en kunne vært tjent på å ha en evaluering i ettertid... tverrfaglig, - og ikke for å finne hvem som har gjort rett eller feil, men for at det skal fungere bedre neste gang...”*

#### **4.6.3. Kultur**

De fleste informantene beskriver altså at det er en kultur for å spørre og diskutere med hverandre, og på den måten både gi, få og utvikle kunnskaper. Ved flere av intervjuene kommer informantene inn på at en også lærer fra selve den kulturen en er del av.

Informantene refererer til kulturbegrepet generelt og i videreførelsen av det også hvordan den enkelte avdelingskulturen deltar som påvirkningsmoment for hvordan praksisutøvelsen blir. Enkelte informanter knytter kulturen til deres kollegiale samspill og beskriver hvordan den enkelte gjennom sin praksisutøvelse også påvirker kulturen en er del av. Blant annet

poengterer en informant hvordan måten en snakker på i avdelingen også kan påvirke hvordan en tenker, og at det er viktig å være dette bevisst:

*”Vi må identifisere oss litt mer med pasientene... Måten vi snakker på om de som er innlagt her... det påvirker oss...”*

Ved et annet intervju, beskrives noe av det samme, men der er fokuset rettet på at også de prioriteringene en gjør i praksis kan være påvirket av den kulturen en er del av. Informanten viser til hvordan hun opplevde ulike kulturer i forhold til i hvilken grad det ble prioritert å være inne hos ”våkne” pasienter ved to ulike intensivavdelinger ved det samme sykehuset. Og beskriver denne kulturforskjellen med utgangspunkt i erfaringer fra da hun skiftet arbeidssted:

*”Kom fra NN avdeling, og der er vi jo alltid inne hos pasientene, der er det kultur for å være inne hos pasientene nesten hele tiden... Så jeg fortsatte med det, - kanskje litt mye i overgangen, men så var det slik: ”Å ja, er du her i dag?” når du kom ut på vaktrommet. Og da hadde jeg satt av litt tid til rett og slett å snakke med pasientene... Så det er litt kulturen også, - skal ikke bare skynde deg inn for å gjøre det du skal for så å gå på vaktrommet...”*

#### **4.6.4. Klinisk ekspertise**

Kunnskap overføres både direkte og mer indirekte. Ved flere av intervjuene beskriver deltakerne at de har direkte kontakt med både andre yrkesgrupper og med egen yrkesgruppe ved andre avdelinger, sistnevnte være seg andre intensivavdelinger ved både eget og andre sykehus. I forhold til andre yrkesgrupper nevnes fysioterapeuter og ulike kategorier av leger spesielt, samt blant annet ansatte ved anestesi og operasjonsavdeling, ulike laboratorier og radiologisk avdeling. Kunnskapsoverføringen dreier seg ofte om spesifikke og konkrete spørsmål med direkte relevans for praksisutøvelsen. Følgende eksempel omhandler intensivsykepleiere ansatt ved annen avdeling:

*”Jeg synes det er veldig greit å gå på NN [annen intensivavdeling ved sykehuset] når det er noe som vi ikke har så ofte. De har gjerne det hver dag, så det synes jeg er veldig greit. Har fått mye hjelp der...”*

Kunnskapsoverføring mellom intensivsykepleiere ved ulike avdelinger er likevel ikke bare konsentrert om konkrete spørsmål og situasjoner. Ved flere av intervjuene beskriver

informantene hvordan både vikarer og det å hospitere kan bidra til kunnskapsoverføring mellom intensivsykepleiere ved ulike avdelinger:

*”Noen som hospiterer eller disse vikarene som kommer og går hele tiden... Snakker mye med dem, og får en del der... De er jo rundt alle veier... De er på alle sykehusene i Norge, og i utlandet, og de tar med seg det de synes er best...”*

*”En kan bli litt sneversynt, når en har gjort det hundre ganger før. Det er sikkert andre måter å gjøre det på, og da er det godt at det kommer folk fra andre sykehus, som har gjort ting annerledes, slik at vi kan ta det beste av alle...”*

Intensivsykepleiere samhandler også med andre yrkesgrupper i sin praksis og kunnskaper ervervet gjennom denne samhandlingen beskrives som en del av det kunnskapsgrunnlaget de bygger sin praksisutøvelse på. Flere yrkesgrupper nevnes, men informantene diskuterer ved alle intervjuene i forhold til fysioterapeutene og legene spesielt.

I flertallet av intervjuene beskrives relasjonen til fysioterapeutene som positiv der kunnskaper deles og hvor dette resulterer i en bedre praksis og en bedre måte å møte pasientene på. Flere poengterer at fysioterapeutene som er knyttet til deres avdeling er spesielt engasjerte og at de har lært mye av dem, noe følgende eksemplifiserer:

*”Vi lærer jo litt hver dag... Fysioterapeutene... ja, spesielt de har vi samarbeid med og henter erfaring fra...”*

*”Hun fysioterapeuten er veldig ivrig og vil veldig gjerne lære fra seg. Hun har tatt spesialutdanning om intensivpasienter og brenner veldig for det...”*

Informantene forklarer videre at det foregår mye kunnskapsoverføringen mellom leger og intensivsykepleiere, men denne beskrives som mer personavhengig enn knyttet til rolle/ status. Flere ulike legegupper diskuteres under intervjuene, og det beskrives til en viss grad forskjeller i forhold til leger på assistent- og overlegenivå, samt forskjell mellom de ulike spesialitetene: anestesi, kirurgi og medisin. Samtidig er informantene svært tydelige på at forskjellene på gruppenivå ikke er fremtredende sett i forhold til individuelle forskjeller/ personavhengighet.

Kunnskaper ervervet gjennom interaksjon med leger beskrives som en viktig del av kunnskapsgrunnlaget, men samtidig påpeker informanter ved flere intervju at de savner det

tverrfaglige samarbeidet som de har ervervet kunnskaper gjennom ved tidligere arbeid ved større intensivavdelinger. En informant uttaler:

*”Jeg skal si jeg merker stor forskjell mellom slik det er her, og slik det er ved NN [stort universitetssykehus]. For der lærte vi veldig mye av legene. De gjorde ikke en ting ved pasientsengen uten å forklare oss hva de gjorde og hvorfor, så vi lærte veldig mye. Her eksisterer ikke det i hele tatt. Vi må i så fall spørre...”*

Bildet nyanseres videre ved at det også blir påpekt ved et intervju at enkelte kunnskapsområder der informantene nå har økt sine kunnskaper, har de også til dels overtatt legenes tidligere rolle. En informant eksemplifiserer ved å ta utgangspunkt i respiratorbehandling. Informanten forklarer:

*”Nå er det vi som styrer respiratoravvenningen og slikt selv. Det er ikke så veldig mange år siden det var legene som tok alle justeringene på respiratoren og sykepleierne de kunne ikke respiratorinnstillingene en gang... Nå er legene nesten ikke borti respiratoren. Så vi har fått mye mer ansvar underveis, og jeg tror de har overlatt det meste av det til oss... Vi har tilegnet oss den kunnskapen og blitt flinkere underveis...”*

Det gis under intervjuene også eksempler på at ekstern klinisk ekspertise og dennes kunnskap benyttes i forhold til vurderinger og avgjørelse i praksis. I forhold til etiske vurderinger forklarer informantene ved et intervju at avdelingen av og til sender forespørsler til kliniske etikk-komiteer (KEK)<sup>28</sup>, og dermed også søker disses kunnskap i forhold til etisk vanskelige avgjørelser i praksis. Ved et annet intervju gir informantene uttrykk for at dette tilbudet ikke blir benyttet hos dem, mens ved de resterende intervjuene blir temaet ikke nevnt.

## **4.7. Brukermedvirkning**

Under alle intervjuene ble det direkte forspurt i forhold til brukerkunnskap og brukermedvirkning. Ved flere av intervjuene ble informantene da først stille for så å be om utdypning når begrepene ble brukt ordrett. Da moderator ventet litt med å svare spurte informantene om det var begreper som pasientens ”egne erfaringer” og ”egne kunnskaper” en

---

<sup>28</sup> Kliniske etikk-komiteer (KEK) er opprettet ved alle helseforetakene i Norge, totalt er det 39 komiteer. Komiteene skal bidra til høynet etisk bevissthet og til å kvalitetssikre vanskelige verdiavveininger ved norske helseforetak, til beste for helsepersonell, pasient og pårørende (Universitetet i Oslo u.å.).

mente? I tillegg var ”*hvor mye pasienten selv påvirker*” og pasientens ”*medbestemmelse*” uttrykk informantene da tok i bruk, slik at disse ble sett som tilsvarende begreper.

Slik informantene beskriver det, kan det virke som brukerkunnskaper er viktige i praksisutøvelsen på to måter. Direkte i det aktuelle møtet med den enkelte pasient og dennes kunnskaper om seg selv og sin situasjon, - pasientens brukermedvirkning, men også indirekte ved at brukerkunnskaper og brukererfaringer fra andre pasienter og pårørende overføres tilbake til praksis via både intensivsykepleierens tidligere praksiserfaringer og gjennom teoretiske kilder.

Blant annet beskrives det hvordan både pasienters egenbeskrivelse av erfaringer og forskning basert på pasienterfaringer utgjør grunnlaget for den praksisen som utøves. En informant eksemplifiserer sistnevnte ved å vise til forskning relatert til mestringsbegrepet:

*”Vi må tilrettelegge for den enkelte og hvordan det er best for den. For det kan jo også relateres til forskning og mestringsstrategier, -medbestemmelse rett og slett... Og det er jo gjort masse undersøkelser på mestring hos postoperative pasienter...”*

Og videre:

*”Når vi vet at det er ting som kan hjelpe pasienten å mestre i den situasjonen de er i, så vet vi jo at vi må ta de med på lag og tilrettelegge for den enkelte, hvordan det er best for den...”*

Ved flere av intervjuene blir også brukermedvirkning knyttet til forskning på pasienterfaringer og egenomsorg, og ved spesielt et av intervjuene diskuteres det hvordan intensivbehandling kan virke hemmende på egenomsorgen, hvordan tidligere praksis tok fra pasientene egenomsorgen, og hvordan den utviklingen som har vært med økte forventninger til pasientene har vært basert på tidligere brukererfaringer og forskning. En informant eksemplifiserer ved å vise til tidligere praksis og forteller om en pasient som var flyttet fra intensivavdeling til sengepost:

*”For på intensivavdelingen hadde han blitt vasket og sånn... Også skulle han spise... Nei, han kunne ikke spise selv, og han kunne ikke stå opp av sengen... Han ble ikke sendt hjem den dagen for han kunne ingenting... Så vi hemmer... og der har vi lært noe, slikt gjør vi ikke lenger... Der er det jo gjort undersøkelser, for det var jo misforstått, - tok fra dem egenomsorgen...”*



I intervjuene skiller informantene mellom de intensivpasientene som er våkne og i stand til å uttrykke seg selv og de pasientene som ikke er det. Og påpeker at slikt sett skiller intensivavdelingen seg fra andre avdelinger idet flere av pasientene i deler av oppholdet ikke er i stand til å kommunisere sine kunnskaper eller medvirke direkte i forhold til de vurderinger som gjøres og avgjørelsene som tas, slik at brukermedvirkningen også er påvirket av pasientens tilstand, noe følgende sitater viser:

*”Kommer an på hvilken fase de er i, så det er nok litt annerledes, men våkne pasienter er nok kanskje likt, - at de blir tatt med...”*

*”Pasienter som er våkne og som vi kan samarbeide med tar vi jo med i pleien og behandlingen...”*

*”Med CPAP<sup>29</sup> eller BIPAP, - vi tar jo litt hensyn til deres vilje, men det er liksom når de begynner å bli litt ”freshere” da, det er ikke når de er på det sykeste... Det er ikke når de er dårlige eller kommer til avdelingen, for da kjører vi over...”*

De fleste våkne pasientene ved intensivavdelingene beskrives å innta det som en informant kaller en ”ydmyk pasientrolle”, der de er lydhøre for informasjon og følger denne, stiller lite krav og godtar å vente på tur. Samtidig er dette noe som diskuteres i fokusgruppene og der informantene ikke er enige. Noen informanter mener at dette har endret seg de siste årene, og da spesielt i forhold til yngre pasienter som stiller mer krav, mens andre informanter mener at denne endringen først og fremst gjelder pårørende og i mindre grad pasientene selv, noe følgende uttalelse eksemplifiserer:

*”For 20 år siden så var jo pasienten totalt intetsigende, betydde ingenting, -i dag synes jeg at jeg ser noen pasienter, og spesielt pårørende som har litt mer kraft, og setter mer krav til helsevesenet, -legger frem sin kunnskap... De har kanskje vært på nettet og lest om sykdommen. Det gjør de i større grad tror jeg, og da kommer de med spørsmål som er relevante...”*

Ved alle intervjuene beskriver informantene at de er lydhøre overfor pasientene ”inntil en viss grense”. I hvilken grad pasientene tas med beskrives å være svært individuelt, men der fokuset hele tiden er rettet mot å gjøre det som er det beste for pasienten. Flere informanter forklarer at de informerer og forklarer hvorfor, fremfor å ”gjør seg morsk i sin hvite frakk”,

---

<sup>29</sup> CPAP er et modus på respiratorene. Står for Continues Positive Airway Pressure, og innebærer at det er et positivt luftveistrykk (Dybwik, 2000,255)

for å sitere en informant. Flere gir også eksempler på at de til en viss grad også tar med pasientenes kunnskaper i forhold til medisinsk behandling, noe følgende uttalelser tyder på:

*”Jeg føler nå det at hvis de kommer med ønsker så tenker vi nå virkelig igjennom det, om det er mulig...”*

*”Sånn med sykdommen å gjøre, så synes nå jeg at vi hører på de, spesielt på ”KOLS-ene”<sup>30</sup>. Hvis de sier at i dag er det virkelig tungt, så hører du på det de sier, det er klart de kjenner kroppen sin bedre...”*

*”Vi oppfordrer recovery-pasienter til å gi beskjed når de har vondt, vi er ikke slik at vi går og ser etter, mer at nå må du være grei og gi beskjed...”*

*”Jeg lar de [pasientene] ofte styre maskinen når de er blitt litt kjent, så spør jeg trenger du den?.. Nei, sier de, - også tenker jeg at jeg synes jo egentlig det, men OK, pasienten sier nei...”*

Samtidig uttrykker informantene ved flere intervjuer uenighet om i hvilken grad våkne pasienter virkelig blir hørt. Og en del informanter påpeker at selve tilpasningen ofte kommer på mindre områder, som tidspunkt for å ta medisiner, tidspunkt for å spise eller mobilisering. En informant forteller:

*”Her en dag gav jeg meg på at en pasient ikke stelte seg om morgenen, han skulle heller ta et skikkelig kveldsstell. Og da syntes jeg at jeg strakk meg langt...”*

Noen informanter trekker det lenger og hevder at brukerkunnskaper ikke alltid tas med i vurderingene og avgjørelsene som blir tatt. En eksemplifiserer dette ved å vise til situasjoner der det er satt HLR minus<sup>31</sup>, og der pasient og pårørende ikke en gang informeres om dette, og hun stiller spørsmålene:

---

<sup>30</sup> Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en sykdom som er karakterisert av luftstrømsobstruksjon som ikke er fullt reversibel. Luftstrømsobstruksjonen er vanligvis både progressiv og forbundet med en unormal inflammatorisk reaksjon i lungene på toksiske gasser eller partikler (Den norske lægeforenings strategigruppe for KOLS, 2002).

<sup>31</sup> HLR minus: Ved hjerte-lunge-redning (HLR) forstås de tiltak som iverksettes akutt for å gjenopprette sirkulasjon og ventilasjon hos pasienter hvor det inntreffer plutselig tilsynelatende livløshet. Redningen innebærer: Kraftig dunk i brystet, utvendig hjertekompresjon, innblåsning av luft i lungene, stabilisering/stimulering av hjerterytme med elektrisk defibrillering, medikamenter, og senere evt. trakealintubasjon og mekanisk ventilasjon. HLR minus uten reservasjon innebærer at ingen av de tiltakene som er nevnt ovenfor skal iverksettes (Universitetet i Oslo, 2010).

*”Ja, men har dere snakket med pårørende? Har dere snakket med pasienten?.. Hvis pasienten er klar og orientert, så det er ofte en slik problemstilling som vi kommer opp i...”*

Ved et av intervjuene tar en informant utgangspunkt i de pasientene som er innlagt ved avdelingen den dagen intervjuet finner sted, og hevder at også for de som er *”unge og oppegående”* har deres brukerkunnskaper liten betydning i praksis. Eller for å sitere informanten: *”Hvor stor rolle spiller deres [pasientenes] kunnskaper? – Nothing!!”*

## 5. Drøftning av funn

Problemstillingen for studien er som nevnt: Hvordan beskriver intensivsykepleiere sitt kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse? Og det er dette spørsmålet som danner utgangspunktet for drøftningen.

Et viktig funn i studien omhandler den helhetsbeskrivelsen intensivsykepleierne hadde av sitt kunnskapsgrunnlag. De så sitt kunnskapsgrunnlag som en integrert helhet fremfor inndelt og gruppert. Slik sett kan den grupperingen som er gjort i første del av analysen virke misvisende, og en drøftning og vektlegging av helheten i kunnskapsgrunnlaget følger derfor etter at de enkelte kodegruppene og subgruppene er drøftet hver for seg.

Jeg ser evidensbasering/ ”kunnskapsbasert praksis” som en dominerende diskurs innen sykepleien, og disse begrepene, inkludert debatten rundt dem, utgjorde et viktig utgangspunkt for arbeidet med denne studien. En drøftning opp mot disse begrepene er i hovedsak gjort i forhold til forskningsfunn som kunnskapskilde. I tillegg presenteres til slutt i dette kapittelet en drøftning av funnene som helhet sett spesielt i relasjon til disse begrepene.

Nå først følger en drøftning av studiens funn, inndelt etter de grupper og subgrupper, som er presentert i kapittel fire. Disse funnene vil her sees i lys av tidligere forskningsfunn samt aktuelle teorier og begreper. Drøftningen følger i det store og hele den samme inndeling og rekkefølge som presentasjonen i kapittel 4.

### 5.1. Teoretisk kunnskap

Teoretisk kunnskap refereres her som kunnskap intensivsykepleierne gjengir å ha skriftlig formulerte kilder til. Slik at følgende grunnlag for teoretisk kunnskap blir drøftet: forskningsbasert kunnskap, inkludert ulike skriftlige kilder til forskningslitteratur, naturvitenskapelig kunnskap, kunnskap basert på teorier om sykepleie og sentrale begreper og kunnskap basert på lover, regler og retningslinjer.

### 5.1.1. Forskningsbasert kunnskap

Informantene i denne studien beskriver at forskningsbasert kunnskap utgjør en essensiell og direkte anvendt del av deres kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse, og der det har vært en utvikling hvor forskningsbasert kunnskap har en mer fremtredende plass i dag enn tidligere. Dette samsvarer med Jensen sin beskrivelse av dagens samfunn som et kunnskapssamfunn. Forfatteren skriver videre at et kjennetegn ved dagens kunnskapssamfunn, som profesjonene nå må forholde seg til, er at kunnskapen utvikles i større kunnskapsnettverk og distribueres gjennom tidsskrifter, internettsider og teknologiske redskaper (Jensen, 2008:1). Disse kildene samsvarer også delvis med de kildene intensivsykepleierne i denne studien oppgir som sine kilder til forskningsbasert kunnskap.

Informantenes uttalelser kan også tyde på at deres bruk av forskning er basert på et nytteperspektiv, en slags rettferdiggjøring for de prioriteringene de foretar i en travel praksishverdag. Som beskrevet i teoridelen trekker Alvsvåg (2009) linjene tilbake i tid og beskriver en todeling av den vitenskapelige kunnskapen, der den ene grenen knyttes til Aristoteles og det som ikke kan være annerledes, mens den andre grenen knyttes til den industrielle revolusjonen, der også nytteperspektivet var avgjørende. Et slikt nytteperspektiv uttales også direkte av Sackett (1997) i hans beskrivelse av den evidensbaserte medisinen sin betydning i forhold til behandlingsvalg. I forhold til sykepleie hevder Heggen (2009) at et tilsvarende nytteperspektiv presenteres i boka "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere", utgitt av Norsk Sykepleierforbund (Nortvedt et al, 2007). Heggen (2009) finner gjennom en dekonstruktiv tekstanalyse av boken at denne boken dobbeltkommuniserer og presenterer et dominerende nyttesyn på kunnskap. Om en ser denne studiens funn i lys av dette, kan informantenes vektlegging av et nytteperspektiv, knyttet til forskningsanvendelse, tyde på at en del av de implikasjonene enkelte hevder følger med selve logikken i evidenstenkningen kan sees som integrert i intensivsykepleierens tenkning. Slik at selv om informantene i denne studien ikke oppgir at selve begrepet kunnskapsbasert praksis er et begrep de benytter i sin hverdag, er nyttetenkning og prioriteringstenkning en del av praksishverdagen, eller som Sackett sier om evidensbasert medisin: "...trening i hvordan evidensbasert medisin skal utøves inkluderer trening i kritiske vurderinger av økonomisk evidens" (Sackett, 1997:570 – egen oversettelse).

Innen evidenstenkningen er evidenshierarkiet beskrevet, der meta-analyser og randomiserte forsøk sees som gullstandarden. Disse begrepene finner en også igjen i informantenes

beskrivelser av hvordan de vurderer forskning. Videre finner en igjen mye av den ordbruken og begrepsbruken som vektlegges i forhold til kvantitativ forskning, sett i "motsetning" til kvalitativ forskning. Fulbrook (2003) sier sykepleien befinner seg i en slags "Catch 22"<sup>32</sup>, idet de støtter prinsippene som evidensbasert praksis bygger på samtidig som svært mye av den evidensen sykepleien som fag baserer seg på nødvendigvis vil være på et lavere nivå i evidenshierarkiet. Når Alvsvåg (2009) beskriver vitenskapelig kunnskap som en av de tre kunnskapssøylene sykepleien hviler på, er hun tydelig på at både kvantitativ og kvalitativ forskningsfunn regnes med her (jmf kap. 2.2.2.). Flere poengterer samtidig at det innen evidenstenkning fortsatt eksisterer diskusjon rundt kvalitativ forskning, blant annet diskuteres dette med at kvalitativ forskning ikke kan generaliseres fordi utvalgets størrelse er så lite, men også andre aspekt knyttet til kvalitativ forskning sin plass innen evidenstenkningen diskuteres (Thorne, 2006, Flemming, 2007 og Nordgren, Asp og Fagerberg, 2008). Newmark, Thompson og Roberts (2006) beskriver at en innen evidenstenkningen skiller mellom forgrunns- og bakgrunns- kunnskap, og videre hvordan "evidens" kan sees som en del av forgrunnskunnskapen mens annen kunnskap, inkludert kunnskap fra kvalitativ forskning, mer kan sees som en del av bakgrunnskunnskapen. Dette kan tenkes å tangere mot den opplevelsen informantene i denne studien gjengir i forhold til deres beskrivelser av hva som er "rett forskning". I tillegg samsvarer det også med tidligere forskningsfunn der intensivsykepleiere bare beskriver kunnskap generert fra eksperimentelle metoder som å utgjøre evidens (Fulbrook, 2003).

#### **5.1.1.1. Skriftlige kilder til forskningsbasert kunnskap**

Informantene i denne studien gjengir ulike kilder for forskningslitteratur, deriblant fagtidsskrift<sup>33</sup> og forskningstidsskrift<sup>34</sup> innen sykepleiefaget. Dette er interessant sett i lys av at tidligere forskning viser at sykepleiere beskriver både fagtidsskrift og sykepleiefaglige forskningstidsskrift å være blant de fem kunnskapskildene<sup>35</sup> som har minst relevans for

---

<sup>32</sup> Catch 22 innebærer et logisk paradoks på bakgrunn av en situasjon der det er behov for noe som bare kan erverves ved handlinger som vil føre en inn i den situasjonen en allerede er i, slik at ervervelse av det ønskede blir logisk umulig (Wikipedia u.å.b).

<sup>33</sup> Som Sykepleien og Fagoscopet. Det kan selvfølgelig diskuteres hvorvidt alt som presenteres i disse tidsskriftene virkelig er forskningsbasert, men under intervjuene ble de referert som kilder til forskning. Det ble ikke bedt om videre utdypning av dette under intervjuene.

<sup>34</sup> For eksempel Sykepleien Forskning.

<sup>35</sup> De fem minst relevante for praksisutøvelsen ble beskrevet å være (i fallende rekkefølge): fagtidsskrift, måter sykepleier alltid har gjort det, sykepleiefaglige forskningstidsskrift, medisinske tidsskrift og media.

praksisutøvelsen (Thompson, Moore og Estabrooks, 2008). Dette kommer ikke like tydelig frem gjennom funnene i denne studien, men samtidig poengterte informantene her at de er selektive på hva de leser i tidsskriftene, noe som kan tolkes som at de tilsvarende ikke ser alt som presenteres å være like relevant for deres praksisutøvelse.

Funnene i denne studien indikerer at bruken av internettbaserte søkemotorer og lignende varierer betraktelig. Dette samsvarer med Estabrooks, O'Leary, Ricker og Humphrey (2002) sine funn. De baserer sine funn på to survey-undersøkelser, og finner at sykepleiere<sup>36</sup> verdsetter både egen erfaring og samhandling med kollegaer og pasienter høyere enn både internettbaserte og tradisjonelle kunnskapskilder. Det samme beskriver Thompson et al. (2001), som konkluderer med at det ikke er forskningsbasert kunnskap i seg selv som tillegges liten vekt av sykepleiere når de foretar vurderinger i praksis. Det viktige er derimot selve mediet forskningen formidles gjennom (Thompson et al., 2001 og Thompson, Estabrooks og Degner, 2006).

Samtidig som funnene i denne studien tyder på at intensivsykepleierne ser forskningsfunn som en viktig del av det de baserer sitt kunnskapsgrunnlag på, er det en god del forskning som viser at praksisutøvelsen med fordel kunne vært basert på forskning i enda større grad. Kahn (2009) påpeker at på tross av at det nå eksisterer en rekke evidensbaserte studier innen intensivbehandling som gjør det mulig å basere den praksisen som utøves på evidensbasert forskning i langt større grad enn tidligere, så skjer det likevel ikke. Dette bekreftes også av annen forskning. Taylor-Piliae (1998) beskriver at i forhold til enkelte aspekt benytter 99 % av intensivsykepleierne tiltak som forskning viser ikke har effekt<sup>37</sup>, mens andre påstår at 30-40 % av pasientene<sup>38</sup> i USA og Nederland mottar pleie som ikke er basert på dagens vitenskapelige evidens (Wallin, Estabrooks, Midodzi og Cummings, 2006). Labeau et al. (2009) undersøkte i hvilken grad intensivsykepleiere kjente til de evidensbaserte retningslinjene i forhold til å forhindre postoperativ sårinfeksjon og fant at det var et stort forbedringspotensial. Tilsvarende poengterer Vandijk, Labeau og Blot (2008) at deres undersøkelse viser at sykepleiere ikke kjente til de evidensbaserte tiltakene for å forhindre ventilator assosiert pneumoni (VAP)<sup>39</sup>, mens annen forskning indikerer at det i forhold til noen områder både er lite forskning, og at intensivsykepleiere heller ikke kan begrunne sine

---

<sup>36</sup> Er sykepleiere generelt og ikke spesifikt intensivsykepleiere.

<sup>37</sup> Dette eksempelet omhandler bruk av Trendelburgsleie, -leie der fotenden er hevet og hodeenden senket.

<sup>38</sup> Pasienter generelt, ikke intensivpasienter spesielt.

<sup>39</sup> VAP, Ventilator assosiert pneumoni, -pneumoni i forbindelse med respiratorbehandling, som er en av de vanligste sykehusinfeksjonene hos respiratorpasienter (Sorknes, 2008).

tiltak (Cunningham og Gould, 1998). I norsk sammenheng fant Spjelkevik (2000) i sin undersøkelse at sykepleieforskning ikke prioriteres i akuttsykepleie, selv om det eksisterer et behov for både å utvikle og å anvende forskningskunnskap som kan bidra til å artikulere tauskunnskap, øke kunnskapen om pasienter og pårørendes erfaringer og for å utvikle sykepleiefaglige metoder. Grønvik (2007)<sup>40</sup> tar spesifikt utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis-begrepet og finner at det i praksis er lite fokus på forskningsbasert kunnskap.

På bakgrunn av dette, og på tross av at både intensivsykepleierne i denne studien beskriver forskningsfunn som en viktig del av sitt praksisgrunnlag samt at dette også er vektlagt på strukturnivå gjennom blant annet vektleggingen av kunnskapsbasert praksis, kan det tyde på at forskningsfunnene ikke når ut til praksis. Under alle intervjuene beskriver også informantene at det eksisterer en rekke barrierer som medvirker til at forskningsfunn ikke utnyttes i den grad det burde. Blant annet indikerer funnene i denne studien at tidsfaktoren er vesentlig, men også at andre aspekt, som tilrettelegging og opplæring i bruk av ulike kilder poengteres. Dette understøttes av annen forskning (Taylor-Piliae, 1998, Thompson, McCaughan, Cullum, Sheldon og Raynor, 2005 og Nielsen og Pedersen, 2008). Samtidig som potensielle faktorer som sykepleierens rolle, aspekt knyttet til ledelse samt organisasjons- eller avdelingskulturen og strukturelle faktorer som blant annet sykehuset størrelse og muligheten for å teste ut forskningsfunnene vektlegges (Spjelkevik, 2000, Meijers et al., 2006, Grønvik, 2007, Estabrooks, Midodzi, Cummings og Wallin, 2007 og Cummings Estabrooks, Midodzi, Wallin og Hayduk, 2007). I tillegg viser forskning at personlige faktorer hos den enkelte, som utdanningsnivå, mangel på motivasjon, ferdigheter og evnen til kritisk tenkning også er medvirkende (Spjelkevik, 2000, McCaughan, Thompson, Cullum, Sheldon og Thompson, 2002, Profetto-McGrath, Hesketh, Lang og Estabrooks, 2003, Estabrooks, Floyd, Scott-Findlay, O'Leary og Gushta, 2003 og Grønvik, 2007). Og videre at også aspekt knyttet til selve forskningen som kompleksiteten, nytteverdien, og hvorvidt den kan implementeres i eksisterende praksis påvirker i hvilken grad forskningsfunn blir en del av kunnskapsgrunnlaget som anvendes i praksis (Ehrenberg og Estabrooks, 2004). Thompson (2009) beskriver begrepet "sannsynlighet" (probability) som essensielt i forhold til forskningsanvendelse i praksis. Slik at det å ikke beherske et språk knyttet til en sannsynlighetstenkning vanskeliggjør anvendelse av forskningsfunn i praksis, og hvor sykepleiere som ikke er kjent med en slik terminologi, fortrinnsvis vil falle tilbake på intuitive og erfaringsbaserte avgjørelser fremfor å ta i bruk forskningsfunn i praksisutøvelsen.

---

<sup>40</sup> Denne studien har sengepost i et sykehus som kontekst, og er ikke spesifikt knyttet til intensivavdeling.



I teoridelen (kap 2.1.2.) beskrives ulike praksissituasjoner, deriblant akutte, problematiske, ikke-problematiske og problemidentifiserende situasjoner (Kirkevold, 1996:51ff). Og som Eraut (2004) vektlegger kan en ikke forsøke å forstå hvilke kunnskaper som behøves for å gjøre en jobb uten en detaljert beskrivelse av arbeidsforholdene og konteksten. Dette samsvarer med det Thompson, Cullum, MaCaughan, Sheldon og Raynor (2004) beskriver på bakgrunn av flere studier. Forfatterne beskriver tilsvarende at trekk ved selve praksissituasjonen er avgjørende for i hvilken grad forskning anvendes. For eksempel vil akutte situasjoner, knyttet til en kort tidsramme for vurdering, mer sannsynlig inducere intuitiv informasjonsbehandling fremfor søk etter forskningsbasert informasjon (Thompson et al., 2004).

Et av de tiltakene som beskrives å kunne medvirke til at forskning reelt sett påvirker praksis er at den implementeres gjennom fagsykepleiere. Thompson et al. (2001) beskriver fagsykepleiere ved intensivavdelinger å inneha en viktig rolle fordi sykepleiere ved intensivavdelinger ser menneskelige kilder til forskningskunnskap som mer attraktive. I tillegg vil det øke bruken av forskning idet informasjonen vil være relatert til lokale behov, blant annet gjennom utviklingen av lokale prosedyrer / protokoller. Funnene i denne studien tyder da også på at intensivsykepleierne ser fagsykepleierne og prosedyrene de utvikler som svært attraktive og brukervennlige sekundære kilder til forskningsbasert kunnskap. Også Sackett og Rosenberg poengterer, at gjennom å arbeide etter evidensbaserte protokoller utarbeidet av kollegaer kan en arbeide evidensbasert selv om en ikke selv er i stand til å undersøke evidensbaserte kilder direkte (Sackett og Rosenberg, 1995), mens Dartnell, Hemming, Collier og Ollenschlaeger (2008) påpeker at enhver ikke kan overføre forskningsfunn direkte, slik at utviklingen av lokale kliniske retningslinjer er en fornuftig vei å gå. Dette er noe som også blir poengtert av enkelte av informantene i denne studien. Og understøttes videre av at Milner, Estabrooks og Myrick (2006) finner i sin undersøkelse at undervisningssykepleierne er en for lite brukt ressurs i organisasjoner for å overføre forskning til praksis.

I ProLearn - studien (Jensen, 2008:13) blir fagsykepleierne beskrevet som et redskap og en støtte som kan mediere mellom konkret yrkespraksis og den generelle kunnskapsutviklingen i fagfeltet. Og på samme måte som informantene i denne studien beskriver det, blir fagsykepleierne i ProLearn studien sett som å ha ansvar for å tilrettelegge for kunnskapsutvikling basert på både nasjonal og internasjonal forskning. I en oppfølgingsstudie etter ProLearn studien konkluderer en med at fagsykepleierne har en viktig rolle som

brobygger mellom forskning og klinisk praksis, men der det samtidig er store pedagogiske og administrative utfordringer knyttet til en slik rolle (Christiansen, Carlsten og Jensen, 2009). Dette samsvarer med funnene i denne studien, i den forstand at informantene er noe usikre på hvorvidt de lokale prosedyrene virkelig er basert på forskning alene. Og det finnes også undersøkelser der lokale retningslinjer er blitt vurdert eksternt i forhold til om de kan anerkjennes for utvidet bruk, og der kun 25 % av de innsendte retningslinjene ble godkjent første gang (Thaysen, Mainz, Bjørnshave, Laustsen og De Thurah, 2008).

Om alle prosedyrer og protokoller kun var basert på forskning ville det være nærliggende å anta at bruk av slike prosedyrer og protokoller ville medføre positive resultater, men i forhold til hvorvidt prosedyre og protokollbasing har positive effekter for pasientene er det også ulike beskrivelser. For eksempel i forhold til sedasjon<sup>41</sup> ved respiratorbehandling finner Brook, Ahrens og Schaiff (2000) at dette medfører redusert tid på respirator og redusert liggetid i intensivavdeling, samt mindre behov for tracheostomering<sup>42</sup>, mens Bucknall (2008) finner det motsatte, at protokollstyring av sedasjon ikke reduserte respiratortid, liggetid i intensivavdeling eller dødelighet. Slike funn kan også henge sammen med det som Værland finner i sin studie, i forhold til bruk av avvenningsprotokoll ved respiratorbehandling. Funnene i den studien viser at protokollen er nyttig som et felles utgangspunkt, men der den i liten grad beskriver sykepleien til den aktuelle pasientgruppen. Og videre at en teori om klinisk skjønn i større grad enn den evidensbaserte protokollen ivaretar helheten i sykepleien, slik at et evidensbegrep som står for flere aspekt ved sykepleien bedre vil kunne vise helheten i sykepleien (Værland, 2007).

Aspekt knyttet til et helhetlig kunnskapssyn blir beskrevet i kapittel 5.6. Nå først presenteres aspekt knyttet til annen teoretisk kunnskap.

---

<sup>41</sup> Sedasjon; ulik medikamentell behandling hvis formål er å dempe angst, å lette ubehaget og å hjelpe pasienten til å sove. Hvorvidt dette oppnås er også avhengig av egnet smertelindring (Adam og Osborne, 2003:253).

<sup>42</sup> En respiratorpasient er koblet til respirator ved hjelp av et tynt plastrør (tube) som blir ført ned i pasientens luftrør (trachea). Dersom denne tuben er plassert i luftrøret gjennom munnen er pasienten oral intubert, mens ved tracheostomi er (trachestomi)tuben plassert i luftrøret gjennom forsigen på halsen (Baktoft, 2001:368ff).

### 5.1.2. Naturvitenskapelig kunnskap

Informantene i denne studien vektlegger naturvitenskapelig kunnskaper som en del av sitt kunnskapsgrunnlag. De fleste eksemplene informantene gir er i forhold til kunnskaper innen fysiologi og patofysiologi.

Flere forskningsstudier stiller spørsmålsteget ved intensivsykepleieres fysiologiske kunnskapsnivå. Pirret (2007) finner at intensivsykepleierne hadde et lavt til middels kunnskapsnivå når det gjaldt fysiologi knyttet til respirasjon. Keller og Raines (2005) har studert intensivsykepleiere ved avdelinger der det å tyde EKG<sup>43</sup> utgjør en del av arbeidet og finner variasjon i kunnskapsnivået i forhold til dette, mens Lehwaldt og Timmins finner variasjon i deler av det fysiologiske kunnskapsgrunnlaget knyttet til behandling med thoraxdrenasje, samtidig som intensivsykepleierne beskrives som praktisk dyktige (Lehwaldt og Timmins, 2005). Slik jeg ser det er det mulig å stille spørsmål ved om det noen av disse undersøkelsene har vurdert som "fysiologisk kunnskapsnivå" handler om fysiologiske kunnskaper eller om kunnskaper basert på forskningsfunn og prosedyrer. I studien til Lehwaldt og Timmins (2005) er blant annet et av områdene intensivsykepleierne scorer dårlig på beskrevet som kunnskaper om hvor hyppig bandasjen ved innstikkstedet skal skiftes. Ut fra tilsvarende beskrivelser fra informantene i denne studien mener jeg at slike kunnskaper fortrinnsvis kan sees som kunnskaper basert på forskningsfunn innen hygiene og prosedyrer fremfor fysiologiske kunnskaper, slik at en da er tilbake til spørsmålet om i hvilken grad forskningsfunn ligger til grunn for praksisutøvelsen fremfor å vurdere intensivsykepleierens fysiologiske kunnskapsgrunnlag.

Naturvitenskapelige kunnskaper kan knyttes til Aristoteles sin beskrivelse av episteme (Aristoteles, et al., 1999:110ff). For Aristoteles var episteme, eller læren om det som ikke kunne være annerledes, den mest høyverdige form for kunnskap (jmf kap. 2.2.). Denne formen for kunnskap kan sees som en del av den vitenskapelige kunnskapssøylen i Alvsvåg (2009) sin beskrivelse av profesjonelt arbeid. Og funnene i denne studien tyder da også på at naturvitenskapelige kunnskaper er del av det kunnskapsgrunnlaget intensivsykepleiere benytter i sine daglige praksisvurderinger, - en del som i følge informantene kan bidra til å tilpasse sykepleien til den enkelte pasient. Dette understøttes av Aitken, Marshall, Elliott og McKinley (2008) som beskriver det å ta avgjørelser i en intensivavdeling som en kompleks

---

<sup>43</sup> EKG, vanlig forkortelse for Elektrokardiogram, -en registrering av hjertets elektriske aktivitet, og brukes blant annet til å diagnostisere hjerteinfarkt og arrytmier (Wikipedia, u.å.a.)

oppgave der en rekke egenskaper blir benyttet, og der avgjørelsene i klinisk praksis beskrives å være knyttet til omsorg, samt behandlings- og fysiologiske kjennetegn. Deres studie er basert på ”think- aloud- method”<sup>44</sup> slik at intensivsykepleierne nødvendigvis må ha artikulert sitt vurderingsgrunnlag, og funnene blir derfor stående i en viss kontrast til blant annet Pirret (2007) som beskriver at intensivsykepleiere finner det vanskelig å artikulere det fysiologiske grunnlaget, og å rasjonalisere sine avgjørelser på bakgrunn av dette, i praksisutøvelsen.

Grimen (2008:71ff) beskriver, jmf kap. 2.2.1., profesjoners kunnskaper som mangfoldige og knyttet sammen av en praktisk syntese, slik at kunnskapsgrunnlaget profesjonene bygger sin utøvelse på er satt sammen fordi det utgjør meningsfulle deler i den praktiske yrkesutøvelsen som helhet. Aitken et al. (2008) beskriver da også avgjørelsene i den kliniske praksis å være knyttet til både omsorg og behandlings- og fysiologiske kjennetegn. I det videre rettes fokuset mot blant annet omsorgsaspektet de beskriver.

### **5.1.3. Kunnskap basert på teorier om sykepleie og sentrale begreper**

Begreper som omsorg, mestring og håp, samt sykepleieteori ble beskrevet som en del av kunnskapsgrunnlaget for intensivsykepleiernes praksisutøvelse. Slike kunnskaper ble av noen informanter beskrevet som å være enda viktigere i en intensivavdeling enn i andre sykepleiekontekster. Disse kunnskapene ble beskrevet som å ligge som et bakteppe for selve praksisutøvelsen.

I Alvsvåg (2009) sin beskrivelse av sykepleie som en kunnskapsbasert profesjon, kan sykepleieteorier og en rekke andre sentrale begreper innen sykepleien knyttes både til en teoretisert praksis og til formidlende instanser, som er med å skape sammenheng mellom kunnskapssøylene og praksisutøvelsen (jmf kap. 2.2.2.). Sistnevnte er knyttet til det som kan være annerledes, og til Aristoteles et al. (1999:110ff) sitt begrep om fronesis, om hvordan vitenskap og teknologi knyttes sammen i praktisk klokskap. Funnene i denne studien tyder på at både sykepleieteorier og en rekke sentrale begreper, og teorier knyttet til disse, kan bidra som del av slike formidlende instanser og til den praktiske klokskapen idet de ligger som et bakteppe for praksisutøvelsen. Det er altså ikke noe som informantene anvender på en bevisst og direkte måte. Eraut (2004) poengterer at spesielt i forhold til felt der yrkesutøvelsen

---

<sup>44</sup> Think-aloud-method innebærer at informantene ”tenker høyt” i form av at de verbalt uttrykker hva de tenker under problemløsningen (Aitken og Mardegan, 2000).

innebærer direkte kontakt med klienter er det en tendens mot å konstruere teorier som er ideologisk attraktive, men vanskeligere å omsette direkte i praksis, og informantenes beskrivelser av at disse teoriene og begrepene sees som et bakteppe og litt ”høye ord” kan det være mulig å forstå i en slik referanseramme.

For eksempel i forhold til omsorgsbegrepet har Galvin (2010) påpekt at fokus på aspekt som omsorg<sup>45</sup> kan forsvinne i ”systemet” og de profesjonelle diskursene som en i dag ser i helsevesenet. Det samme kan tenkes å være utgangspunktet for Pross, Boykin, Hilton og Gabaut (2010) sin studie. I studien fokuseres det på omsorgens plass i yrkesutøvelsen og det beskrives hvordan forfatterne som ledd i studien, der fokuset er å legge omsorgsverdier som grunnlaget for en hel organisasjon, har inkludert nye praksisrutiner innad i organisasjonen. Slik at prosedyrer, oppdateringer og standarder også inkluderer aspekt knyttet til en kultur basert på omsorg (Pross, et al, 2010). Også innen den spesialiserte og teknologiske konteksten som en intensivavdeling utgjør, tyder forskning på at omsorg utgjør en viktig del av en helhetlig sykepleie, der omsorg også er viktig i forhold til å møte pasienters og pårørendes individuelle behov (Wilkin og Slevin, 2003). Pearson (2006) beskriver, med utgangspunkt i sine egne erfaringer fra intensivavdeling, omsorg med utgangspunkt i hvordan intensivsykepleierne fulgte dem med både sitt hjerte, sitt hode og sine hender. Galvin (2010) knytter disse begrepene til en helhetlig sykepleie og disse begrepene, hode, hjerte og hender, tilsvarer også det som Eriksson et al. (2002:34ff) beskriver som deler av et utvidet evidensbegrep (jmf kap. 2.3.3.).

#### **5.1.4. Kunnskap basert på lover, retningslinjer og prinsipper**

Lover, retningslinjer og prinsipper nevnes som del av intensivsykepleierens kunnskapsgrunnlag. Spesielt i forhold til etiske aspekt ved praksisutøvelsen blir denne kunnskapen vektlagt.

I sykepleiens yrkesetiske retningslinjer (2009:8), punkt 3, heter det: ”Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten”. Funnene i denne studien tyder, som

---

<sup>45</sup> I engelsk litteratur benyttes ofte begrepet caring, et begrep som også kan ha andre betydninger enn omsorg. I artikkelen refereres det til blant annet Eriksson og Martinsen sine teorier om begrepet, slik at det er naturlig og anta at det er caring i betydningen omsorg de refererer til.

nevnt, på at det spesielt er i forhold til etiske aspekt av praksisutøvelsen at lover, retningslinjer og prinsipper utgjør en del av det kunnskapsgrunnlaget intensivsykepleiere bygger sine vurderinger på. Norsk Sykepleierforbund (u.å.) deler sykepleiekunnskap i teoretisk-, praktisk-, etisk- og erfaringskunnskap, der den etiske kunnskapen innebærer å integrere sykepleiefagets verdigrunnlag slik at det viser seg i handlinger og holdninger. Etisk kunnskap handler altså om hvordan sykepleiere bedømmer situasjoner og dermed handler moralsk riktig. Aakre poengterer i innledningen til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere at punktene i retningslinjene bør brukes aktivt i praksis: ”Retningslinjene skal derfor ikke bare være sykepleieprofesjonens yrkesetikk, men den profesjonelle sykepleierens etikk i praksis” (Aakre, 2009:6). I den samme innledningen sier hun at de yrkesetiske retningslinjene ikke kan gi den konkrete løsningen på etiske dilemmaer, slik at de mer kan angi retningen når det skal fattes vanskelige beslutninger. Enkelte av informantene påpeker at de gjør vurderinger hvor de bevisst tar utgangspunkt i etiske prinsipper, mens flere av informantene påpeker at de ikke tenker på lover, regler og prinsipper direkte. Det utgjør mer en del av den ubevisste kulturen de er del av. Dette samsvarer med Aakre (2009:6) sin poengtering av at de yrkesetiske retningslinjene også med fordel kan utgjøre grunnlaget for å bygge en ”verdibevisst hverdagskultur”. Molander (2001:144ff) ser på yrkesetikken som noe som må vokse frem og utvikles videre innen det enkelte yrket. Han vil ikke si noe om hvilke nøkkelbegreper som bør utgjøre ”det beste” innenfor sykepleie, men poengterer at det viktigste er å understreke at praktiske tradisjoners kunnskaper ikke er uberørte av etiske overveielser, og slikt sett aldri er objektive.

Aristoteles sitt begrep praxis blir ofte knyttet til etisk dømmekraft, og kan knyttes til handlinger som har målet i seg selv (Aristoteles et al., 1999: 231). Samtidig knytter også Aristoteles et al. (1999:227) praxis til fronesis, idet fronesis viser seg i en slik godt utført handling. Slikt sett kan en si at i Aristoteles sin terminologi handler etiske vurderinger om vurderinger i forhold til det som kan være annerledes (jmf kap. 2.2.). Aristoteles dyd fronesis beskriver også Alvsvåg som å være orientert mot handling basert på praktisk verdirasjonlighet. Det handler om etikk, om verdier og interesser (Alvsvåg, 1993:27). I samsvar med dette er også Wueste (2005) sin beskrivelse. Wueste påpeker at etiske vurderinger og avgjørelser i intensivavdeling er noe sykepleiere hyppig er involvert i, samtidig som dette er vurderinger og avgjørelser der det ikke nødvendigvis bare er et ”rett svar”. Enkelte av informantene påpeker det samme, at en i praksisutøvelsen også må gjøre avveielser der ulike etiske prinsipper blir stående mot hverandre, og hvor de da beskriver at ikke-skade prinsippet kan bli

gitt forrang. Det samsvarer med Levi (2009:11ff). Levi viser til Brecht som også knyttet dette til vitenskapelighet, og der vitenskapens mål ikke er å åpne dørene til uendelig visdom, men isteden å begrense de uendelige feilene. Eller for å gå tilbake til Hippokrates: *Primum est non nocere*, - for det første: ikke skade (Smith, 2005).

## **5.2. Kunnskap fra utdanning, kurs og internundervisning**

En intensivsykepleier er en sykepleier med videreutdanning i intensivsykepleie. Gjennom utdanning, kurs og undervisning beskriver informantene at de tilegner seg både teori- og erfaringsbaserte kunnskaper som de anvender i sin utøvelse av intensivsykepleie.

### **5.2.1. Kunnskap fra utdanning**

Denne studiens funn viser at intensivsykepleierne ser kunnskaper ervervet fra sin videreutdanning som en viktig del av det kunnskapsgrunnlaget de bygger sin praksis på. Samtidig gir informantene få konkrete eksempler på eksakt hva som er ervervet gjennom utdanningen, men kunnskapene fra utdanningen blir beskrevet som å være både teoretiske og erfaringsbaserte. Viktigheten av utdanning presiseres også av blant annet Rose og Nelson (2006). I sin litteraturstudie i forhold til protokollbasert respiratoravvenning viser de blant annet til Aitken et al. sine funn som indikerer at en høyere andel av sykepleiere med utdanning på et høyere nivå gav en lavere mortalitet.

Andelen av sykepleierne ved intensivavdelinger som har intensivutdanning varierer. I et internasjonalt perspektiv anbefaler blant annet interesseorganisasjoner for intensivsykepleiere i Australia at 75 % av de ansatte ved en intensivavdeling bør ha videreutdanning, mens i Storbritannia anbefales et minimum på 25 % (Rose og Nelson, 2006). Om en ser dette i forhold til denne studien var andelen av sykepleiere som hadde videreutdanning ved de ulike avdelingene i utvalget varierende. Beskrivelser av forskjeller i kunnskap mellom intensivsykepleiere og sykepleiere uten videreutdanning ble i mye større grad vektlagt ved de avdelingene der andelen med intensivsykepleiere var lavest.

Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for høyere utdanning vektlegger nå selve læringsutbyttet fremfor innsats i forbindelse med utdanning (Kunnskapsdepartementet, 2009). Benner,

Sutphen, Leonard og Day (2010) beskriver i forhold til utdanning av sykepleiere generelt at det er behov for radikale endringer og at dette er knyttet til den samfunnsutviklingen som har funnet sted med endringer både i helsesystemet og profesjonen. Selv om deres beskrivelser er knyttet til amerikanske systemer, kan deler av det tankesettet de beskriver være nyttig i forhold til utdanningsaspektet og hvilket kunnskapsgrunnlag utdanning gir for praksisutøvelse. Blant annet beskriver de hvordan utdanning i dag må bygge opp evnen til ”relevansvurdering” og stimulere til ”klinisk fantasi”. Relevansvurdering dreier seg om hvilken type kunnskap det er relevant å aktivere i ulike praksissituasjoner, og er slikt sett et aktuelt begrep sett i lys av at profesjonsutdanning også skal være ”kunnskapsbasert”. Mens klinisk fantasi er grunnleggende for å kunne resonnerer klinisk, og omhandler ens evne til å se muligheter, ressurser og begrensninger i pasient- og pårørende- situasjoner. Slikt sett poengteres også viktigheten av å tilpasse utdanningen for å redusere teori-praksis-gapet (Benner et al., 2010:262ff og Heggen, 2010:14ff). Også Skår påpeker at utdanningen av sykepleiere generelt har en utfordring i å kunne inkludere personlige erfaringer i den profesjonelle kunnskapen. Når intuisjon sees som en viktig komponent i ekspertsykepleie blir spørsmålet hvordan studenter og noviser kan utvikle denne ferdigheten (Skår, 2010b). Rammeplanen for intensivsykepleiere sier noe om dette. I denne står det blant annet:

Utøvelsen av intensivsykepleie krever et handlingsrepertoar hvor praktiske ferdigheter, problemanalyse og håndtering og samhandlingsferdigheter inngår som viktige elementer. Dette læres best gjennom erfaring i praksis. Praksisstudier skal derfor omfatte minimum 50 % og maksimum 60 % av studiet (Utdannings og forskningsdepartementet, 2005:8).

Slik at det er poengtert at minimum halvparten av studiet skal være knyttet til praksis og læring gjennom praksiserfaringer. Dette kan sees i relasjon til Eraut (2004) som beskriver hvordan det eksisterer ulike kunnskapskulturer i høyere utdanning versus arbeidssituasjoner, og han påpeker at læring er betydelig påvirket av den konteksten den forekommer i. Fredriksen (2011) har studert overføringen av erfart kunnskap fra intensivsykepleier til student i videreutdanning, og beskriver denne å være knyttet til fem områder: få inntrykk av situasjonen, forstå fenomenet, hjelpe naturprosessene, møte pasientens kroppslige uttrykk og å få erfaringene i kroppen. Slik jeg forstår hans beskrivelser av de ulike kategoriene handler det ”å få et inntrykk av situasjonen” om å danne seg helhetsbilder og se det individuelle.”Å forstå fenomener” innebærer å knytte ulike kunnskaper sammen og reflektere. ”Å hjelpe



naturprosessene” er å se den naturvitenskapelige kunnskapsbasen i relasjon til den enkelte pasient og å forebygge. Og ”Å møte pasientens kroppslige uttrykk” omhandler å se den enkelte pasients tegn i relasjon til pasientens totalbilde. Det siste området ”å få erfaringene i kroppen” handler om at studentene selv skal erfare ved å delta og forholde seg til kunnskapskompleksitet for så gradvis å overta ansvaret for situasjonen (Fredriksen, 2011:47ff). Slik jeg tolker dette handler det i det store og hele om å erfare og reflektere i landskapet mellom det generelle og det individuelle, og kan slikt sett knyttes til Alvsvåg (1993) sin beskrivelse av fronesis. Alvsvåg påpeker at fronesis forutsetter vekselvirkning mellom det generelle og det konkrete. Det krever overveielser, skjønn og valg. Praktisk handlingsklokskap krever erfaring, og erfaring tar tid (Alvsvåg, 1993:27). Dette blir også formulert av informantene i denne studien. Erfaringsaspektet vektlegges gjennom beskrivelser som at utdanning har medført ”*apparatfortrolighet*”, og i uttalelser som at ”*erfaring krever tid*”. Alvsvåg (2009) beskriver, i tillegg til erfaringsbasert og vitenskapelig basert kunnskap, en teoretisert praksis som profesjonell praksis. Teoretisert praksis er situasjonsnært, der den teoretiske kunnskapen og refleksjonen gjør handlingene til teoretisert praksis. En lærer å gjenkjenne og skjelne med bakgrunn i fagkunnskaper, og å bruke hendene, hjerte og hodet, foruten lukte, kjenne, lytte og se med et faglig blikk, slik at teoretisert praksis eksisterer i både det kliniske feltet og i høgskolen (jmf kap. 2.2.2).

### **5.2.2. Kunnskap fra kurs og internundervisning**

Funnene i denne studien tyder på at intensivsykepleierne ser kurs og internundervisning som viktige kilder til kunnskap. Samtidig som disse kildene også beskrives som mindre utnyttede kunnskapskilder, i form av mangel på kurs og opplevelse av barrierer knyttet til kunnskapsoverføring ved internundervisning. Eddy (2010:130ff) sine funn<sup>46</sup> indikerer noe av det samme. I hennes avhandling ble kurs og internundervisning beskrevet som nyttige møteplasser med mulighet for læring og kunnskapsdannelse, men der også enkelte grupper beskrev at de opplevde mangel på kurs.

Som beskrevet i kap. 2.1.2. kan termen praksis ha ulike betydninger, og hva som er god sykepleie er avhengig av situasjonen. Dette har også betydning for læring og det nødvendige kunnskapsgrunnlaget i de ulike praksissituasjonene. Akutte situasjoner utgjør en relevant del

---

<sup>46</sup> Hennes studie er ikke knyttet til intensivsykepleiere spesielt, men til læring og kunnskapsutvikling ved sykehus generelt. Deler av datamaterialet baserer seg på personell knyttet til avdeling for hjerteovervåkning.

av intensivsykepleieres praksisutøvelse (Kirkevold, 1996:51ff). Karlsen (2010) har sett på simulator trening i forhold til intensivsykepleiere og intensivstudenter i akutte situasjoner og konkluderer med at slik trening, inkludert debriefing, er lærerik dersom scenarioene er så like som mulig den praksissituasjonen de er i til vanlig. Er det momenter som bidrar til at scenarioene oppleves urealistiske blir det mer sett som et spill enn som læring (Karlsen, 2010:75). Ikke alle kurs behøver likevel å være mest mulig like praksissituasjonen for å bidra til læring, idet kurs også kan bidra til kunnskapsutvikling på en mer indirekte måte. Heggheim og Solhaug (2004) skriver at taus kunnskap (jmf kap. 2.2.1.) gir ekspertmakt og at det kan oppstå et dilemma dersom en artikulerer denne fordi da vil andre også inneha den kunnskapen og dermed vil ekspertmakten minke. Samtidig er det et gode om slik kunnskap deles. De beskriver da at det å la ekspertene gå på eksterne kurs kan bidra til at de får opprettholdt sin funksjon og maktposisjon samtidig som de kan dele sin kunnskap. Ut fra en slik begrunnelse kan kurs også kunne sees som å generere ytterligere kunnskapsformidling enn akkurat det som presenteres direkte på selve kurset.

### **5.3. Erfaringsbasert kunnskap**

Alle informantene så erfaringsbasert kunnskap som en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for praksisutøvelsen. Samtidig var det under intervjuene diskusjon omkring distinksjonen mellom teoretisk og erfaringsbasert kunnskap, og i hvilken grad enkelte av ”delene” i kunnskapsbasen var viktigere enn andre, sett i forhold til den daglige praksisutøvelsen av intensivsykepleie. Noen av informantene var i den forbindelse svært tydelige på at intensivsykepleie var fortrinnsvis praktisk orientert, slik at erfaringsbaserte kunnskaper ble sett som helt essensielle for å utøve en god sykepleie i praksis. Om en ser tilbake til Nightingale startet hennes kunnskapsutvikling med hennes egne praksiserfaringer og refleksjon knyttet til dette (Elstad, 1984:5ff og Nightingale, 1980). Slikt sett kan sykepleien fra sin opprinnelse sees som å være et praktisk og erfaringsbasert fag.

#### **5.3.1. Erfaringsbasert kunnskap kan være taus kunnskap**

Erfaringsbasert kunnskap ble således beskrevet som en essensiell del av det grunnlaget intensivsykepleierne bygget sin praksis på. Samtidig ble mye av deres erfaringsbaserte

kunnskaper beskrevet som tause, slik at informantene var tydelige på at ikke alle disse kunnskapene var dem bevisst, men at det tvert imot var en ubevisst del av deres praksisutøvelse, og at dette derfor heller ikke alltid kunne artikuleres språklig. Grimen påpeker også hvordan praktisk kunnskap og taus kunnskap er knyttet sammen. Praktisk kunnskap er kroppslig, den er avleiret i innøvde kroppslige ferdigheter og fortrolighet med omgivelsene og i mindre grad knyttet til språk, slik at man kan utøve praktisk kunnskap uten å si noe, men ikke uten å gjøre noe (Grimen, 2008:79), eller som Polanyi (2000:16- egen oversettelse) så klassisk formulerte det: ”Vi kan vite mer enn vi kan si”.

I Aristoteles et al. (1999:110ff) sin beskrivelse av klokskap (fronesis) finner en for første gang hovedtrekk av det som kan kalles praktisk kunnskap. Klokskap handler således om det å kunne handle på en riktig måte. Slik kunnskap har altså ingenting å gjøre med ens formelle utdanning, men er derimot innsikt i hva som er riktig handling. Denne innsikten tilegnes gjennom nettopp det å handle rett og er helt og holdent inkludert i selve aktiviteten (Janik, 1996:20 og Aristoteles et al, 1999:110ff). Aristoteles knytter klokskap til det som kan være annerledes og sier blant annet ”For antagelse gjelder det som kan være annerledes, og det er jo dette klokskapen også gjelder” (Aristoteles et al., 1999:115). I intervjuene beskriver noen av informantene også denne muligheten for annerledeshet idet de beskriver usikkerheten som kan ligge i ens tause kunnskaper, eller som en av informantene sa: ”... *for magesfølelsen er det usikre. Det som du bare tenker at det kan være i ditt indre...*”. Denne usikkerheten beskriver Mæhre (2009) som risiko. Risiko forbindes med det å ta valg og ses i denne sammenheng ikke synonymt med ”fare”, selv om dette er den hverdagslige forståelsen, men heller knyttet til ”å våge”. Slik at risiko også kan ha et positivt aspekt idet en risiko kan åpne for nye muligheter og gi mestringsfølelse (Mæhre, 2009). Hams (2000) bruker også begrepet magesfølelse (”gut feeling”). Hams knytter dette til en slags ”deja vu” -basing og intuisjon innen sykepleien og påpeker at en kan argumentere for at intuisjon er en legitim og essensiell del av kliniske vurderinger.

Funnene i denne studien indikerer videre at erfaringsbaserte og delvis tause kunnskaper også knyttes til en egen oppmerksomhet og årvåkenhet. Informantene bruker blant annet begreper som ”*catcher ting tidlig*”, ”*å være på alerten*” og ”*å lukte på rommet*”. Og slik jeg ser det samsvarer det godt med Benner et al. (1999) sin beskrivelse av perseptuell skarphet (perceptual acuity). De beskriver perseptuell skarphet som knyttet til det å identifisere problemet, og påpeker videre at for å være en god problemløser er det ikke tilstrekkelig å ha intellektuelle kunnskaper knyttet til kliniske aspekt og etiske spørsmål, dersom en ikke har

den perseptuelle skarpheten som trengs for å kjenne igjen problemområdet i den faktiske praksissituasjonen. En slik skarphet fordrer involvering i både problemet og personen, og utviklingen av en slik skarphet krever erfaring. Den perseptuelle erfaringen involverer også en differensiering av de emosjonelle responsene, der en med utviklingen av erfaring også utvikler en følelsemessig tilpasning, slik at den erfarne intensivsykepleieren kan legge merke til en vag eller global emosjonell respons som et tegn på at det er noe som ikke stemmer, - situasjoner der de ikke har en god klinisk forståelse av situasjonen. Slike tidlige emosjonelle responser er avgjørende for en tidlig problemidentifisering (Benner et al., 1999:14ff). Også informantene i denne studien knytter sine beskrivelser av det de ”*senser*” til erfaring og påpeker at utvikling av dette tar tid.

### **5.3.2. Tause kunnskaper og skjønnsutøvelse**

Flere av informantene skiller mellom skjønnsutøvelse og tause kunnskaper, og presiserer at i skjønnsutøvelsen er vurderingene mer bevisste.

Grimen og Molander skriver at profesjonelt arbeid ofte beskrives som skjønnsbasert. Skjønn er knyttet til en praksis som anvender generell kunnskap, nedfelt i handlingsregler, på enkelttilfeller. Allmenne handlingsregler gir sjelden et entydig svar på hva som bør gjøres i konkrete tilfeller. Slikt sett er skjønnet knyttet til ubestemthet, og der holdepunktene ofte er svake. I tillegg er skjønnet normativt (Grimen og Molander, 2008:179). På samme måte som informantene i denne studien beskriver skjønnsutøvelse som svært viktig i deres utøvelse av praksis beskriver Dåvøy det faglige skjønn som en viktig del av en erfaren sykepleiers<sup>47</sup> handlingskompetanse. Hun sier at når den beste behandling skal gis, kommer en ikke utenom bruk av det faglige gode skjønnet. Sågar kan bruk av skjønn være livreddende (Dåvøy, 2005:II).

Selv om informantene skiller mellom skjønnsutøvelse og tause kunnskaper, der skjønnsutøvelsen sees som mer bevisst, påpeker de samtidig også hvordan de tause kunnskapene og deres kliniske blikk er med dem i alle praksissituasjoner. Dette kan i utgangspunktet virke selvmotsigende, men om deler av de tause kunnskapene er ubevisste, vil de heller ikke utgjøre en del av det bevisste grunnlaget informantene gjengir som basis for skjønnsutøvelsen. Ut fra dette kan det tyde på at de tause kunnskapene med sin ubevisste

---

<sup>47</sup> Dåvøy sin studie ser på operasjonssykepleiere og det faglige skjønn på operasjonsavdelingen (Dåvøy, 2005).

karakter, i likhet med det bevisste kunnskapsgrunnet, også kan påvirke de skjønsmessige vurderingene intensivsykepleierne foretar i sin praksisutøvelse. Dette sammenfaller godt med Alvsvåg (2002) sin beskrivelse av hva det kliniske skjønn fordrer. Alvsvåg påpeker at for å utøve skjønn i kliniske situasjoner kreves sansemessig nærvær, oppmerksomhet, kunnskaper og erfaring. På samme måte som den praktiske kunnskapen ovenfor ble beskrevet som kroppslig beskriver Alvsvåg skjønn som kroppslig, der en må se og skjønne med øyne og hjerte (Alvsvåg, 2002:219). Dette tangerer også Benner et al. (1999:12ff) sin beskrivelse av "skilled know-how" hos intensivsykepleiere. "Skilled know-how" er en kroppslig ferdighet eller en kroppslig intelligens, som innebærer å vite hva en skal gjøre og når en skal gjøre det, samt å vite hvordan en gjør det som behøves. En slik know-how skiller ekspertens problemløsning fra både novisen og den kompetente sykepleierens praksisutøvelse<sup>48</sup> ved at eksperten gjennom erfaring har utviklet en know-how som setter vedkommende i stand til å oppfatte situasjonen som en helhet, anvender tidligere erfaringer som paradigmer og beveger seg mot problemets kjerne uten å kaste bort tid på overveielser av en rekke irrelevante muligheter (Benner et al., 1999:570 og Benner, 1995:21ff).

Benner et al. (1999) knytter skilled know-how til en rekke ulike praksissituasjoner i intensivavdelingskonteksten. I kap. 2.1.2. beskrives ulike sykepleiesituasjoner, og en intensivavdeling kan tidvis være preget av situasjoner med tidspress. Thompson et al.(2008) har undersøkt erfarne intensivsykepleieres evne til å oppdage "behov for å handle" i akutte situasjoner i intensivavdeling og hvilken påvirkning tidspress har på sykepleierens vurderingsevne. Og finner at det å legge tidspress på sykepleiere med erfaring fra intensivavdeling har en negativ påvirkning på deres evne til å vurdere og å ta avgjørelser. På bakgrunn av dette påpeker de at en ikke bør foreta en generell antagelse om at erfaring nødvendigvis fører til bedre kvalitet på de kliniske vurderingene. Slik at en i stedet bør fokusere på usikkerheten fremfor sikkerheten knyttet til slike vurderinger (Thompson et al., 2008).

Som nevnt tidligere påpeker også informanter i denne studien nettopp dette usikkerhetsmomentet knyttet til slike vurderinger, og for å gå tilbake til Aristoteles et al., (1999:110ff) så finner en denne usikkerheten i skillet mellom "det som ikke kan være annerledes" og "det som kan være annerledes", fordi skjønnsutøvelsen, og fronesisbegrepet, er knyttet til vurderinger i situasjoner der det er "noe som kan være annerledes". Alvsvåg

---

<sup>48</sup> Benner skiller mellom ulike nivå i utviklingen fra novise til ekspert. Disse er: Novise, Avansert nybegynner, Kompetent, Kyndig og Ekspert. (Benner, 1995:31ff).

knytter klokskap til skjønnsutøvelse og beskriver klinisk skjønn som uttrykk for et faglig skjønn. Noe som innebærer å handle godt, riktig og hensiktsmessig i forhold til pasienter. En person som handler slik vil bli betegnet som klok (Alvsvåg, 1997:141ff og Alvsvåg 2002:208ff). Informantene i denne studien påpeker tilsvarende at en sykepleiepraksis basert på skjønnsutøvelse er å foretrekke fremfor et rigid system.

I tråd med Grimen og Molander (2008:179) sin beskrivelse av skjønnsutøvelse som å anvende allmenne regler på konkrete enkelttilfeller beskriver informantene også at skjønnsutøvelse innebærer en nødvendig individualisering av sykepleiepraksis. Både informantene og Alvsvåg (2007:209) viser til at situasjonene i den daglige praksisutøvelsen er individuelle og unike, og hvor de avviker fra standarder som regler og prosedyrer. Dette medfører at å følge prosedyrene kan innebære å ikke utøve skjønn, og å ikke følge prosedyren kan innebære å utøve skjønn. I Alvsvåg (2009) sin beskrivelse av sykepleien som en kunnskapsbasert profesjon utgjør skjønn en formidlende instans, en mellominstans mellom teori og praksisutøvelse, eller som en av informantene formulerte det: *”...det er ikke alt som kan standardiseres...”*.

### **5.3.3. Erfaringsbasert kunnskap som kontekst- og personspesifikk**

I intervjuene beskriver informantene blant annet hvordan deler av deres erfaringsbaserte kunnskaper er kontekstspesifikke, eller spesifikt knyttet til både den konteksten de er tilegnet i og de situasjonene de anvendes i. Dette kan sees opp mot det faktum at den praktiske kunnskapen er indeksert. Det vil si at i praktisk kunnskap er opphavet til kunnskapen, situasjonene kunnskapen brukes i og kunnskapsbærerne ikke helt utskiftbare (Nortvedt og Grimen, 2004:165ff). Selv om Aristoteles beskrev episteme som en høyere form for kunnskap enn fronesis, er fronesis et viktig begrep i forhold til erfaringsbaserte kunnskaper. Grimen beskriver fronesis som indeksert til personer, væremåter og brukssituasjoner, idet fronesis er knyttet til personers erfaringer, og vokser med erfaringer. Erfaringene er noe enhver person individuelt må gjøre slik at personers erfaringer varierer. Videre er fronesis også indeksert til brukssituasjoner fordi det gjelder bedømmelse av det partikulære og individuelle (Grimen, 2008:78ff). Praktisk kunnskap peker altså på selve kunnskapsbæreren og de situasjonene den blir lært og anvendt, og det er nettopp dette som kan beskrives som praktisk kunnskaps indeksikalitet (Nortvedt og Grimen, 2004:165), og som samsvarer med de beskrivelsene informantene gav i forhold til deler av sine erfaringsbaserte kunnskaper.

Lykkeslet beskriver i sin doktorgradsavhandling hvordan hun i starten av studien fant beskrivelser i sykepleiernes praksisutøvelse som hun ikke klarte å forbinde med kunnskap. Etter hvert tredde fagligheten frem, og som hun påpeker, var hennes viktigste oppdagelse at denne kunnskapen er en "tilstedeværende kunnskap", idet den er tilstede i situasjonene og i landskapet der den hører hjemme og fungerer. Slik kunnskap skiller seg fra for eksempel teoretisk kunnskap. Teoretisk kunnskap kan ha utgangspunkt i ulike praktiske situasjoner, men når den er trukket ut av situasjonene og blitt presentert i en teoretisk form er den generell og dermed kunne gjøres gjeldende for "andre" situasjoner. I motsetning til dette må den tilstedeværende kunnskapen formes eller skapes i situasjonen ut fra kunnskap om situasjon og landskap, slik at kunnskap om situasjoner og landskap blir grunnlaget for den tilstedeværende kunnskapen (Lykkeslet, 2003:197ff). Dette tangerer godt de beskrivelsene informantene i denne studien gav som jeg valgte å betegne som kontekstspesifisitet. Og tangerer til dels Skår (2010b og 2010a:64) sin beskrivelse av at sykepleiere i en arbeidssituasjon preget av konstante endringer og komplekse arbeidssituasjoner hadde behov for både personlig kapasitet og situasjonsbetinget erfaring.

#### **5.3.4. Kunnskap basert på livserfaring**

Funnene i denne studien indikerer at intensivsykepleierne også har med seg livserfaringer i sin praksisutøvelse, og at de ser erfaringer fra livet som helhet som en del av den kunnskapen de anvender i sine profesjonelle vurderinger. Dette skiller seg noe fra Benner, som påpeker at når hun bruker ordet erfaring, i forhold til veien fra novise til ekspert, så er det ikke snakk om erfaring generelt i form av livets eller tidens gang, men snarere knytter hun erfaringsbegrepet til avklaring av ens egne meninger og teorier gjennom møter med konkrete og praktiske situasjoner (Benner, 1995:47). Informantenes beskrivelser samsvarer derimot godt med den beskrivelsen Alvsvåg gir av erfaringsbaserte kunnskaper som en av kunnskapssøylene en profesjon hviler på. Alvsvåg påpeker at kroppen er allment dannet før en starter en utdanning, slik at ens (livs-)erfaringer er med å gjøre en sensitiv, lydhør og seende i forhold til det rette, det gode og det dårlige (Alvsvåg, 2009). Når Alvsvåg i sin beskrivelse av dette erfaringsgrunnlaget vektlegger aspekt som det rette og det gode, kan dette sees å samsvare med informantene i denne studien sine beskrivelser av at livserfaringene spesielt er knyttet til et etisk kunnskapsgrunnlag og til situasjoner der etikk og moral er viktige deler av vurderingsgrunnlaget.

## 5.4. Kunnskap tilegnet gjennom samhandling

Funn fra denne studien tyder på at samhandling er viktig for intensivsykepleiernes kunnskapsgrunnlag. Andres kunnskaper påvirker praksisutøvelsen direkte og indirekte. Gjennom samhandling, diskusjon og refleksjon med andre overføres kunnskaper fra både egne sykepleiekollegaer og andre kliniske eksperter, slik at disse kunnskapene også blir en del av den enkelte intensivsykepleiers kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse. Haugdahl konkluderer tilsvarende i sin studie, angående respiratoravvenning, med at intensivsykepleieres kompetanse kan knyttes til personlige kvalifikasjoner, men samtidig er avhengig av et faglig fellesskap som bekrefter og anerkjenner kompetansen. Et faglig fellesskap er viktig for å gjøre felles bedømmelser og legge en fellesstrategi, noe en protokoll aldri kan erstatte (Haugdahl, 2004:110).

### 5.4.1. Samhandling med andre kollegaer

Informantene i denne studien vektlegger egne kollegaer som kunnskapskilde. Dette kan sees å stå i en viss motsetning til dagens samfunns sin vektlegging av at forskning og forskningsfunn skal utgjøre en viktig komponent i det kunnskapsgrunnlaget profesjonsutøvere baserer sine vurderinger på (jmf kap. 2.3.1.). Thompson, Cullum, McCaughan, Sheldon og Raynor (2004) baserer sine funn på blant annet 200 dybdeintervju av sykepleiere og ledere og 400 timer ikke-deltagende observasjon i perioden 1997-2002<sup>49</sup>, og beskriver at på tross av at det er forventet at sykepleierne skal ta i bruk "best available evidence" i sine vurderinger og beslutninger er dette ikke tilfellet. I de tilfellene sykepleierne oppsøker informasjon blir kollegaene sett som mer nyttige og tilgjengelige enn forskningsfunn i enhver form. Kollegaene blir beskrevet som en kilde som gir kunnskap som er kontekstspesifikk, klinisk relevant og ikke minst relevant for den aktuelle situasjonen, samtidig som de sees som en tidseffektiv eller tidsbesparende kunnskapskilde. Dette understøttes av andre forskningsfunn. Blant annet finner Thompson, Moore og Estabrooks (2008) gjennom sitt review at diskusjoner med kollegaer er en av de fem mest brukte kunnskapskildene for praktiske kunnskaper. Mens andre finner at sykepleiere foretrekker mellommenneskelig kontakt som kilde for forskningsfunn fremfor internettbaserte kilder i klinisk sammenheng (Estabrooks, O'Leary,

---

<sup>49</sup> Ikke spesifikt intensivavdeling.



Ricker og Humphrey, 2003), og at personlig kontakt også øker sannsynligheten for at det skal forekomme atferdsendring når nye tiltak skal implementeres i helsesektoren (Thompson, Estabrooks, Degner, 2006). Gabbay og le May (2005)<sup>50</sup> konkluderer da også i sin studie med at bruken av kunnskap og evidens i en daglig praksisutøvelse er basert på sosialt konstruert kunnskap, kollegialt forsterket, med internaliserte tause tankerekker som stadig forhandles med kollegaer gjennom uformell samhandling.

Disse undersøkelsene er i hovedsak knyttet til overføring av ulike teoretiske kunnskaper som kunnskaper basert på forskningsfunn. Informantene i denne studien påpeker at også erfaringsbaserte kunnskaper er en viktig del av den kunnskapsbasen som både overføres fra og utvikles sammen med andre, gjennom samhandling, diskusjon og refleksjon.

#### **5.4.2. Samhandling, refleksjon og diskusjon**

Samhandlingen med kollegaene, ”å spørre”, diskutere og reflektere utgjorde viktige mekanismer for intensivsykepleiernes beskrivelser av kunnskapstilegnelsen i praksis, samt for å få relatert ens egne kunnskapsgrunnlagte vurderinger til fellesskapets syn.

Som nevnt tidligere er vurderinger i forhold til ”det som kan være annerledes” og skjønnsutøvelse en essensiell del av intensivsykepleiernes kunnskapsanvendelse i praksis. Alvsvåg sier at det i praktiske yrker som sykepleieryrket utvikler seg en felles forståelse for hva som er det beste og det riktige i ulike praksissituasjoner. Erfaringer og skjønsmessige vurderinger deles i kollegafellesskapet, de overveies og prøves mot andres skjønn, slik at det brukes medskjønnere for å komme frem til den beste handling. Således kan en si at skjønnnet er felles og intersubjektivt (Alvsvåg, 1993:24ff og 2002:213ff).

Alvsvåg viser videre til Bernstein og skriver: ”Mange ulike pasientsituasjoner, mange erfaringer, der en også drøfter, diskuterer og reflekterer sammen med andre som kanskje har lengre erfaring, fører til at det utvikles en tankeform som gjør fagpersonen i stand til å håndtere det enkelte i sin særegenhet, samtidig som en gjør krav på allmenn gyldighet” (Alvsvåg, 2002:213). Ut fra dette kan erfaringsmengden eller ”lengden” sees som relevant. Funnene i denne studien tyder, i den forbindelse, på at forskjellene i erfaring innad i kollegiegruppen oppleves annerledes av de informantene som har relativt liten erfaring i

---

<sup>50</sup> En kvalitativ studie der både leger og sykepleiere deltok. Studien var ikke knyttet til intensivavdelingskonteksten.

forhold til de med lengre erfaring. Informantene med lang erfaring påpeker at også for dem er det viktig å diskutere og reflektere for at de skjønnsmessige vurderingene de gjør skal være best eller riktigst mulig. Samtidig som det også gis eksempler på at når muligheten for kollegial støtte uteblir er dette kanskje vanskeligst for de med minst erfaring. Dette kan også sees i lys av Alvsvåg sin beskrivelse av at selv fysisk fraværende medskjønnere vil en ha med seg i nye praksissituasjoner, fordi en kan spørre seg: Hva ville han eller hun ha gjort eller rådet meg til om vedkommende hadde vært tilstede? Slik at når den nye situasjonen skal bedømmes kan en gjøre bruk av både egne tidligere erfaringer og medskjønnernes erfaringer. Mens uerfarne handler etter regler og spør etter slike, har de mer erfarne lært at regler ikke skal presses ned over en situasjon (Alvsvåg, 2002:213 og 2007:209).

Schøn poengterer viktigheten av refleksjon, og beskriver den reflekterende praktiker. Han skiller mellom viten-i-handling og refleksjon-i-handling. Viten-i-handling ligger innebygget i våre handlingsmønstre og i fornemmelsen av det en har med å gjøre. Den profesjonelle foretar således i praksis utallige kvalitetsbedømmelser som vedkommende ikke kan gi kriterier for og viser ferdigheter uten å kunne gjøre rede for de regler og prosedyrer disse er basert på. Dette kan sees som en slags taus kunnskap eller know-how. Refleksjon-i-handling derimot handler om å reflektere over egen handling, det være seg i etterkant, men også i selve handlingen. En slik refleksjon-i-handling er en spesiell prosess og det handler om å se og tenke over hva det er vi gjør. Schøn hevder at mange praktiserende er låst fast i sitt syn på seg selv som tekniske eksperter, slik at de ikke finner tid i deres praksis til å reflektere. Men om ens praksis eller deler av denne blir gjentagelse og rutiner risikerer en at erfarings- og forståelseshelheten glipper, slik at de fenomener som ikke passer inn i ens viten-i-praksi-kategorier forsvinner i en slags selektiv uoppmerksomhet. Da beskyttes ens viten-i-praksis fra den usikkerheten som en refleksjon-i-praksis innebærer (Schøn, 2001:51 ff). Satt på spissen kan en da si at uten refleksjon blir det således ingen usikkerhet, og denne usikkerheten er slik jeg ser det nært knyttet til det å utøve skjønn i de situasjonene der "noe kan være annerledes", - de situasjonene som krever klokskap, eller fronesis.

Tilsvarende Schøn (2001) sine beskrivelser, og informantene i denne studien sin vektlegging av refleksjon, finner Christensen (2009) i sitt litteraturstudie, knyttet spesifikt til intensivsykepleie, at en refleksiv praksis også "står først" i forhold til profesjonell utvikling. Christensen beskriver en modell for integrasjon av ulike læringsstrategier og påpeker at refleksjon fortrinnsvis er passende i forhold til å videreutvikle praksis når den enkelte praksisutøver har en solid kunnskapsbase både teoretisk og erfaringsmessig. Mens viten-i-

handling står for intensivsykepleiernes praktiske kunnskap vil refleksjonen være det elementet som integrerer viten-i-handling til en utviklende og fordelaktig praksis. Christensen skiller mellom en utviklende praksis i motsetning til en utviklet praksis<sup>51</sup>, der en utviklende praksis innebærer en prosess med stadig utvikling. Videre viser han til at enkelte har beskrevet en utviklende praksis som å være knyttet til globalisering av en praksis innen et gitt område, for eksempel gjennom protokoller og retningslinjer. Han stiller da spørsmålet om dette er utviklende for kunnskapene til den enkelte praksisutøver, fordi bruk av protokoller og retningslinjer ikke krever stor forståelse for de implikasjonene en slik bruk har. Og mener derfor at en heller bør se refleksjon og integrasjon av ulike kunnskapskilder som nøkkelbegrep i forhold til praksisutvikling når en slik praksis overstiger et rent beskrivende nivå (Christensen, 2009).

I videreførelsen av dette mener jeg en kan se Witmer og Cullum (1999) sin beskrivelse av hvordan evidensbaserte ressurser kan bidra i praksisutøvelsen. I tråd med Christensen (2009) sin beskrivelse av ulike kunnskapskilder og refleksjon som nøkkelbegreper påpeker Witmer og Cullum (1999) at det å bare lese evidensbaserte kilder i seg selv ikke er tilstrekkelig, men at disse kildene gjennom å være til hjelp i forhold til refleksjon, kan bidra til å oppfylle det de beskriver som ens yrkesmessige krav (Witmer og Cullum, 1999). Almerud, Alpack, Fridlund og Ekebergh (2008) har et annet perspektiv. De beskriver teknologien ved intensivavdelinger og dennes påvirkning av pasienten som subjekt, der teknologien kan objektivere og skape avstand isteden for å generere nærhet. Og påpeker at det er gjennom å stoppe opp og reflektere at intensivsykepleierne kan vite når de skal vektlegge de objektive og målbare dimensjonene ved teknologien, og når de skal fokusere på pasientens opplevelse. Gjennom refleksjon kan således båndet mellom "kunst" og "handling" gjenopprettes.

At refleksjon kan bidra til læring beskrives også av Flateland, Kristiansen og Söderhamn. De har studert sykepleiestudenters opplevelse av læring gjennom deltagelse i refleksjonsgrupper som tok utgangspunkt i reelle pasientsituasjoner. Og fant at en refleksjonsmodell er en god metode for å øke studentenes læring i praksis. Videre fant de at forankringen i praksiskulturen var et sentralt element i denne læringen. Ved deltagelse i praksiskulturen, der en utfyller hverandre og er del av et fellesskap, ble det lært en type kunnskap som vanskelig kan tilegnes ved for eksempel å lese teori (Flateland, Kristiansen og Söderhamn, 2011). Tilsvarende beskriver også Lindh, Severinsson og Berg (2008) at gjennom etisk refleksjon gis det

---

<sup>51</sup> Christensen bruker begrepene *advancing practice* og *advanced practice* (Christensen, 2009:93).

mulighet for moralsk utvikling, samtidig som refleksjonen kan bidra til å forme en felles verdibase og en arbeidskultur.

### 5.4.3. Kulturen som læringsarena

Også informanter i denne studien påpekte kulturen ved arbeidsstedet og hvordan det de lærte gjennom denne kulturen påvirket deres praksisutøvelse på godt og vondt. Dette kan sees i relasjon til Grimen (2008:82ff) sin poengtering av at all kunnskap kan artikuleres, om ikke verbalt, all kunnskap kan overføres mellom mennesker, men ikke nødvendigvis gjennom beskrivelser og all kunnskap kan læres, men det er ulike måter å lære på (jmf kap. 2.2.1.).

Det å leve som menneske er ensbetydende med å utøve en eller annen form for virksomhet. Når slike virksomheter defineres og en sammen med andre engasjerer seg i dem, samhandler en med hverandre og med verden. En tilpasser sine relasjoner til hverandre og til verden, - en lærer. En slik kollektiv læring resulterer med tiden i praksiser som både viser utøvelsen av virksomheten og de sosiale relasjonene, slik at disse praksisene utgjør en form for fellesskap, - et praksisfellesskap (Wenger, 2004:59). Alvsvåg knytter læring i et praksisfellesskap til fortellinger. Fortellinger, enten selvopplevde eller fortellinger som lever i praksisfellesskapet, er noe sykepleierne selv har lært av og som kan aktualiseres i nye situasjoner. Slik blir fortellingene en del av sykepleiernes kunnskapsreservoar (Alvsvåg, 2007:205ff).

Brataas (2009) beskriver praksis som en kulturforankret utøvelse av sykepleie. Brataas viser til Guldbrandsen og hevder blant annet at læring og kompetanseutvikling skjer gjennom bevegelse mellom skapende og vurderende eller reflekterende praksis. Gjennom deltakelse i kulturen gir mennesker uttrykk for meninger og deler dem med andre og menneskets psyke er konstituert i selve kulturen. Det er en intersubjektiv kunnskap. Denne handler om det vi trenger i våre sosiale fellesskap. Det vi trenger finnes som språk og formidlet kunnskap. En kunnskap som ikke bare er i menneskene, men også mellom dem. Som nevnt er også noen av informantene i denne studien tydelige på at den kulturen de er en del av påvirker dem og hvordan de tenker. Brataas (2009) påpeker språket og dette finner en også igjen hos enkelte av informantene blant annet gjennom uttalelser som: ”...måten vi snakker på om de som er innlagt her... det påvirker oss...”.

Selve begrepet kultur er ikke nødvendigvis entydig. Gule (2008:233) beskriver kultur som en sammenkobling av tre elementer. Disse er en gruppes oppfatninger av verden, verdier og normer, sammen med de handlinger, holdninger og praksiser som er dominerende i gruppen og gruppens materielle manifestasjoner. I forhold til å utvikle en evidensbasert praksis er det blant annet forsøkt å se på de kontekstuelle faktorene som påvirker bruk av forskning. Og hvor da kulturen sees som en viktig kontekstuell faktor (Meijers et al., 2006). Blant annet beskriver Newman, Papadopoulos og Melifonwu (2000) forsøk på å endre organisasjonssystemer og kulturen slik at den støtter evidensbasert praksis, men som Scott-Findlay og Estabrooks (2006) konkluderer med er de perspektivene som benyttes i forskning rundt organisasjonskultur ikke i stand til å gi et fullstendig bilde av et slikt fenomen. Spesifikk og detaljert informasjon om kulturen ved et arbeidssted kan ikke fanges og forstås gjennom instrumentalisering.

#### **5.4.4. Klinisk ekspertise som kilde til kunnskap**

I denne studiens funn fremkommer det at intensivsykepleierne i sin praksisutøvelse benytter seg av ulik klinisk ekspertise sin kunnskap. Thompson et al. (2004) beskriver at i en intensivavdeling blir den som innehar en klinisk ekspertise sett på som den viktigste kunnskapskilden<sup>52</sup>, og videre at hva som sees som nyttige kunnskapskilder er relatert til den kliniske praksisen og behovene der. Dette samsvarer med funnene i denne studien, der også informantene angir at pragmatiske grunner og spørsmål knyttet direkte til praksisutøvelsen er en del av grunnlaget for å søke informasjon fra annen klinisk ekspertise. I tillegg beskrives hvordan intensivsykepleiere som ”kommer og går”, gjennom felles samhandling, diskusjon og refleksjon, også bidrar med kunnskaper. Slik jeg ser det kan dette også sees i relasjon til et praksisfellesskapsbegrep, der for eksempel vikarer som kommer for en periode blir en del av det eksisterende praksisfellesskapet ved avdelingen.

Av andre yrkesgrupper vektlegges fysioterapeutenes og legenes kliniske ekspertise spesielt. Forholdet og kunnskapsoverføringen fra fysioterapeutene sees i hovedsak som godt fungerende, mens det tverrfaglige samarbeidet som helhet beskrives å være svært varierende. At tverrfaglighet er viktig er dokumentert i flere studier. McHugh viser til Kim et al. sin

---

<sup>52</sup> Konteksten i denne studien er annerledes enn den norske, slik at intensivsykepleierne angir en CNS, -klinisk sykepleierspesialist som den absolutt mest anvendte kilden, men hvor kildene for øvrig er knyttet til det kliniske behovet og hvilken ekspertise som da behøves (Thompson et al, 2004).

studie, som finner at tverrfaglige team reduserer mortalitetsrisikoen for intensivpasienter, uansett dekningsgrad av anestesileger. Det påpekes at en slik tverrfaglig modell uansett er fordelaktig for pasientene og derfor bør støttes på organisasjonsnivå (McHugh, 2010). Ledelse og organiseringens viktighet i forhold til å tilrettelegge for kunnskaps- og erfaringsoverføring mellom yrkesgruppene poengteres også av Hansen (2009:i). På samme måte som enkelte av informantene i denne studien påpeker at de savner et tverrfaglig samarbeid, beskriver Hansen og Severinsson at intensivsykepleierne ønsker seg en tverrfaglig tilnærming til respiratoravvenning og at de uttrykker et ønske om et felles språk og en felles kunnskapsbase for å bedre kommunikasjonen. Videre påpekes det at gjennom tverrfaglig læring og refleksjon kan et trygt praksismiljø basert på kunnskap og kvalitet bygges (Hansen og Severinsson, 2007 og Hansen og Severinsson, 2009).

Funnene i denne studien indikerer at kunnskapsoverføringen og ”kunnskapssamarbeidet” mellom leger og intensivsykepleiere i intensivavdelingene er personavhengig. Samtidig som det beskrives en endring i rollene og ansvarsområdene mellom de to yrkesgruppene. Dette poengterer også Coombs (2003). Coombs beskriver tilsvarende informantene i denne studien endring i intensivsykepleierens kunnskaper og rolle, men påpeker at dette ikke har medført endringer i den hierarkiske strukturen rundt avgjørelser i intensivavdelinger. På bakgrunn av dette oppfordrer hun til at det tverrfaglige samarbeidet mellom leger og sykepleiere må fokusere på de komplementære kunnskapene de sitter med slik at kulturen endres fra å være en ”kamparena” til å bli inkluderende, der alles bidrag verdsettes. I relasjon til dette kan en også se Weber (2007) sine funn. Weber finner i sitt litteraturstudie at de avgjørelsene som tas i intensivavdelinger primært er semistrukturerte eller ustrukturerte. Det er sjelden en finner en strukturert prosess der alle aspekt ved vurderings- og avgjørelsesprosessen er kjent. Videre skriver han at legene tenderer mot å vurdere risikorelaterte trekk samt medisinske og tekniske aspekt, mens sykepleierne vektlegger omsorgsaspektene ved avgjørelser. Også Manias og Street (2001) finner at det er et komplekst forhold mellom intensivsykepleiere og leger i forhold til vurderinger og avgjørelser i intensivavdelinger, der makt og ulikheter i kunnskap bare er noen av aspektene.

I et av intervjuene ble eksterne etiske komiteer nevnt som en kunnskapskilde som også påvirket praksisutøvelsen i intensivavdelingen. Bruk av slik ekspertise har støtte i forskningsfunn. Blant annet beskriver Ott (2010) at etiske komiteer har bidratt som hjelp ved avgjørelser omkring liv og død i intensivavdelinger. Mens Schneiderman, Gilmer og Teetzel (2000) har gjort en studie på bakgrunn av situasjoner sykepleiere hadde plukket ut, der det var

oppstått konflikt omkring spørsmål knyttet til videre behandling. Studien viser at bistand fra klinisk ekspertise knyttet til etiske spørsmål medførte kortere opphold i intensivavdelingen og kortere tid med behandling for de som døde på intensivavdelingen, men ingen endring i dødelighet totalt sett.

## 5.5. Brukermedvirkning

Selve begrepet brukermedvirkning var ikke et begrep informantene anvendte til daglig og innholdet i begrepet ble knyttet til medbestemmelse, pasientens egne erfaringer og kunnskaper, og ”*hvor mye pasienten selv påvirker*”.

Brukermedvirkning, eller brukerkunnskap, utgjør en del av det kunnskapsgrunnlaget som beskrives i modellen for kunnskapsbasert praksis (jmf kap. 2.3.2.). I pasientrettighetslovens § 3.1 påpekes pasientens eller brukerens rett til medvirkning:

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder.

Videre påpekes det i NOU 2005: 3, Fra stykkevis til helt, at et av målene er å styrke pasientperspektivet, ved blant annet å bedre informasjon, brukermedvirkning og innflytelse (NOU 2005: 3, punkt 10.1).

Funnene i denne studien viser, slik jeg ser det, en todeling av brukermedvirkningsperspektivet. Hvor den ene delen omhandler den direkte brukermedvirkningen til den enkelte pasient i den enkelte praksissituasjon, mens den andre delen omhandler en indirekte brukermedvirkning, der intensivsykepleierne baserer sin praksisutøvelse på kunnskap hentet fra ”andre brukere”, gjennom skriftlige beskrivelser av brukererfaringer og forskning knyttet til dette<sup>53</sup>, samt sine egne erfaringer hentet fra tidligere praksismøter med brukere. Den kunnskapsbasen pasientopplevelser utgjør vektlegges også av blant annet Gjengedal. Hun tar utgangspunkt i sin egen fenomenologiske forskning knyttet til respiratorpasienters opplevelser, og beskriver at kunnskap om pasientopplevelser og

---

<sup>53</sup> Det kan selvfølgelig diskuteres om slike kunnskaper egentlig burde vært presentert under forskning som kunnskapsgrunnlag. Men ut fra intensivsykepleiernes egne beskrivelser kategoriserte de dette som brukererfaringer og knytter det til en form for brukermedvirkning.

håndtering av det å være syk kan øke intensivsykepleiernes kunnskapsgrunnlag og at dette i neste omgang vil bidra til en bedre praktisk sykepleie (Gjengedal, 1993:190ff).

Som nevnt i teoridelen kan sykepleien sees som en heterotelisk profesjon og noe av dette kan en finne igjen i informantenes beskrivelser. Blant annet viser funnene at mestring og egenomsorgsbegrepene sees som viktige i forhold til brukermedvirkning. Egenomsorg poengteres som et mål i seg selv og disse beskrivelsene kan således knyttes til en heterotelisk beskrivelse av sykepleie. Samtidig gjenspeiles delvis et slikt egenomsorgsperspektiv i NOU 2005: 3 fra stykkevis til helt sin påpekning av at ”brukere som medvirker i planlegging, gjennomføring og oppfølging av egen helsehjelp er bedre i stand til å mobilisere egne ressurser og opplever høyere kvalitet på sitt tilbud. Dette bedrer ikke bare prognosen for gode resultat. Det har også en viktig egenverdi for brukeren” (NOU 2005: 3, punkt 10.2).

Selve ordet brukermedvirkning var, som nevnt, et begrep intensivsykepleierne ikke brukte i sitt daglige vokabular. For dem var begreper som ”pasientens egne erfaringer” og ”egne kunnskaper” vanligere. Norman (2008) viser til skillet mellom begrepene bruker og pasient. En ”bruker” er en som bruker noe, anvender eller forbruker. Underforstått: En har krav på noe, gjerne mot betaling. En ”pasient” er en syk person som får behandling for sykdom. ”Pasient” kommer av det latinske ”pati” - å lide, og har flere synonymer: utholdenhet, tålmodighet, evne til å tåle, svakhet og underdanighet (Norman, 2008). Aadnanes (2007:228) gjør den samme distinksjonen og knytter det til den markedstenkingen som også gjør seg gjeldende i helse- og sosialsektoren for tiden. Og som Norman påpeker er en slik omdøping av begrepet pasient til bruker ikke problemfritt, ikke minst fordi at det ikke er sagt at problemet forsvinner når en forandrer ordbruken. Lidende mennesker blir ikke mindre lidende av å være brukere (Norman, 2008).

En slik distinksjon kan videre sees i relasjon til empowerment-begrepet<sup>54</sup>. Aadnanes (2007:223) påpeker at idealet i en slik sammenheng går ut på at den som er definert inn i en pasientrolle, skal bli myndiggjort nettopp som pasient (eller bruker). Slik at disse personene som ellers er i en asymmetrisk relasjon, fordi de er avhengige av profesjonelle hjelpere, likevel skal kunne handle som selvstendige personer og kunne ta egne valg innenfor denne relasjonen. Samtidig påpeker Aadnanes at selv om intensjonene i en slik tenkning er gode, kan valgene likevel fremstå som illusoriske idet hjelpen pasienten trenger ofte baserer seg på

---

<sup>54</sup> Velger her å oversette empowerment i engelsk litteratur med myndiggjøring, slik at de begrepene her brukes synonymt.



spesialkunnskaper av et slag pasienten til vanlig ikke har. Slik at empowerment kan sees mer som en profesjonsetisk grunnverdi (Aadnanes, 2007:223ff). Informantene i denne studien bruker da også mest begrepet medbestemmelse. Medbestemmelsesbegrepet finner en også igjen i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket” (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2009:7).

### **5.5.1. Den enkelte intensivpasients brukermedvirkning**

Denne studiens funn viser videre en tydelig bevissthet blant intensivsykepleierne på den spesielle konteksten og situasjonen pasientene ved en intensivavdeling er i. Og spesielt poengterer informantene forskjellen mellom de intensivpasientene som er våkne og i stand til å uttrykke seg selv, og de som ikke er det. Dette poengteres også i pasientrettighetsloven hvor det står at ”Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon” (Pasientrettighetsloven § 3.1). Og blant annet Christensen og Hewitt-Taylor (2007) påpeker at hva myndiggjøring innebærer i en slik situasjon vil kunne avvike fra det en ellers knytter til et slikt myndiggjøringsideal.

Funnene i denne studien indikerer at pasientene ved en intensivavdeling fortsatt oppleves å innta det informantene beskriver som en tradisjonell og ”ydmyk pasientrolle”. Dette sammenfaller med Lewin og Piper (2007) sine funn. De finner at 87 % av pasientene ved en hjerteavdeling var tilfreds med å overlate behandling og pleie til helsepersonellet, og at de ikke ønsket å inngå som partner eller likeverdige, men at de tvert imot virket å være komfortable med den store avstanden i ekspertise. Samtidig med dette beskriver pasientene i studien seg selv å være myndiggjorte. Lewin og Piper (2007) påpeker på bakgrunn av dette at myndiggjøring i en intensivkontekst kanskje heller bør sees som en prosess omkring muliggjøring. Der intensivsykepleierne ikke i den grad bør vektlegge maktoverføring, men heller gjennom å forhandle i pleien bør vektlegge utbytte og muligheter for pasientene til å ta ansvar for egenomsorgen i økende grad. Et slikt perspektiv kan sees å tangere noen av de beskrivelsene som kommer frem i denne studien. I tillegg vektlegger informantene informasjon som en viktig kilde til myndiggjøring. Dette vektlegges også i Christensen og Hewitt-Taylor sin beskrivelse av kunnskap som maktredskap. ”Hvis kunnskap er makt vil den

kunnskapen eller informasjonen som pasientene har påvirke deres makt” (Christensen og Hewitt-Taylor, 2007:157- egen oversettelse).

Informantene i denne studien er tydelige på at myndiggjøring i en intensivkontekst er vanskelig om en ser det ut fra idealet, og at slik myndiggjøring heller ikke alltid forekommer i praksis slik det burde ut fra idealet, noe blant annet spissformuleringer som ”*Hvor stor rolle spiller deres [pasientenes] kunnskaper? – Nothing!!*” eksemplifiserer godt. Dette står i motsetning til Paterson (2001)<sup>55</sup>, som i sin studie konkluderer med at helsepersonell verbalt uttrykte støtte til deltakelse i beslutninger, samtidig som de handlet på måter som forhindret en slik deltakelse. Christensen og Hewitt-Taylor påpeker videre at selv om myndiggjøring sees som å være en god ting, må intensivsykepleiere være forsiktige med å ikke la dette bli et ”moteord”, et ord man bruker uten å tenke over hva det egentlig innebærer, noe funnene i denne studien, slik jeg ser det, heller ikke indikerer at er tilfellet ved de aktuelle intensivavdelingene. Christensen og Hewitt-Taylor konkluderer da også med at brukermedvirkning og myndiggjøring i en intensivavdeling handler like mye om å skape et miljø der overføring av kontroll sees som et ideal, men der myndiggjøring i kritiske stadier av sykdommen innebærer å fokusere på å unngå umyndiggjøring ved å informere og forklare også når pasientene ikke reagerer, og å redusere opplevelsen av hjelpeløshet når tilstanden tillater det (Christensen og Hewitt-Taylor, 2007).

## 5.6. Et helhetlig kunnskapssyn

Drøftningen av intensivsykepleiernes kunnskapsgrunnlag har til nå vært presentert oppdelt og fragmentert med utgangspunkt i de analytiske kodegruppene. Samtidig har jeg påpekt at en slik oppdeling og gruppering ikke samsvarer med intensivsykepleiernes beskrivelser av hvordan de selv opplever sitt kunnskapsgrunnlag å være. Deres beskrivelser viser at kunnskapsgrunnlaget er en integrert helhet, som også kan knyttes til dem selv som hele personer.

Som nevnt i innledningen beskriver Nightingale et helhetlig syn på det syke mennesket, og at dette også fordrer et helhetlig syn på kunnskapene en trenger for å pleie den syke, der både teoretiske og praktiske kunnskaper er viktige (Elstad, 1984:14ff). Noen av informantene viste til den samme analogien når de påpekte sitt helhetlige menneskesyn og at dette fordrer både

---

<sup>55</sup> Denne studien er ikke knyttet til intensivkontekst.

teoretisk og erfaringsbasert kunnskap: ”På samme måte som du skal tenke deg hele pasienten, hele mennesket, så blir det at du har det teoretiske med deg, men for å utøve en god praksis trekker du også erfaringen inn...”.

Durham og Hancock (2006) beskriver et helhetlig kunnskapssyn for intensivsykepleie. De deler kunnskapsgrunnlaget inn i profesjonell kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og intuitiv kunnskap og beskriver kunnskapsmønstre basert på Carper sin inndeling i empiri, estetikk, personlig kunnskap og etikk. Dette samsvarer innholdsmessig godt med funnene i denne studien, selv om kategoriseringen er noe ulik. Videre poengterer også Durham og Hancock (2006) at de ulike kunnskapene ikke utøves separat, men som en integrert del av en helhetlig praksisutøvelse. Ääri, Suominen og Leino-Kilpi (2008) har sett på hva som utgjør kompetanse innen intensivsykepleie. Kompetanse i intensivsykepleie beskriver de at skiller seg fra en generell kompetanse innen sykepleie og videre er kompetanse i intensivsykepleie multidimensjonal. Samtidig påpeker de at en i dag ikke har nok kunnskap til å kunne gi et klart og sammenhengende bilde av hva en slik kompetanse innebærer. Det er mulig å se en slik konklusjon i relasjon til det Grimen (2008:72ff) beskriver om at profesjoner har et kunnskapsgrunnlag som er satt sammen i en praktisk syntese, der det er fordringene som selve yrkesutøvelsen stiller som ligger til grunn for integrasjonen av kunnskapene (jmf kap. 2.2.1.). Jeg ser intensivsykepleierens kunnskapsgrunnlag å passe inn i en slik betegnelse, der praksisutøvelsen krever at en anvender kunnskap fra mange felter, og der målet for utøvelsen er heterotelisk, idet intensivsykepleie ikke er en profesjon som finnes for sin egen eller den enkelte intensivsykepleiers skyld, men der utøvelsen også har et normativ og verdiladet mål, som er utenfor selve profesjonen.

Benner (1995) sin beskrivelse av utviklingen fra novise til ekspert blir sett som et viktig bidrag i forhold til utviklingen av ekspertise innen sykepleien. Skår (2010a:10ff) tar også utgangspunkt i Benner sin beskrivelse, men viser samtidig i sin doktorgradsavhandling til en rekke undersøkelser som både vektlegger at arbeidsmiljø og kultur er av betydning, og i tillegg påpeker at kritisk tenkning og refleksjon krever aktiv involvering av sykepleieren, slik at personlige egenskaper ikke skal utelukkes i forhold til utøvelse av profesjonen. Alvsvåg presiserer at i utøvelsen av skjønn bruker en hele seg, sine sanser, oppmerksomheten og erfaringen, kunnskapen og forstanden. Å være personlig tilstede er å engasjere hele seg, slik at å utøve skjønn handler om å være tilstede med et fullstendig engasjement i den situasjonen som en selv og den en skal hjelpe befinner seg i (Alvsvåg, 2002:218). En slik beskrivelse sammenfaller godt med det noen av informantene i denne studien beskrev. Informantene

beskrev at kunnskapen var en del av dem som person, vanskelig å kunne skille ut, slik at det i situasjonene var dem som person som handlet i et fellesskap med andre: ” *Jeg er ikke sikker på om jeg kan skille... Jeg tenker på meg som person er slik, en annen er kanskje litt annerledes, men samtidig har vi en del kunnskaper som vi har tilegnet oss som vi har lært, som vi har hørt, som vi har hatt forelesning om... Så kommer det fallende inn, jeg mener altså i forhold til hva mine kollegaer mener og i forhold til legene, så blir det et sammensurium...* ”.

## **5.7. Praksis basert på kunnskap som kunnskapsbasert praksis?**

Selve begrepet kunnskapsbasert praksis beskrev flere av informantene som et begrep som var ”...altfor der oppe...”, som et begrep de hadde sett i tidsskrifter, men ikke kunne definere. De uttalelsene som ble gitt tydet på at noen relaterte det til forskning og evidensbasering. Dette tangerer delvis med Mangen (2009) sin beskrivelse av ergoterapeuters forståelse av begrepet kunnskapsbasert praksis. Mangen finner at det ikke eksisterer noen fellesforståelse av kunnskapsbasert praksis blant ergoterapeuter, og at det blir anvendt i praksis ut fra den enkelte sin forståelse, utviklet i diskurs og kontekst. Det som skiller funnene i denne studien fra Mangen sin funn er at ergoterapeutene i større grad anga å ha en mening om begrepet, selv om forståelsen dem imellom var ulik, oppgav de alle kjennskap til begrepet, noe flertallet av intensivsykepleierne i denne studien ikke gjorde. Alle ergoterapeutene knytter kunnskapsbasert praksis til forskning og forskningskunnskap (Mangen, 2009:3).

Intensivsykepleierne i denne studien beskriver en helhetlig kunnskapsbase som grunnlag for sin praksisutøvelse. Slik at både teoretisk kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og kunnskap ervervet gjennom samhandling med både andre profesjonelle og pasienter er med som en integrert del av intensivsykepleierens kunnskapsgrunnlag. Selve praksisutøvelsen finner sted i en spesiell kontekst, der også andre profesjonelle sin kunnskapsbase og ikke minst pasientenes egen kunnskap er med å forme den praksis som utøves. At det utøves en praksis basert på kunnskap synes tydelig, slik at det jeg her vil gå inn på er å se denne praksisen basert på kunnskap i forhold til kunnskapsbasert praksis -begrepet og evidensstenkning. Med utgangspunkt i studiens funn vil jeg i denne delen av diskusjonen spesielt rette fokus mot distinksjonene forskningsbasert (som teoretisk) versus erfaringsbasert kunnskap før jeg går litt videre inn på to aspekt knyttet til forskning og forskningssyn. Det ene er knyttet til nytteaspektet som funnene tyder på at intensivsykepleierne vektlegger, – og hvor dette sees i

relasjonen til ulike forskningsorienteringer, og til slutt på hvilket forskningssyn funnene indikerer, hvor jeg tar utgangspunkt i en distinksjon mellom en positivistisk versus en hermeneutisk eller fenomenologisk tradisjon.

### 5.7.1. Teoretisk versus erfaringsbasert kunnskap

For flertallet av informantene i denne studien var kunnskapsbasert praksis et begrep de hadde sett i fag- og forskningstidsskrifter, men like fullt ikke hadde noe bevisst forhold til. Kun en av informantene beskrev seg selv som kjent med begrepet og knyttet dette til evidensbasering og forskning:

*”Altså når jeg tenker på kunnskap så tenker jeg på kunnskapsbasert... Og da er det sånn evidensbasert, - det er jo det som er så inn i tiden... Og da tenker jeg på at det skal være forskningsbasert i motsetning til erfaringsbasert...”*

Den samme vektleggingen av forskning mener jeg en kan finne i boken ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert” som NSF kom ut med i 2007 (Notvedt et al., 2007). Å arbeide kunnskapsbasert ble beskrevet som å sette sammen modellen bestående av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og konteksten (jmf kap. 2.3.2.). Selv om forfatterne beskriver at trinnene i kunnskapsbasert praksis initieres av refleksjon, og videre at det i forfold til anvendelse av den forskningsbaserte kunnskapen gjengis noen tanker knyttet til erfaringsbasert kunnskap, brukervedvirkning og konteksten, er største delen av boken knyttet opp mot forskning og forskningsfunn, samt evaluering og implementering av disse<sup>56</sup> (Nortvedt et al, 2007).

Distinksjonen informanten i sitatet ovenfor gjør mellom forskningsbasert i motsetning til erfaringsbasert kunnskap kan sees i relasjon til det skillet som det ofte opereres med i profesjonsteoretisk litteratur mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Forholdet mellom dem kan, i følge Grimen (2008:74ff), grovt sagt forstås på to ulike måter. Den dominerende måten er å betrakte praktisk kunnskap som anvendelse av teori, mens den andre måten sier at teoretisk kunnskap flyter på et underlag av praksis. Informanten knytter kunnskapsbasert praksis til evidensbasering og evidensbasering har i følge Grimen sterke elementer av å se praktisk kunnskap som anvendelse av teori (Grimen, 2008:75). Vandvik (2009:116)

---

<sup>56</sup> Det er en kuriositet, men om en teller antallet sider er langt over 90 % av boken relatert til forskning og forskningsevaluering.

vektlegger prinsippet om at forskningsbasert kunnskap alene aldri er tilstrekkelig ved kliniske beslutninger, men poengterer at dette gjerne glemmes av forkjemperne for evidensbasert medisin, som mangler fotfeste i praksis. Ekeland er inne på det samme når han beskriver at det innen evidensretorikken er en utilbørlig forenkling av, eller mangel på kunnskap om, hvilke problemer, dilemmaer og forskjeller en står ovenfor i overføringen fra forskning til praksis. Det handler om mangel på kunnskap om ulike forskningsmetoder og deres begrensninger, og ikke minst om mangel på forståelse av grunnlagsproblemer som gjør at ulike fenomener ikke lar seg passe inn i "gullstandarden"<sup>57</sup> (Ekeland, 2009:146ff). Martinsen hevder at kunnskaper må ha sin egen rett og stiller seg kritisk til det som virker som en uproblematisk kort vei fra forskning til anvendelse. Hun viser til Ricoeur som beskriver det som en "dødbringende tanke... at det eksisterer en vitenskap for praksis..." (Martinsen, 2009b:28). Dette viser også det som Ekeland (2009:146) fremhever, - at debatten om forholdet mellom teori og praksis er en viktig debatt som alltid bør være åpen og ikke avsluttes.

I kap 2.4.2. og 5.1.1. viste jeg til Værland (2007) sine funn i en studie knyttet til protokollbasering av deler av den sykepleiepraksis som utøves ved intensivavdelinger. Værland så dette i relasjon til evidensbegrepet og konkluderte med at en evidensbasert protokoll sier lite om den helhetlige sykepleien som utøves ved en intensivavdeling. Dette samsvarer med funnene i denne studien. I kap. 4.5.1. presenteres intensivsykepleiernes forhold til skjønnsutøvelse, og hvor de blant annet poengterer *at vi skal bruke skjønn... Vi skal ikke ha et slikt rigid system...*. Også videre gjennom både vektleggingen av et helhetlig kunnskapssyn og den direkte poengteringen av at en må ha både teoretisk og erfaringsbasert kunnskap tyder funnene i denne studien på at intensivsykepleierne angir et kunnskapssyn som går utover det som kan beskrives som å tilhøre evidensbasering og kunnskapsbasert praksis. Grimen (2009:213ff) diskuterer også skjønnsutøvelse i relasjon til evidenshierarkiet<sup>58</sup> og den sirkelmodellen som presenteres innen kunnskapsbasert praksis (jmf kap 2.3.2.). Grimen påpeker at forholdet mellom evidenshierarkiet og de tre komponentene i sirkelmodellen kan forstås på ulike måter, der en enten må gi evidenshierarkiet eller sirkelmodellen forrang. I tillegg påpeker han at skjønnsbegrepet vanskelig passer inn i det hele dersom poenget med kunnskapsbasert praksis ikke er å eliminere skjønn, men å forbedre det (Grimen, 2009:214).

---

<sup>57</sup> Med gullstandard vises det til evidenstenkningens hierarki, der RCT (randomised controlled trials) sees som gullstandard.

<sup>58</sup> Den nevnte rangering der RCT, eller fortrinnsvis metaanalyser på bakgrunn av flere slike studier er øverste nivå.

Slikt sett, mener jeg, skjønnsutøvelse og et helhetlig kunnskapssyn lettere kan sees å sammenfalle med et "utvidet" evidensbegrep, tilnærmet det som Eriksson et al., (2002:34ff) beskriver som den opprinnelige evidensmodell, hode-hånd-hjerte-modellen (jmf kap 2.3.3.).

### **5.7.2. Forskningsorientering og nytteperspektiv**

Som beskrevet i kap. 4.3.1. og 5.1.1. antyder denne studiens funn at intensivsykepleierne kan se forskningsfunn i et nytteperspektiv. Slagstad skiller mellom tre forskningsorienteringer. Den disiplinbaserte grunnforskningen, den anvendte forskningen og den profesjonsrelaterte forskningen. Den disiplinbaserte grunnforskningen har det tradisjonelle universitetet som hovedsete, mens den anvendte forskningen har instituttsektoren som sitt sentrum. Den profesjonsrelaterte forskningen, påpeker Slagstad, har på tross av profesjonenes ekspanderende rolle i styrings- og samfunnsliv, vært forskningspolitisk forsømt (Slagstad, 2008:66). Nortvedt et al. påpeker at en i kunnskapsbasert praksis er opptatt av anvendt forskning som er rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser. De viser til Erikssons nivåinndeling av sykepleieforskning, der Eriksson skiller mellom fire nivåer av sykepleiekunnskap; metateoretisk, teoretisk, teknisk og praktisk kunnskap. Forskning knyttet til de to øverste nivåene sammenlignes med grunnforskning, der målet er å finne kunnskap om det underliggende for sykepleiens egenart og fenomen. De beskriver slik forskning som viktig for utviklingen av en selvstendig sykepleievitenskap og for de ideologiske og filosofiske spørsmål som er knyttet til faget, men presiserer samtidig at valg av tiltak og rådgivning i praksis basert på teori som ikke har vært etterprøvd empirisk i anvendt forskning kan føre oss galt av sted. Med anvendt forskning mener de forskning, med lav grad av abstraksjon, på det som Eriksson beskriver som teknologisk eller praktisk nivå. Det er slik anvendt forskning de i sin modell av kunnskapsbasert praksis (jmf kap. 2.3.2.) betegner som "forskningsbasert kunnskap" og, som de fremhever, er kunnskap som kan være "veiviser" i utøvelsen av praktisk og klinisk sykepleie (Nortvedt et al., 2007:15ff).

Dette kan sees å sammenfalle med et nytteperspektiv på forskning. Og funnene i denne studien indikerer som nevnt at forskningens nytteverdi er viktig for informantene. I tillegg finner en igjen veivisertenkningen, idet informantene beskriver at forskning har betydning for hvilke tiltak som prioriteres og iverksettes i deres praksisutøvelse, og der tiltak som forskning viser at har nytteverdi blir prioritert.

En slik vektlegging av anvendt forskning kan tenkes å medføre en, tilsiktet eller utilsiktet, rangering av ulike typer forskning og kunnskap, med en nedprioritering av grunnforskning til fordel for anvendt forskning. Det er derfor et poeng at Eriksson, som Nortvedt et al (2007:15ff) henviser til, fremhever et annet synspunkt når hun påpeker at visjoner og mot hører sammen med evidens. Og videre at en trenger visjoner og mot for å se fremover og tro på nye muligheter samt gripe tak i de mulighetene som åpner seg gjennom en dypere innsikt i (syke)pleiens grunnspørsmål. Hun beskriver hvordan visjonene oppstår i møtet mellom historien, nåtiden og fremtiden. Det er ideer som om og om igjen blir evidente ettersom det gode aldri dør, selv om det under visse omstendigheter kan glemmes ut (Eriksson, 2009a:172).

### **5.7.3. Positivism versus hermeneutikk eller begge deler?**

Funnene i denne studien viser at intensivsykepleiernes kunnskapsgrunnlag inkluderer en samordning av kunnskaper basert på både en positivistisk og en fenomenologisk eller hermeneutisk tradisjon. Intensivsykepleierne beskriver for eksempel naturvitenskapelige kunnskaper innen fysiologi (jmf kap. 4.3.2.), som kan eksemplifisere kunnskaper fra en positivistisk tradisjon. Samtidig beskrives også pasienterfaringer å utgjøre en del av kunnskapsgrunnlaget for praksisutøvelsen (jmf kap 4.7.). Gjengedal poengterer også skillet mellom en positivistisk og en hermeneutisk og fenomenologisk tradisjon og poengterer at fenomenologisk forskning basert på for eksempel pasienterfaringer kan bidra med viktige kunnskaper for å utøve en helhetlig intensivsykepleie (Gjengedal, 1993:190ff). At samordning av disse to innfallsvinklene er mulig beskrives av Braut (2003). Braut beskriver hvordan den medisinske vitenskapen tradisjonelt har vært sterkt positivistisk preget, mens sykepleievitenskapen derimot, tradisjonelt sett, har gått en annen vei med tanke på fagutvikling. Innen sykepleien har det vært en jevn utvikling etter andre verdenskrig, der sykepleiekunnskapen er mer preget av at kunnskapen alltid må sees i lys av individuelle karakteristika og det særegne som kan forklare den aktuelle situasjonen. Dette kan knyttes til en hermeneutisk tradisjon. Samtidig poengterer Braut er det mulig å samordne disse to ulike innfallsvinklene til hva som er en profesjonell oppdatert tilnærming (Braut, 2003).

Som nevnt i teoridelen (kap. 2.3.) er det debatt rundt evidenstenkningen og dens grunnlag. Grimen (2009:194ff) ser likheter mellom visse ting i evidenstenkningen og positivismen,



samtidig som han poengterer at evidensstenkningen er blitt åpnere enn tidligere, og den kan derfor ikke uten videre anklages for å ha like snevre oppfatninger om hva som er vitenskap som det visse varianter av positivismen hadde. Ekeland (2009:153) hevder at selv om en i evidenslitteraturen sjelden finner epistemologiske refleksjoner, eller at det gis uttrykk for hva slags kunnskapssyn en vedkjenner seg, er det ikke vanskelig å underbygge at det handler om tradisjonell positivisme. Han påpeker videre at en del litteratur oversetter "evidence based" direkte med kunnskapsbasert, samtidig som det hevdes at kunnskapsbasert praksis handler om å anvende "den beste kunnskap som finnes", og at en dermed okkuperer kunnskapsbegrepet. Også Martinsen påpeker begrepsbruken. Og viser til at den norske oversettelsen av evidence based practice er kunnskapsbasert praksis, slik at de to begrepene skal brukes likt. Når videre evidensbasert praksis er lik evidensbasert medisin, som er lik forskningsbasert, som innen evidensbasert medisin handler om å innhente kunnskap ut fra statistikk og randomiserte forsøk blir det "evidensialisme" (Martinsen, 2009a:87ff). Christensen og Hewitt-Taylor (2006) er inne på det samme. De påpeker at den tradisjonelle sykepleieekspertisen, som fokuserer på en individualisert og helhetlig sykepleie, er mye basert på intuitive vurderinger, som ikke kan reduseres og uttrykkes i positivistiske termer. Det å artikulere hva ekspertise i sykepleie er, og hvordan det påvirker kvaliteten på praksisutøvelsen, kan således bli vanskelig i møtet med motdebattanter som ikke ser disse begrepene som en del av kunnskapsbegrepet i det hele. Hagestad og Dannefer viser til Giddens beskrivelse av dobbel hermeneutikk. De påpeker at samfunnsvitere ikke bare former uttalelser om samfunnets meningssystemer, men at disse uttalelsene også blir en del av systemene de beskriver (Hagestad og Dannefer, 2001:26).

Også Skjervheim (1996:71ff) ser språket som en essensiell del av det menneskelige. Skjervheim relaterer det videre til ens måte å møte mennesker på, en relasjon som inkluderer den andre, en selv og selve saken. Og hvor en har muligheten til å enten la seg engasjere og delta, eller å konstantere det den andre sier som faktum og dermed objektivere den andre<sup>59</sup>. Om en slik objektivierende holdning blir absolutt beskriver Skjervheim det som positivisme, og en slik holdning finner en også i dag når en "skyv heilt enkelt alle menneskelige problem over i dei positivistiske vitenskapene, medan dei sjølve innrettar seg i sine roller som vaktarar av den filosofiske edruskapen i vitenskapen" (Skjervheim, 1996:80). Dette kan også sees i relasjon

---

<sup>59</sup> Skjervheim skiller mellom å håndtere en påstand, som enten en påstand eller et faktum. Det vil i et møte alltid være kun en påstand, men det kan være mange faktum. Han poengterer videre at det i vitenskapen ikke lenger er respektabelt å vurdere, som å delta i andre menneskers vurderinger, men derimot å håndtere disse vurderingene som fakta (Skjervheim, 1996:74ff).

til Gadamer (2003:7) spørsmål om hva som er "sannhet" i humanvitenskapene. Gadamer knytter dette mot ord, "logoi", og sier at det finnes ingen andre midler for å skille falskt fra sant enn ved det middelet en selv gjør bruk av, nemlig ord (Gadamer, 2003:14). I en hermeneutisk tankegang utgjør språk og begreper en del av ens forforståelse. Hermeneutikk handler om forståelse og mening. Karakteristisk for meningsfulle begreper er at de må fortolkes for å kunne forstås. En grunntanke i hermeneutikken er at vi alltid forstår noe på grunnlag av visse forutsetninger (Gilje og Grimen, 1993:142ff). Det som særpreger en slik tradisjon er at en forsøker å møte problemene med forståelse og fortolkning. Sett med utgangspunkt i intensivsykepleie kan en si at intensivsykepleiere i sin praksis møter mennesker som tillegger både egne handlinger og andre fenomener mening. I dette møtet mellom mennesker må intensivsykepleieren altså forholde seg til en verden som allerede er fortolket av de(n) andre, uavhengig om fortolkningene og forståelsen er korrekt eller ikke (Gilje og Grimen, 1993:145). Dette er etter min mening også en forutsetning for å få med alle "bitene" i kunnskapsbasert praksismodellen. Skal brukermedvirkningsaspektet være reelt må en "...først og fremmest passe paa at finde han der hvor han er og begynde der" som Kierkegaard (1962:96) så klassisk skrev.

## 6. Avslutning

I dette kapitlet vil jeg først oppsummere studiens funn og se dette i relasjon til problemstillingen og kunnskapsbasert praksis- begrepet. Deretter kommer en del hvor jeg forsøker å se kritisk på eget arbeid, en oppsummering knyttet til validitet spesielt. Til slutt presenteres noen aktuelle innfallsvinkler til videre forskning.

### 6.1. Oppsummering

Gjennom denne studien har jeg belyst problemstillingen: Hvordan beskriver intensivsykepleiere sitt kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse?

Studiens funn er basert på kvalitative data, produsert i fokusgruppeintervju, transkribert og analysert ut fra Malterud (2003) sin beskrivelse av systematisk tekstkondensering, før de er presentert og videre drøftet opp mot tidligere forskningsfunn og teori.

Sett som helhet tyder studiens funn på at intensivsykepleiernes kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse er et sammensatt fenomen. Selv om presentasjonen og drøftningen her tidvis kan ha gitt inntrykk av et fragmentert kunnskapsgrunnlag, vil en slik beskrivelse ikke være dekkende for studiens funn. Kunnskapsgrunnlaget blir beskrevet som helhetlig, både fordi det har sitt utgangspunkt i en helhetlig tenkning rundt ”pasienten som et helt menneske” og pasientsituasjonen, samt også fordi kunnskapsgrunnlaget blir direkte beskrevet som en integrert helhet, fremfor fragmenterte deler. Både teoretisk og erfaringsbasert kunnskap beskrives som viktig i en praksisutøvelse der utøvelse av skjønn beskrives som nødvendig.

Videre kan kunnskapsgrunnlaget i hovedsak sees som heterotelisk og der kunnskap fra ulike kilder er knyttet sammen i en praktisk syntese. En slik påstand kan begrunnes i at kunnskapsgrunnlaget synes å være basert på selve praksisutøvelsens opplevde kunnskapsbehov, og som knyttet til verdier som ikke omhandler utøverne av praksisen i seg selv. Kunnskapene er tilegnet på ulike måter, og deler av kunnskapsgrunnlaget for praksisutøvelsen beskrives som vanskelig å uttrykke verbalt. Slik at funnene godt samsvarer med Grimen (2008) sin beskrivelse av profesjonskunnskap (jmf kap. 2.2.1.). Et annet moment som godt samsvarer med Grimen sin beskrivelse er den person og kontekstspesifisiteten som

intensivsykepleierne beskriver, som kan sees i relasjon til Grimen (2008) sin beskrivelse av indeksikalitet.

Kunnskapsbasert praksis, og debatten knyttet til dette begrepet, utgjorde en viktig del av forforståelsen og utgangspunktet for undersøkelsen. Blant annet var, som nevnt, temaguiden utformet med utgangspunkt i dette begrepet. Det ble i midlertidig klart under intervjuene at for flertallet av intensivsykepleierne som deltok i studien var dette ikke et begrep de forholdt seg til i det daglige. Slik at når jeg i det følgende ser studiens funn opp mot beskrivelser av kunnskapsbasert praksis, er det basert på mine egne tolkninger av funnene og ikke informantenes direkte uttalelser.

Kunnskapsbasert praksis, som presentert i kap 2.3.2., blir beskrevet som å bestå av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap /brukermedvirkning, og hvor disse begrepene sees i en kontekst, slik at konteksten sees å omslutte kunnskapskildene. For å utøve kunnskapsbasert praksis må en sette sammen de ulike elementene i modellen (Nortvedt et al.,2007:13ff).

Forskningsbasert kunnskap blir vektlagt innen kunnskapsbasert praksis, og der en vektlegger anvendt forskning spesielt (Nortvedt et al, 2007:16). Funnene i denne studien indikerer at forskning og spesielt anvendbar forskning vektlegges av informantene. Forskning blir beskrevet som en av flere ”typer” teoretisk kunnskap, slik at informantene også angir andre teoretiske kilder til kunnskap som en del av deres ”kunnskapsbaserte praksis”. Informantenes teoretiske grunnlag for praksisutøvelse er basert på mer enn bare direkte forskningsfunn.

Et annet poeng i forhold til forskning, er informantenes beskrivelser knyttet til hvordan forskning vurderes, der flertallet av uttalelsene kan sees i relasjon til evidenshierarkiet, med gullstandard og metaanalyser som rangert øverst. Det kan altså tyde på at selv om kunnskapsbasert praksis- begrepet i seg selv ikke utgjør en del av informantenes hverdagspråk, er aspekt knyttet til evidenshierarkiet implementert i deres språkbruk.

Erfaringsbasert kunnskap blir av Nortvedt et al. (2007:16), beskrevet som den kunnskapen som erverves gjennom å praktisere. Samtidig påpeker de at slik kunnskap kan være evnen den enkelte sykepleier har til å sette sammen hele kunnskapsbasert praksis- modellen i den virkelige verden. Denne studiens funn viser at erfaringsbasert kunnskap utgjør en essensiell del av kunnskapsgrunnlaget intensivsykepleierne anvender i sin praksisutøvelse, og der deler av disse kunnskapene beskrives som ”tause”. Informantenes vektlegging av denne delen av

kunnskapsgrunnlaget synes slik sett å være mer tydeliggjort enn den vektleggingen en ser i blant annet Nortvedt et al. (2007) sin beskrivelse av kunnskapsbasert praksis.

Selve begrepene brukermedvirkning og brukerkunnskap var ikke begreper informantene brukte til daglig. Videre ble intensivavdelingskonteksten og pasientenes spesielle situasjon vektlagt av informantene som årsaker til at brukermedvirkningsbegrepet tidvis kunne ha et annet innhold ved en intensivavdeling enn ellers i helsetjenesten. Slikt sett vektlegger også informantene selve konteksten for praksisutøvelsen, og påpeker på samme måte som i modellen for kunnskapsbasert praksis at denne påvirker praksisutøvelsen.

## 6.2. Kritikk av eget arbeid

Reliabilitet er et nødvendig grunnlag for validitet. Reliabilitet handler i bunn og grunn om hvor nøyaktig forskningens arbeidssituasjoner er utført (Grimen og Ingstad, 2008:326). Selve forskningsprosessen er utdypende beskrevet i kapittel 3, i tillegg er selve "empirien" beskrevet i kapittel 4, mens teoretiske perspektiv er tatt med i kapittel 5, slik at det skal være lettere å se hva som er "empiri" og hva som er teori<sup>60</sup>. Malterud (2003:178ff) knytter validitet til det å stille spørsmål om studiens gyldighet, hva det er gyldig om, og under hvilke betingelser. Slikt sett er validering å stille spørsmål, og i all forskning bør en spørre seg selv om metoden en har anvendt utgjør en relevant vei til kunnskap som belyser ens problemstilling. I følge Malterud (2003:179) skal en stille spørsmål ved formuleringen av problemstillingen, utvalget, datainnsamlingen, den teoretiske referanserammen, analysestrategien og presentasjonsformen.

- Problemstillingen i denne studien var "hvordan beskriver intensivsykepleiere sitt kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse?" Selve problemstillingen ble i tidlige faser av arbeidet omformulert fra en snevrere problemformulering, der kunnskapsbasert praksisbegrepet var en spesifikk del av problemformuleringen til en slik bredere problemformulering, som jeg opplevde var mer dekkende for tema. Temaguiden for intervjuene var inndelt etter kunnskapsbasert praksisbegrepet, og den ble under intervjuene således ikke opplevd som dekkende for de begrepene som ble beskrevet. Jeg valgte derfor å anvende den mer som en sjekkliste enn som en slavisk mal, men

---

<sup>60</sup> De teoretiske perspektivene i min forforståelse vil mer eller mindre bevisst ha kunnet påvirke også selve "empirien".

det er likevel mulig at en annerledes formulert temaguide, der ikke kunnskapsbasert praksis- begrepet ble vektlagt i så stor grad, kunne bidratt til at andre tema hadde blitt mer vektlagt under intervjuene enn det som nå var tilfellet.

- Utvalget i studien var intensivsykepleiere ved fire intensivavdelinger. Jeg hadde svært liten påvirkningsmulighet i forhold til selve utvelgelsen ved den enkelte avdeling, slik at min påvirkning i hovedsak omhandlet valg av avdelinger. Det vil derfor være nødvendig å stille spørsmål ved om både intensivsykepleiere ved andre avdelinger, for eksempel intensivavdelinger ved universitetssykehus, ville påvirket funnene, og om andre intensivsykepleiere ved de valgte avdelingene ville vektlagt andre aspekt enn det informantene gjorde. Kan det for eksempel tenkes at de som takket ja til å delta var mer interessert i tema enn andre intensivsykepleiere? I tillegg vil aspekt knyttet til at det var ledelsen ved den enkelte avdeling som forespurte informantene kunne ha påvirket utvalget. Det kan for eksempel tenkes at ledelsen har valgt å forespørre mulige informanter som de antar er spesielt opptatt av tema, eller at ledelsen har vektlagt å forespørre intensivsykepleiere med erfaring? Spesielle vurderinger knyttet til utvalget må også gjøres i og med at et av intervjuene forgikk i "eget miljø", der informantens svar kan ha vært påvirket av at de også hadde en "kollegarelasjon" til moderator.
- Fokusgruppe var valgt som metode for datainnsamling (produksjon). Jeg har tidligere påpekt at jeg var en novise i den sammenheng, og det er slikt sett mulig å stille spørsmålstegn ved om en annen moderator ville håndtert intervjuene og vektlagt andre aspekt enn det jeg gjorde, - noe som kunne ha påvirket studien. I tillegg kommer igjen momentet at et av intervjuene foregikk i eget miljø, og det faktum at informantene på forhånd var informert om både min status som mastergradsstudent og min status som intensivsykepleier. I tillegg kan det gjøres vurderinger knyttet til hvorvidt en annen metode for datainnsamling ville gitt annen verdifull informasjon om temaet.
- I forhold til den teoretiske referanserammen må en alltid stille spørsmål hvorvidt det er andre teorier som ville belyst problemstillingen bedre. Som nevnt utgjorde kunnskapsbasert praksis- begrepet et viktig teoretisk perspektiv, men det ble etter hvert nødvendig å utvide det teoretiske perspektivet. Jeg fant Aristoteles sin beskrivelse av intellektuelle dyder å være aktuell også i dag, og videre opplevde jeg Grimen (2008) sin beskrivelse av profesjonskunnskap som svært berikende og treffende i forhold til studiens funn. Alvsvåg (2009) utgjør, sammen med blant annet Benner et al. (1999) og Eriksson et al. (2002) viktige sykepleiefaglige perspektiver for

å belyse studiens funn. På tross av at jeg mener de valgte perspektivene belyser tema, og studiens funn, på en god måte, er det likevel alltid en mulighet for at de ulike perspektivene kunne vært vektlagt i større eller mindre grad sett i forhold til hverandre, samt at andre perspektiver også kunne vært relevante.

- Analysestrategien var basert på Malterud (2003) sin beskrivelse av systematisk tekstkondensering, og jeg forsøkte å følge fremgangsmåten så slavisk som mulig. Samtidig er det første gang jeg utfører et slikt forskningsarbeid, slik at det er mulighet for at jeg kan ha oversett noe.
- Presentasjonsformen kan knyttes til kommunikativ validitet (Malterud, 2003:183), og innebærer at også forskerens evne til å formidle forskningen påvirker forskningens gyldighet. For eksempel det at studien presenteres her som en monografi, til forskjell fra i artikkels form, kan ha påvirket selve tilgjengeligheten til forskningen. For eksempel vil en publisert artikkel antakeligvis nå ut til et større antall lesere enn en slik monografi.

Malterud (2003:184) beskriver videre pragmatisk validitet, som innebærer at til syvende og sist er kunnskapen fra forskningen avhengig av om noen kan bruke den til noe. Mitt ønske er at studien kan bidra som en bevisstgjøring knyttet til hvilket kunnskapsgrunnlag som ligger til grunn for praksisutøvelse, herunder også aspekt spesielt knyttet til utøvelsen av skjønn. I tillegg håper jeg også at studien kan bidra som utgangspunkt for refleksjon og diskusjon knyttet til begrepene kunnskap, kunnskapsbasert praksis og ulike former for evidens.

### **6.3. Videre forskning**

Det er ulike fordypninger og nyanseringer jeg ser kunne vært svært interessante i forhold til videre forskning. Metodologisk kunne en lignende problemstilling vært belyst med andre metoder. Kvalitativt orienterte metoder som for eksempel individuelle intervju, (deltagende) observasjon og think aloud method er allerede beskrevet som aktuelle metoder. I tillegg kunne aspekt knyttet til for eksempel utbredelse vært belyst gjennom kvantitativt orienterte metoder.

Videre kan funnene sees som relatert til informantenes kontekst, og videre undersøkelser knyttet til intensivsykepleiere i andre kontekster, og sykepleiere generelt kunne også bidra til

å perspektivere bildet ytterligere. Studien er også påvirket av den tiden en er inne i, og en tilsvarende studie ved et senere tidspunkt ville også kunne gi interessante perspektiver.

En mer spesifikk utforskning av intensivsykepleiernes forhold til, og forståelse av, kunnskapsbasert praksis hadde vært interessant. Debatten rundt evidensbegrepet kan også knyttes til politikk og makt (jmf kap. 2.3.1.), og en studie knyttet til slike perspektiv ville også kunne utdypet problemstillingen ytterligere. Som Eriksson et al. (2002:30) påpeker: "Våre begreper er vår virkelighet. For å kunne orientere seg i en virkelighetsverden må en kunne forstå begrepenes innhold. Praksisbegrepene beskriver vår konkrete verden og idealbegrepene beskriver mulighetenes verden. Hvert begrep motsvarer et fenomen i virkeligheten".



## Referanseliste

- Aadnanes P. M. (2007). Den uavhengige avhengige. Empowerment-idealet som profesjonsetisk grunnverdi i helse og sosialsektoren. Eit kulturanalytisk perspektiv. I: T. J. Ekeland & K. Heggen (red.). *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Aakre M. (2009). Innledning. I: *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 18.11.2011 fra [https://www.sykepleierforbundet.no/Content/143292/Yrkesetiske\\_retningslinjer.PDF](https://www.sykepleierforbundet.no/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF)
- Aakvaag G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Ääri R. L., Suominen T. & Leino-Kilpi H. (2008). Competence in intensive and critical care nursing: A literature review. *Intensive and Critical Care Nursing* 24(2), 78-89. DOI: 10.1016/j.iccn.2007.11.006
- Aase T. H. & Fossåskaret E. (2007). *Skapte virkeligheter. Om produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Adam S. K. & Osborne S. (2003). *Intensiv sygepleje. Viden og praksis*. Danmark: Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Aitken L. M. & Mardegan K. J. (2000). "Thinking Aloud": Data Collection in the Natural Setting. *Western Journal of Nursing Research* 22(7), 841-853. DOI: 10.1177/01939450022044791
- Aitken L. M., Marshall A. P., Elliott R. & McKinley S. (2008). Critical care nurses' decision making: sedation assessment and management in intensive care. *Journal of Clinical Nursing* 18, 36-45. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02318.x
- Almerud S., Alapack R. J., Fridlund B. & Ekebegh M. (2008). Beleaguered by technology: care in technologically intense environments. *Nursing Philosophy* 9, 55-61
- Alvsvåg H. (2009). Kunnskapsbasert praksis er ikke noe nytt. *Sykepleien Forskning* 4(3), 216-220. DOI: 10.4220/sykepleienf.2009.0104

- Alvsvåg H. (2007). Læring av sykepleie – gjennom personlige og profesjonelle erfaringer. I: H. Alvsvåg & O. Førland (red). *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiv på sykepleie* (s.205-232). Oslo: Akribe AS
- Alvsvåg H. (2002). Klinisk skjønn. I: I. A. Bjørk, S. Helseth & F. Nortvedt (red). *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 208-222). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Alvsvåg H. (1997). *Sykepleie – mellom vitenskap og pasient*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Alvsvåg H. (1993). Hvor beveger sykepleien seg – mot viten eller klokskap? I: M. Kirkevold, F. Nortvedt og H. Alvsvåg (red.). *Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- American Association of Critical-Care Nurses (2011) ). *About Critical Care Nursing*. Hentet 07.11.2011 fra <http://www.aacn.org/WD/PressRoom/Content/aboutcriticalcarenursing.pcms?pid=1&&menu=>
- Aristoteles, Rabbås Ø., Stigen A. & Eriksen T. B. (1999). *Den nikomakiske etikk*. Oslo: Bokklubben dagens bøker. Hentet 08.09.2011 fra [http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2008100600026](http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2008100600026)
- Baktoft B. (2001). Intensivsykepleie. I: E. Gjengedal & R. Jakobsen (red.), *Sykepleie – praksis og utvikling* (s. 366-381). Oslo: J.W. Cappelens forlag a.s.
- Barker J. (2010). *Evidence-Based Practice for Nurses*. London: SAGE Publications Ltd
- Benner P. (1995). *Fra novise til ekspert*. Oslo/København: TANO i samarbeid med Munksgaard
- Benner P. Hooper-Kyriakidis P. & Stannard D. (1999). *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care. A thinking-in-action approach*. Philadelphia: Saunders
- Benner P., Sutphen M., Leonard V. & Day L. (2010). *Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer*. Oslo: Akribe
- Berg O. (2006). *Fra politikk til økonomikk : den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Den norske lægeforening

- Bergbom I. (2001). Erfaringer fra intensivavdelingen. I: E. Gjengedal & R. Jakobsen (red). *Sykepleie – praksis og utvikling* (s. 382-393). Oslo: J. W. Cappelens forlag a.s.
- Brandth B. (1996). Gruppeintervju: perspektiv, relasjoner og kontekst. I: H. Holther & R. Kalleberg (red.). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning (2. utgave)* (s. 145-165). Oslo: Universitetsforlaget
- Brataas H. V. (2009). Praksis og fagkulturell mening om praksis. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning 11(1)*, 40-59
- Braut G. S. (2003) Helsa, samfunnet og individet – medisinenes evige dilemma. I: Ø. Larsen, A. Alvik, K. Hagestad & M. Nylenna (red.). *Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge*. Oslo: Gyldendal
- Brook A. D., Ahrens T. S. & Schaiff R. (2000). Protocol directed sedation by nurses reduce the duration of mechanical ventilation in critically ill patients. *Evidence-Based Nursing 3(3)*, 82. DOI:10.1136/ebn.3.3.82
- Bucknall T. K. (2008). Protocol-directed sedation did not reduce duration of mechanical ventilation or hospital stay in ICU patients. *Evidence-Based Nursing 11 (4)*, 124. DOI:10.1136/ebn.11.4.124
- Christensen M. (2009). Advancing practice in critical care: a model of knowledge integration. *Nursing in Critical Care 14(2)*, 86-94
- Christensen M. & Hewitt-Taylor J. (2007). Patient empowerment: Does it still occur in the ICU? *Intensive and Critical Care Nursing 23(3)*, 156-161. DOI: 10.1016/j.iccn.2006.03.002
- Christensen M. & Hewitt-Taylor J. (2006). From expert to tasks, expert nursing practice redefined? *Journal of Clinical Nursing 15*, 1531-1539. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01601.x
- Christiansen B., Carlsten T. C. & Jensen K. (2009). Fagutviklingsykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. *Sykepleien Forskning 4(2)*, 100-106
- Coombs M. (2003). Power and Conflict in intensive care decision making. *Intensive and Critical Care Nursing 19*, 125-135. DOI: 10.1016/S0964-3397(03)00040-5

- Cummings G. G., Estabrooks C. A., Midodzi W. K. Wallin L. & Hayduk L. (2007). Influence of Organizational Characteristics and Context on Research Utilization. *Nursing Research* 56(4S), 24-39
- Cunningham C. & Gould D. (1998). Eyecare for the sedated patient undergoing mechanical ventilation: the use of evidence-based care. *International Journal of Nursing Studies* 35, 32-40
- Dartnell J., Hemming M., Collier J. & Ollenschlaeger G. (2008). Putting evidence into context: some advice for guideline writers. *Evidence-Based Nursing* 11(1), 6-8. DOI:10.1136/ebn.11.1.6
- Den norske lægeforenings strategigruppe for KOLS (2002): *Veileder til diagnose, behandling og forebygging av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)*. Hentet 11.11.2011 fra [http://www.legeforeningen.no/asset/13573/1/13573\\_1.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/13573/1/13573_1.pdf)
- Durham L. & Hancock H. C. (2006). Critical care outreach 1: an exploration of fundamental philosophy and underpinning knowledge. *Nursing in Critical Care* 11(5), 239-247
- Dybwik K. (2000). *Respiratorbehandling –lærebok for sykepleiere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dåvøy G. M. (2005). *Faglig skjønn på operasjonsavdelingen. En kvalitativ studie av operasjonssykepleieres bruk og utvikling av det faglige skjønn*. Masteroppgave i pedagogikk: Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Ehrenberg A. & Estabrooks C. A. (2004). Why Using Research Matters. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing* 31(2), 62-64
- Ekeland T. J. (2009). Hva er evidensen for evidensbasert praksis? I: H. Grimen & L. I. Terum, (red.). *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s.145-168). Oslo: Abstrakt forlag AS
- Ekeland T. J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat 06/04, Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo. Hentet 04.04. 2010 fra <http://www.hio.no/content/view/full/30398>

- Elstad I. (1984). Forord til den norske utgaven. I: F. Nightingale. *Håndbok i sykepleie. Hva det er og hva det ikke er*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S
- Eraut M. (2004). Transfer of knowledge between education and workplace settings. I: H. Rainbird et al. (eds). *Workplace learning in context*. London og New York: Routledge
- Eriksson K. (2009a). Etterord: Vision och mod. I: K. Martinsen & K. Eriksson (2009). *Å se og å innse* (s. 171-173). Oslo: Akribe AS
- Eriksson K. (2009b). Evidens – det sanna, det sköna, det goda och det eviga. I: K. Martinsen & K. Eriksson (2009). *Å se og å innse* (s.35-80). Oslo: Akribe AS
- Eriksson K., Nordman T. & Myllymäki I. (2002). *Den trojanske hest. Evidensbasering og sygepleje*. København: G.E.C. Gads Forlag
- Estabrooks C. A., Floyd J. A., Scott-Findlay S., O’Leary K. A. & Gushta M. (2003). Individual determinants of research utilization: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 43(5), 506-520
- Estabrooks C. A., Midodzi W. K., Cummings G. G. & Wallin L. (2007). Predicting Research Use in Nursing Organizations. A multilevel analysis. *Nursing Research* 56 (4S), 7-23
- Estabrooks C. A., O’Leary K. A., Ricker K. L. & Humphrey C. K. (2003). The Internet and access to evidence: how are nurses positioned? *Journal of Advanced Nursing* 42(1), 73-81
- Estabrooks C. A., Winther C. & Derksen L. (2004). Mapping the Field. A Bibliometric Analysis of the Research Utilization Literature in Nursing. *Nursing Research* 53(5), 293-303. Hentet 09.04.2010 fra [http://ezproxy.hsh.no:2091/sp-3.4.2a/ovidweb.cgi?&S=NHLOPDCKELHFKCJEFNBLAHOFMNMEAA00&Link+Set=S.sh.43%7c2%7csl\\_10](http://ezproxy.hsh.no:2091/sp-3.4.2a/ovidweb.cgi?&S=NHLOPDCKELHFKCJEFNBLAHOFMNMEAA00&Link+Set=S.sh.43%7c2%7csl_10)
- Etty R. N. (2010). *Opportunities for learning and knowledge creation in practice*. Doktorgradsavhandling, BI Norwegian School of Management
- Fangen K. (2010). *Deltagende observasjon (2. utgave)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

- Finansdepartementet (1998). *St.prp. nr. 65 (1997-98): Omprioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet 1998*. Hentet 07.11.2011 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/fin/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-65-1997-98-/3/2.html?id=282208>
- Flateland S., Kristiansen A. & Söderhamn U. (2011). Sykepleierstudenters læring – Læring gjennom deltakelse i refleksjonsgruppe. *Nordisk sygeplejeforskning 1*, 5-18. Hentet 11.11.2011 fra <http://ezproxy.hsh.no:2094/ts/nsf/2011/01/art01?highlight=flateland#highlight>
- Flemming K. (2007). The synthesis of qualitative research and evidence-based nursing. *Evidence-Based Nursing 10*, 68-71. DOI: 10.1136/ebn.10.3.68
- Foss Hansen H. & Rieper O. (2009). Evidensbevegelsens rødder, formål og organisering. I: H. Grimen & L. I. Terum (red.). *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 17-38). Oslo: Abstrakt forlag AS
- Fredriksen S. T. D. (2011). *Intensivpasientens gåtefulle kunnskap – om erfart kunnskap og kunnskapsformidling i en intensivkontekst*. Doktorgradsavhandling, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg, Sverige
- Fulbrook P. (2003). Developing best practice in critical care nursing: knowledge, evidence and practice. *Nursing in Critical Care 8*(3), 96-102.
- Gabbay J. & le May A. (2005). Primary care practitioners based everyday practice on internalized tacit guidelines derived through social interactions with trusted colleagues. *Evidence Based Nursing 8*, 94. DOI: 10.1136/ebn.8.3.94
- Gadamer H. G. (2010). *Sannhet og metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Gadamer H.G. (2003). *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag a.s.
- Galvin K. T. (2010). Revisiting caring science: some integrative ideas for the "head, hand and heart" of critical care nursing practice. *Nursing in Critical Care 15*(4), 168-175

- Gilje N. & Grimen H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Gjengedal E. (1993). Pasientopplevelser som grunnlag for kunnskapsutvikling. I: M. Kirkevold, F. Nortvedt & H. Alvsvåg (red.). *Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Graneheim U. H. & Lundman B. (2004). Content analysis in nursing research: concepts, procedures, and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Research Today* 24, 105-112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grimen H. (2009). Debatten om evidensbasering - -noen utfordringer. I: H. Grimen & L. I. Terum (red.). *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 191-222). Oslo: Abstrakt forlag AS
- Grimen H. (2008). Profesjon og kunnskap. I: A. Molander & L. I. Terum (red.). *Profesjonsstudier* (s. 71-86). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Grimen H. & Ingstad B. (2008). Kvalitative forskningsopplegg. I: P. Laake, B. R. Olsen & H. B. Benestad (red.). *Forskning i medisin og biofag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Grimen H. & Molander A. (2008). Profesjon og skjønn. I: A. Molander & L. I. Terum (red.). *Profesjonsstudier* (s. 179-196). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Grønvik C. K. U. (2007). *En kvalitativ studie av sykepleiere ved kirurgiske sengeposter sitt forhold til forskningsbasert kunnskap*. Mastergradsoppgave helsevitenskap, NTNU
- Gule L. (2008). Profesjon og flerkulturalitet. I: A. Molander & L. I. Terum (red.). *Profesjonsstudier* (s. 233-250). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Hagestad G. & Dannefer D. (2001). Concepts and Theories of Aging. Beyond Microfication in Social Science Approaches. I: R. H. Binstock and L. K. George (eds.). *Handbook of Aging and the Social Sciences*. San Diego: Academic Press
- Hams S. P. (2000). A gut feeling? Intuition and critical care nursing. *Intensive and Critical Care Nursing* 16, 310-318

- Hansen B. S. (2009). *Differences in intensive care nurses' and physicians' inter and intraprofessional understanding of protocol directed weaning from mechanical ventilation*. Doktorgradsavhandling ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger
- Hansen B. S. & Severinsson E. (2009). Dissemination of research-based knowledge in an intensive care unit – A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing* - in press. DOI: 10.1016/j.iccn.2009.02.005
- Hansen B. S. & Severinsson E. (2007). Intensive care nurses' perspectives of protocol-directed weaning – A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing* 23, 196-205. DOI: 10.1016/j.iccn.2007.03.001
- Haraldsen G. (1999). *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo: ad Notam Gyldendal
- Haugdahl H. S. (2004). *Intensivsykepleiernes kompetanse ved respiratoravvenning*. Hovedoppgave i Helsefag, Avdeling for sykepleie og helsefag, det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø
- Heggen K. (2010). Introduksjon til den norske utgaven. I: P. Benner, M. Suttphen, V. Leonard & L. Day. *Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer* (s. 9-22). Oslo: Akribes AS
- Heggen K. (2009). En dekonstruktiv nærlesning av arbeidsbok for sykepleiere. *Sykepleien Forskning* 4(1), 28-33. DOI: 10.4220/sykepleienf.2009.0039
- Heggheim T. & Solhaug A. Ø. (2004). Research Note: Taus kunnskap og ekspertmakt. *Beta* 01, 62-72. Hentet 11.11.2011 fra [http://www.idunn.no/ts/beta/2004/01/research\\_note\\_taus\\_kunnskap\\_og\\_ekspertmakt\\_1?highlight=heggheim#highlight](http://www.idunn.no/ts/beta/2004/01/research_note_taus_kunnskap_og_ekspertmakt_1?highlight=heggheim#highlight)
- Hofmann B. (2010). Evidenssirkus. *Sykepleien Forskning* 1, 4-5
- Hofstad E. (2009). Evidensialismen – en totalitær ideologi. *Sykepleien*. Publisert 04.01.2009 Hentet 08.04.2010 fra [http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vispdocument\\_id=118082](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vispdocument_id=118082)



- Holther H. (1996). Frå kvalitative metoder til kvalitativ samfunnsforskning. I: H. Holther & R. Kalleberg (red.). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning (2. utgave)* (s. 9-25). Oslo: Universitetsforlaget
- Høgskolen i Lillehammer (2009). *PPS. Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten*. Hentet 22.09.2011 fra [www.hil.no/hil/biblioteket/databaser/alfabetisk\\_liste/pps\\_praktiske\\_prosedyrer\\_i\\_sykepleietjenesten](http://www.hil.no/hil/biblioteket/databaser/alfabetisk_liste/pps_praktiske_prosedyrer_i_sykepleietjenesten)
- Janik A. (1996). *Kunnskapsbegreppet i praktisk filosofi*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion
- Jensen K. (2008). *Profesjonslæring i endring (ProLearn). Rapport til forskningsrådets KUL-progam2008*. Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo i samarbeid med Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo. Hentet 18.11.2011 fra <http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?c=Page&pagename=ForskningsradetNorsk%2FHovedsidemal&cid=1175003277667&querystring=prolearn&spell=true&filters=cssitename%2C!ForskningsradetEngelsk%2C%2Clangcodes%2Cno&isglobalsearch=true&configuration=nfrsearchersppublished>
- Jordheim H. (2003). Etterord: Gadamer's århundre – et omriss. I: H. G. Gadamer. *Forståelsens Filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter* (s. 94-118). Oslo: J. W. Cappelens Forlag a.s.
- Kahn J. M. (2009). Disseminating clinical trial results in critical care. *Critical Care Medicine* 37(1, Suppl.), 147-153. DOI: 10.1097/CCM.0b013e3181920fa3
- Kalleberg R. (1996). Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog. I: H. Holther & R. Kalleberg (red.). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning (2. utgave)* (s. 26-72). Oslo: Universitetsforlaget
- Karlsen T. (2010). *Trygt, lærerikt og realistisk... både, ja... og ...nei. En intervjuundersøkelse av hvordan intensivsykepleiere og studenter i videreutdanning i intensivsykepleie oppfatter å delta i fullskala simulering av akutt situasjoner med fokus på teamarbeid*. Mastergradsoppgave ved Høgskolen i Gjøvik, avdeling for Helse, Omsorg og Sykepleie.
- Keller K. B. & Raines D. A. (2005). Arrhythmia knowledge: A Qualitative study. *Heart and Lung* 34(5), 309-316

- Kierkegaard S. (1962). *Samlede værker. Bind 18 & 19*. Copenhagen: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A.S.
- Kirkevold M. (1996). *Vitenskap for praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Krueger R. A. & Casey M. A. (2009). *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research (4<sup>th</sup> edition)*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications Inc.
- Krueger R. A. (1998). *Analyzing & Reporting Focus Group Results*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.
- Kunnskapsdepartementet (2009). *Kvalifikasjonsrammeverk for høyere utdanning*. Hentet 19.11.2011 fra [http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/hoyere\\_utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk.html?id=564809](http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/hoyere_utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk.html?id=564809)
- Kvale S. & Brinkmann S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju (2. utgave)*. Oslo: Gyldendals Norsk Forlag AS
- Larrabee J. H. (2009). *Nurse to Nurse. Evidence-Based Practice*. New York: McGraw-Hill Companies
- Labeau S. O., Witdouch S. S., Vandijck D. M., Claes B., Rello J., Vandewoude K. H., Lizy C. M...Blot, S. I. (2009). Nurses Knowledge of Evidence-Based Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. *Worldviews on evidence-based nursing* 7(1), 16-24
- Lehwaldt D. & Timmins F. (2005). Nurses knowledge of chest drain care: an exploratory descriptive survey. *Nursing in Critical Care* 10(4), 192-200
- Levi R. (2009). *Vettigare vård. Evidens och kritiskt tänkande i vården*. Stockholm: Norstedts
- Lewin D. & Piper S. (2007). Patient empowerment within a coronary care unit: Insights for health professionals drawn from a patient satisfaction survey. *Intensive and Critical Care Nursing* 23(2), 81-90. DOI: 10.1016/j.iccn.2006.09.003
- Lincoln Y. S. & Guba E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. California: SAGE Publications, Inc
- Lindh I. B., Severinsson E. & Berg A. (2008). Exploring student nurses' reflections on moral responsibility in practice. *Reflective Practice* 9(4), 437-448. DOI: 10.1080/14623940802431713

- Lykkeslet E. (2003). *Bevegelig handlingskunnskap. En studie i sykepleiens praksis*.  
Doktorgradsavhandling: Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.
- Malterud K. (2010). Levende kunnskap. I: Michael Quarterly. *Symptomer som kunnskapskilde. Kvalitative metoder I allmennt medisinsk forskning*. Nr7 ( suppl. 9, s. 88-93). Oslo: Det norske medisinske Selskab
- Malterud K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning (2. utgave)*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Manias E. & Street A. (2001). The Interplay of knowledge and decision making between nurses and doctors in critical care. *International Journal of Nursing Studies* 38, 129-140
- Mangen E. (2009). *Kunnskapsbasert praksis angår alle, også ergoterapeuter. En kvalitativ studie av ergoterapeuters forståelse av kunnskapsbasert praksis*. Masteroppgave i helsefagvitenskap, Universitetet i Oslo.
- Martinsen K. (2009a). Evidens – begrensende eller opplysende? I: K. Martinsen & K. Eriksson. *Å se og å innse*. Oslo: Akribe AS
- Martinsen K. (2009b). Evidens – begrensende eller opplysende. *Ergoterapeuten*, 52(11), 24-29
- McCaughan D., Thompson C., Cullum N., Sheldon T. A. & Thompson D. R. (2002). Acute care nurses' perceptions of barriers to using research information in clinical decision-making. *Journal of Advanced Nursing* 39(1), 46-60
- McHugh M. D. (2010). Daily multidisciplinary team rounds associated with reduced 30-days mortality in medical intensive care unit patients. *Evidence Based- Nursing* 13, 91-92. DOI: 10.1136/ebn1066
- Meijers J. M. M., Janssen M. A. P., Cummings G. G., Wallin L. Estabrooks C. A. & Halfens R. Y. G. (2006). Assessing the relationship between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing* 55(5), 622-635

- Meyrick J. (2006). What is Good Qualitative Research? A First Step towards a Comprehensive Approach to Judging Rigour/ Quality. *Journal of Health Psychology* 11(5), 799-808. DOI: 10.1177/1359105306066643
- Milner M., Estabrooks C. A. & Myrick F. (2006). Research utilization and clinical nurse educators: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 12(6), 639-655. DOI:10.1111/j.1365-2753.2006.00632.x
- Molander B. (2001). Kunnskapsmångfald och olika kunskapstraditioner. I: H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal & M. Råheim (red.). *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer.* (s. 124-146). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Morgan D. L. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research, Second Edition.* Thousand Oaks, California: SAGE publications, Inc.
- Mæhre K. S. (2009). Faglig skjønn, risikokunnskap i klinisk praksis. *Klinisk sygepleje* 23(4), 4-11
- Newman M., Papadopoulos I. & Melifonwu R. (2000). Developing organizational systems and culture to support evidence-based practice: the experience of the Evidence-Based Ward Project. *Evidence Based-Nursing* 3, 103-304. DOI: 10.1136/ebn.3.4.103
- Newmark M., Thompson C. & Roberts A. P. (2006). Helping practioners understand the contribution of Qualitative research to evidence-based practice. *Evidence-Based Nursing* 9, 4-7. DOI: 10.1136/ebn.9.1.4
- Nielsen L. L. & Pedersen P. U. (2008). Barrierer for anvendelse af forskning blandt kliniske sygeplejersker. *Sygeplejersken* 5, 50-54
- Nightingale, F. (1980 [1859]). *Notes on Nursing.* Edinburgh: Churchill Livingstone
- Nordgren L., Asp M. & Fagerberg I. (2008). The use of qualitative evidence in clinical care. *Evidence-Based Nursing* 11, 4-5. DOI: 10.1136/ebn.11.1.4
- Norman A.K. (2008). Bruker eller pasient. *SMH-nytt* 33,1-2. Hentet 23.11.2011 fra <https://bells.uib.no/index.php/smhn/article/viewFile/8/7>

- Normann, L. (2008). Forord. I: M. W. Nortvedt, G. Jamtvedt, B. Graverholt, & L. M. Reinart. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Norsk Intensivregister (2011). *Årsrapport 2010*. Publisert 14.11.11. Hentet 22.11.11 fra <http://www.intensivregister.no/Annet/%C3%85rsrapportar/tabid/55/Default.aspx>
- Norsk Sykepleierforbund, NSF (u.å.) *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. Hentet 13.11.2011 fra <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>
- Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, NSFLIS (u.å.a). *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere*, (vedtatt 2002). Hentet 20.11.2011 fra <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/125359/Funksjonsbeskrivelse-for-intensivsykepleier>
- Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, NSFLIS (u.å.b). *Rammeverk for kvalitetsmål i intensivsykepleie*. Hentet 07.11.2011 fra <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/125362/Rammeverk-for-kvalitetsmaal-i-intensivsykepleie>
- Nortvedt M. W. & Jamtvedt G. (2009). Kunnskapsbasert praksis: Engasjerer og provoserer. *Sykepleien* 97(07), 64-69. DOI: 10.4220/sykepleiens.2009.0042
- Nortvedt M. W., Jamtvedt G., Graverholt B. og Reinart L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Nortvedt P. & Grimen H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- NOU 2005:3 (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse og Omsorgsdepartementet. Hentet 20.11.2011 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03.html?id=152579>
- Ott B. B. (2010). Progress in Ethical Decision Making in the Care of the Dying. *Dimensions of Critical Care Nursing* 29(2), 73-80

- Pasientrettighetsloven. *Lov om pasientrettigheter av 02 juli 1999, nr 63. Sist endret 09 april 2010 nr 13*. Hentet 20.11.2011 fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>
- Paterson B. (2001). Myth of empowerment in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing* 34, 574-581
- Paulgaard G. (1997). Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler? I: E. Fossåskaret, O. L. Fuglestad & T. H. Aase. *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data* (s. 70-93). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Pearson A. (2006). Powerful caring. *Nursing Standard. Harrow-on-the-Hill* 20(48), 20-23  
Hentet 27.01.2011 fra ProQuest: <http://proquest.umi.com/pqdlink?vinst=PROD&fmt=3&starpage=-1&ver=1&vname>.
- Pearson A., Field J. & Jordan Z. (2007). *Evidence-Based Clinical Practice in Nursing and Health Care*. Oxford: Blackwell Publishing
- Pirret A. M. (2007). The level of knowledge of respiratory physiology articulated by intensive care nurses to provide rationale for their clinical decision-making. *Intensive and Critical Care Nursing* 23(3), 145-155. DOI: 10.1016/j.iccn.2006.11.004
- Polanyi M. (2000). *Den tause dimensjonen. En introduksjon til taus kunnskap*. Oslo: Spartacus Forlag AS
- Polit D. F. & Beck C. T. (2012). *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (Ninth Edition)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins
- Polit D. F. & Beck C. T. (2010). *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (Seventh Edition)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Profetto-McGrath J., Hesketh K. L., Lang S. & Estabrooks C. A. (2003). A Study of Critical Thinking and Research Utilization Among Nurses. *Western Journal of Nursing Research* 25(3), 322-337. DOI: 10.1177/0193945902250421

- Pross E., Boykin A. B., Hilton N. & Gabuat J. (2010). A Study of Knowing as Caring. *Holistic Nursing Practice* 24(3), 142-147
- Ramsdal H. (2009). Fra kunnskap til organisatorisk praksis. I: H. Grimen & L. I. Terum (red.). *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 169-190). Oslo: Abstrakt forlag AS
- Repstad P. (2007). *Mellom nærhet og distance. Kvalitative metoder i samfunnsfag (4 utgave)*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Rose L. & Nelson S. (2006). Issues in weaning from mechanical ventilation: litteratur review. *Journal of Advanced Nursing* 54(1), 73-85
- Sackett D. L. (1998) Evidence-Based Medicine. *Spine* 23(10),1085-1086
- Sackett D.L. (1997). Evidence-based medicine and treatment choices. *The Lancet* 349, 570
- Sackett D. L. & Rosenberg W. M. C. (1995). The need for evidence-based medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine* 88, 620-624
- Sackett D. L., Rosenberg W. M. C., Gray M. J. A., Haynes R. B. & Richardson S. (1996). Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312 (7023), 71-72
- Schön D. A. (2001) *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Århus: Forlaget Klim
- Scott-Findlay S. & Estabrooks C. A. (2006). Mapping the organizational culture research in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), 498-513
- Schneiderman L. J., Gilmer T. & Teetzel H. D. (2000). Impact of ethics consultations in the intensive care setting: a randomized, controlled trial. *Critical Care Medicine* 28, 3920-3924
- Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen & Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjensten (u.å.). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 28. 04.2010 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=6>

- Skjervheim H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo:Aschehoug. Hentet 23.11.2011 fra [http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2010062120010#&struct=DIV78](http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2010062120010#&struct=DIV78)
- Skår R. (2010a). *Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse. En studie av sykepleierers læringserfaringer*. Doktorgradsavhandling, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen
- Skår R. (2010b). Knowledge use in nursing practice: The importance of practical understanding and personal involvement. *Nurse Education Today* 30, 132-136. DOI: 10.1016/j.nedt.2009.06.012
- Slagstad R. (2008). Profesjoner og kunnskapsregimer. I: Molander, A. & Terum, L. I. (2008): *Profesjonsstudier* (s. 54-68). Oslo: Universitetsforlaget
- Slagstad R. (2006). Skiftende kunnskapsregimer. I: *Kunnskapens hus del III* (s. 169-206). Oslo: Pax forlag
- Smith C. M. (2005). Origin and Uses of Primum Non Nocere- Above All, Do No Harm! *The Journal of Clinical Pharmacology* 45(4), 371-377. DOI: 10.1177/0091270004273680. Hentet 20.11.2011 fra <http://jcp.sagepub.com/content/45/4/371.short>
- Sorknes N. (2008). Norsk overvåking av infeksjoner i helsetjenesten med fokus på intensivavdelinger (NOIS-intensiv). Hentet 17.11.2011 fra [www.fhi.no/dav/d0f523f879.ppt](http://www.fhi.no/dav/d0f523f879.ppt)
- Spjelkevik M. L. (2000). *Sykepleieforskning – gjemt, glemt eller til praktisk nytte?* Hovedoppgave ved institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.
- Stewart D. A., Shamdasani P. N. & Rook D. W. (2007). *Focus Groups, Theory and Practice (Second Edition)*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.
- Storli S. L. (2001). Dagbok og oppfølgingssamtale som kilder til forståelse av intensivtid. I: E. Gjengedal & R. Jakobsen (red). *Sykepleie – praksis og utvikling* (s. 394-405). Oslo: J. W. Cappelens forlag a.s.
- Svanholm J. (2007). Evidensbasert sykepleje. Kritisk tilgang nødvendig. *Sykeplejersken* 2007(4), 38-42



- Taylor-Piliae R. E. (1998). Establishing evidence-based practice: issues and implications in critical care nursing. *Intensive and Critical Care Nursing 14*, 30-37
- Terum L. I. og Grimen H. (2009). Profesjonsutøvelse – kvalitet og legitimitet. I: H. Grimen & L. I. Terum (red.). *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 9-16). Oslo: Abstrakt forlag AS
- Thaysen H. V., Mainz H. & Bjørnshave B. (2008). Erfaringer med kvalitetsvurdering af kliniske retningslinjer. *Sygeplejersken 24*, 56-60
- Thompson C. (2009). A beginners guide to probability. *Evidence Based Nursing 12* (3), 67-70. Doi: 10.1136/ebn.12.3.67
- Thompson C., Cullum N., McCaughan D., Sheldon T. & Raynor P. (2004). Nurses, information use, and clinical decision making – the real world potential for evidence-based decisions in nursing. *Evidence Based-Nursing 7*(3), 68-72
- Thompson C., Dagleish L., Bucknall T., Estabrooks C., Hutchinson A. M., Fraser K.... Saunders J. (2008). The Effect of Time Pressure and Experience on Nurses' Risk Assessment Decisions. *Nursing Research 57*(5), 302-311
- Thompson C., McCaughan D., Cullum N., Sheldon T. A., Mulhall A. & Thompson D. R. (2001). Research information in nurses' clinical decision-making: what is useful? *Journal of Advanced Nursing 36*(3), 376-388
- Thompson C., McCaughan D., Cullum N., Sheldon T. A., Mulhall A. & Thompson D. R. (2001). The accessibility of research-based knowledge for nurses in United Kingdom acute care settings. *Journal of Advanced Nursing 36*(1),
- Thompson C., McCaughan D., Cullum N., Sheldon T. A. & Raynor P. (2005). Barriers to evidence-based practice in primary care nursing – why viewing decision-making as context is helpful. *Journal of Advanced Nursing 52*(4), 432-444
- Thompson D. S., Moore K. N. & Estabrooks C. A. (2008). Increasing research use in nursing: implications for clinical educators and managers. *Evidence-Based Nursing 11*(2), 35-39. DOI: 10.1136/ebn.11.2.35

- Thompson G. N., Estabrooks C. A. & Degner L. F. (2006). Clarifying the concepts in knowledge transfer: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 53(6), 691-701
- Thorne S. (2006). Reflections on "Helping practitioners understand the contribution of Qualitative research to evidence-based practice". *Evidence-Based Nursing* 9, 7-8.  
DOI: 10.1136/ebn.9.1.7
- Thornquist E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Universitetet i Oslo (2010). *Retningslinjer for å avstå fra hjerte-lunge-redning (HLR minus)*. Hentet 11.11.2011 fra <http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/helsejuss/dokumenter/retningslinjer.html>
- Universitetet i Oslo (u.å.). *Etikk i Helsetjenesten*. Hentet 01.11.2011 fra <http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/>
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie*. Hentet 08.11.2011 fra [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan\\_for\\_intensivsykepleie\\_05.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf).
- Vandijck D. M., Labeau S. O. & Blot S. I. (2008). Letter to the editor: Level of knowledge articulated by intensive care nurses and clinical decision-making. *Intensive and Critical Care Nursing* 24(1), 6-7. DOI: 10.1016/j.iccn.2007.06.005
- Vandvik P. O. (2009). Evidensbasert medisin, uvurderlig verktøy for klinikere. I: H. Grimen & L.I. Terum (red). *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s.111-124). Oslo: Abstrakt forlag AS
- Vincent J. L. & Singer M. (2010). Critical Care: advances and future perspective. *Lancet*: 376,1354-61
- Værland I. E. (2007). *Evidensbasert sykepleie i møtet med praksis*. Mastergradsoppgave, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.
- Wadel C. (2008). *Jeg er mine sosiale relasjoner, å tenke sosialt om seg selv*. Flekkefjord: SEEK a/s

- Wadel C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur, en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK AS
- Wallin L., Estabrooks C. A., Midodzi W. K. & Cummings G. G. (2006). Development and Validation of a Derived Measure of Research Utilization by Nurses. *Nursing Research* 55(3), 149-160
- Weber S. (2007). Critical care nurse practitioners and clinical nurse specialists interface patterns with computer-based decision support systems. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners* 19(11), 580-590
- Wenger E. (2004). *Praksisfællesskaber. Læring, mening og identitet*. København: Hans Reitzels Forlag
- Westin S. & Krogstad S. (2003). Folkehelse og sosial ulikhet. I: Ø. Larsen, A. Alvik, K. Hagestad & M. Nylenna (red). *Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge*. Oslo: Gyldendal
- Wibeck V. (2010). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur AB
- Wikipedia (u.å.a.). Elektrokardiogram. Hentet 16.11.2011 fra <http://no.wikipedia.org/wiki/Elektrokardiogram>
- Wikipedia (u.å.b.). Catch 22. Hentet 24.11.2011 fra [http://en.wikipedia.org/wiki/Catch-22\\_%28logic%29](http://en.wikipedia.org/wiki/Catch-22_%28logic%29)
- Wilkin K. & Slevin E. (2003). The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 13, 50-59
- Willman A. Stoltz P. & Bathsevani C. (2007). *Evidensbaseret sygepleje – en bro mellom forskning og den kliniske virksomhed*. København: Gads Forlag
- Witmer D. & Cullum N. (1999). Continuing professional development in Canada and the UK: how evidence-based resources can help. *Evidence Based-Nursing* 2, 71-72. DOI: 10.1136/ebn.2.3.71

Wueste D. E. (2005). A Philosophical yet user-friendly framework for ethical decision making in critical care nursing. *Dimension of Critical Care Nursing* 24(2), 70-79

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, godkjent 2007, (2009). Hentet 18.11.2011 fra [https://www.sykepleierforbundet.no/Content/143292/Yrkesetiske\\_retningslinjer.PDF](https://www.sykepleierforbundet.no/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF)

Ödman P. J. (2007). *Tolkning, förståelse, vetande. Hermeneutik i teori och praktikk*. Stockholm: Norstedts Akademiske Förlag

# Vedlegg 1

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Astrid Karin Berland  
Avdeling for helsefag, Haugesund  
Høgskolen Stord/ Haugesund  
Bjørnsonsgate 45  
5528 HAUGESUND

Vår dato: 18.01.2011

Vår ref:25853 / 3 / RKH

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

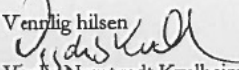
Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.12.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

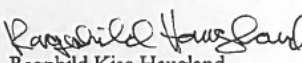
25853	<i>Intensivsykepleieres kunnskapsgrunnlag</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen Stord/ Haugesund, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Astrid Karin Berland</i>
Student	<i>Heidi B. Bringsvor</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html).

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen  
  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Ragnhild Kise Haugland

Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland tlf: 55 58 83 34  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Heidi B. Bringsvor, Alvseike, 5576 ØVRE VATS

## Vedlegg 2

### Personvernombudet for forskning



#### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 25853

Formålet med prosjektet er å undersøke hva intensivsykepleiere bygger sitt kunnskapsgrunnlag på i utøvelsen av sykepleie.

Utvalget består av 24-32 intensivsykepleiere fra fire ulike avdelinger fordelt på tre sykehus. Utvalget rekrutteres gjennom ledelsen ved de respektive avdelingene. Utvalget får skriftlig informasjon om prosjektet, og de som ønsker å delta samtykker skriftlig.

Opplysningene samles inn gjennom gruppeintervju. Det gjøres lydopptak av intervju, men lydopptakene skal ikke lagres på/overføres til PC. På telefon 18.01.2011 bekrefter studenten at intervjutranskripsjonene vil være anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller kontaktopplysninger, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

Ettersom det ikke skal behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller opprettes et manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger, vil prosjektet ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

## Vedlegg 3

H|eidi B Bringsvor  
Alvseike  
5576 ØVRE VATS  
[heidi.og.jan-inge@c2i.net](mailto:heidi.og.jan-inge@c2i.net)  
tlf: 90938213 / 52762011

20.01.2011

Direktør,

Postboks .

### Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre en studie.

Jeg er mastergradsstudent ved Høgskolen Stord/ Haugesund, i samarbeid med Høgskolen i Volda. Jeg holder nå på med min avsluttende masteroppgave som har intensivsykepleieres kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse som tema. Prosjektet har som formål å undersøke hva intensivsykepleiere bygger sine handlinger i selve praksisutøvelsen på.

Studien er lagt opp som en kvalitativ studie, der jeg ønsker å utføre fokusgruppeintervju med intensivsykepleiere ved fire ulike avdelinger, deriblant

Jeg ønsker i utgangspunktet å gjennomføre et fokusgruppeintervju ved hver avdeling.

Fokusgruppen bør ha en størrelse på 6-8 intensivsykepleiere. Selve intervjuet vil ta ca to timer. Jeg håper fokusgruppeintervjuet kan gjennomføres tidlig i februar 2011, - etter nærmere avtale. Det vil benyttes båndopptager under fokusgruppeintervjuet. Data som gis vil bli behandlet konfidensielt og anonymiseres. Deltakelse er frivillig. Se også vedlagt informasjon til deltakere. Det er ønskelig med variasjon i erfaring / tid etter videreutdanning blant deltakerne og jeg vil trenge hjelp til å videreformidle informasjon og forespørre aktuelle deltakere.

Prosjektplan for undersøkelsen er godkjent av studieinstitusjonen og studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Ved spørsmål vennligst ta kontakt med meg på telefon 90938213, eller e-post: [heidi.og.jan-inge@c2i.net](mailto:heidi.og.jan-inge@c2i.net) eller med min veileder, førstelektor Astrid Karin Berland ved Høgskolen Stord/ Haugesund, telefon 52702717, e-post: [astrid.berland@hsh.no](mailto:astrid.berland@hsh.no).

Håper på positiv respons.

Med vennlig hilsen

*Heidi B Bringsvor*  
Heidi B Bringsvor

## Vedlegg 4



Heidi B. Bringsvor

Alvseike  
5576 ØVRE VATS

Deres ref:

Vår ref: 2011/412-  
3668/2011

Offl. § 13, jf  
fv. § 13 nr. 1

### **Anmodning om gjennomføring av studie - Bringsvor**

Viser til ditt brev datert 20.01.2011 vedrørende gjennomføring av masteroppgave.

Jeg vil herved meddele at ledelsen stiller seg positive til din studie og innvilger ditt ønske om å utføre fokusgruppeintervju ved intensivavdelingen

Fokusgruppeintervju skal avtales i samarbeid med avdelingens ledere og må gjennomføres i arbeidstiden uten påføring av ekstra kostnader. Alternativt må intervjuene foregå på fritiden og således avtales med den enkelte medarbeider.

Klinikkdirektør

Intern kopi:



## Vedlegg 5

### Forespørsel om deltagelse i forskningsstudie.

Jeg er intensivsykepleier og nå mastergradsstudent ved Høgskolen Stord / Haugesund, i samarbeid med Høgskulen i Volda. Jeg holder på med min avsluttende masteroppgave. Denne handler om intensivsykepleieres kunnskapsgrunnlag for praksisutøvelse. Prosjektet har som formål å undersøke hva intensivsykepleiere bygger sine handlinger i selve praksisutøvelse på.

For å undersøke dette har jeg valgt en kvalitativ tilnærming med fokuserte gruppeintervju av intensivsykepleiere ved 4 ulike avdelinger, fordelt på 3 sykehus. Jeg ønsker å samtale med 6-8 intensivsykepleiere i hver gruppe, -slik at den enkelte gruppe vil bestå av 6-8 intensivsykepleiere som arbeider ved samme sykehus, meg selv og en medhjelper (Jorunn Alendal) som skal passe på det praktiske ved opptak og lignende. Samtalen med den enkelte gruppe håper jeg vil finne sted i februar 2011 og vil vanligvis ha en varighet på ca 2 timer.

Hvis du samtykker i å delta i studien vil tid og sted for gruppesamtalen bli avtalt. Samtalen vil bli tatt opp på bånd og så skrevet ut. Både lydbånd og utskrifter vil bli oppbevart nedlåst. Utskriftene vil bli aidentifisert slik at det ikke vil være mulig å identifisere deg eller din avdeling. Opptakene slettes før oppgaven er ferdig, innen desember 2011, men det kan være aktuelt å presentere resultatene i artikkelform i løpet av våren 2012, slik at hele prosjektet ansees avsluttet i juni 2012. Det er videre et poeng at deltakelse i prosjektet er frivillig og at du eller din avdeling kan trekke dere fra studien på hvilket som helst tidspunkt før publisering. Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

For å kunne delta må du være intensivsykepleier i pasientnært arbeid og ikke inneha lederposisjoner eller være fagutviklingsykepleier. Om du ønsker å delta i en slik gruppesamtale ber jeg deg fylle ut svarslipp for skriftlig samtykke og levere denne til din leder. Jeg vil deretter ta kontakt med hver enkelt for å avklare nærmere tid og sted for samtalen. Forberedelse til samtalen er ikke nødvendig. Dersom du ønsker flere opplysninger kan jeg kontaktes på telefon; 90938213. Du kan også kontakte min veileder, førstelektor Astrid Karin Berland ved Høgskolen Stord/ Haugesund, med telefonr; 52702717.

Jeg takker for at du har tatt deg tid til å lese denne informasjonen og håper du vil delta i prosjektet.

Med vennlig hilsen

  
Heidi B Bringsvor

## Vedlegg 6

Jeg har lest informasjonen ovenfor og ønsker / ønsker ikke å være med i undersøkelsen.

.....

Dato

Underskrift

Telefonnummer privat

## Vedlegg 7

Spørsmålsrettleder / Temaguide (ingen fast rekkefølge):

### Hva er kunnskap –

- Hva legger dere i begrepet kunnskap?
- Hvilke assosiasjoner får dere i forhold til begrepet?
- Hvilke kunnskaper anvender dere i praksis i dag?
- (Eksempel; forskningsbasert, teoretisk, praktisk, erfaringsbasert, taus, sosial, etisk, ”know-how” osv).
- Kan dere gi eksempel (fra deres egen praksisutøvelse)?

### Hva er kunnskapsbasert praksis /evidensbasering –

- Hva legger dere i begrepet kunnskapsbasert praksis?
- Hva legger dere i begrepet evidensbasert kunnskap?
- Hva legger dere i begrepet evidensbasert praksis?
- Hvilke assosiasjoner får dere?
- I hvilken grad anvender dere dette i dag?
- Eksemplifiser

### Hva er forskningsbasert kunnskap –

- Hva legger dere i begrepet forskningsbasert kunnskap?
- Hvilke assosiasjoner får dere i forhold til begrepet?
- Tanker om i hvilken grad dere anvender det i praksis i dag?
- Tanker om på hvilken måte/ hvordan dere anvender det i praksis i dag? (eks protokoller, retningslinjer, prosedyrer basert på forskning osv) Eksemplifiser.
- Opplever dere forventninger om bruk av forskningsbasert kunnskap? På hvilken måte? Fra hvem?
- Tilgang på forskningsbasert kunnskap?
  - Hvordan holder dere dere faglig oppdatert?
  - Tilrettelegging for faglig oppdatering?
  - Erfaring med å lese forskningsartikler? Databaser? Opplæring?

- Opplever dere barrierer for bruk av forskningsbasert kunnskap? (kontekst, system, individ –nivå)

### **Hva er erfaringsbasert kunnskap –**

- Hva legger dere i erfaringsbasert kunnskap?
- Hvilke assosiasjoner får dere i forhold til begrepet?
- Tanker om i hvilken grad/ hvordan dere anvender det i praksis?
- Opplever dere forventninger om bruk? På hvilken måte? Fra hvem?
- Tilgang på erfaringer? Egen praksis / andre?
- Eksemplifiser

### **Hva er brukerkunnskap /brukermedvirkning –**

- Hva legger dere i begrepet brukerkunnskap/ brukermedvirkning?
- Hvilke assosiasjoner får der i forhold til begrepet?
- Tanker om i hvilken grad det anvendes i praksis?
- Opplever dere forventninger om bruk? På hvilken måte? Fra hvem?
- Tilgang til? / Barrierer?
- Eksemplifiser

### **Skjønnsbegrepet**

**Taus**

**Etisk**

**Sosial**

**Medisinsk med mer**

**Heterotelisk**

**Helhet**

## Vedlegg 8

Matrise, sidetall hvor står omtalt i transkripsjonene.

	Intervju A	Intervju B	Intervju C	Intervju D
Teori	2,3,4,5,8,13,14,15,16,17	1,2,3,5,8,9,10,12,1,3,17,24	1,2,3,4,7,8,12	1,2,3,4,5,8,14,15
Forsknings-basert	3,4,5,8,9,14,15,16,17	1,2,3,8,9,12,17,30	1,2,3,4,5,8	2,3,5,7,8,14,17
Kilder til forskning	3,4,5,8,9,14,15	2,3,8,9,10,12,13,17,30	1,2,3,8	3,5,7,14,17
Nat vit kunnskap	14	1,3,5	8	4,8
Spl-teori /begreper	10,	1,	12	1,2,3,18
Lover /Regler mm	9	19,20,22,26	7	8,14
Utdanning / Kurs	3,17,18	11,13,28	1,3,14	1,2,8,14,15
EBK: erfaring	1,2,3,5,10,11,12,13	1,5,6,13,14,15,28	1,2,5,6,8,10,15	2,3,4,4,5,6,18
E: skjønn	3,10,11	1,2,5,13		15,16,
E: klinisk blikk	10	28	8,9	15,16
E:samhandl /refleksjon	14,15,16	12,14,15,20,21	9,10	6
E: taus kunnskap	9,10	7,24	8,9,10	15,16
E: livs-erfaring	15	7,14	7,12	3
Kunnskap samhandl.	2,3,5,6,8,15	2,7,8,11,12,14,15,16	3,5,6,	1,6,9,17
KS: kollega	3,4,6	11,12,23	5,6	17
KS: kultur	2,3,15	14,15,20	5,8,10,13	6,13,14
KS: klinisk ekspertise	4,5,6,6	2,6,7,8,16,19,23	3,5,6	1,6,9,10,17,18
Bruker-kunnskap	8,9,11,12,16,17	17,18,19,20,21,22,28,26,27,30	6,7,12,	11,12,13
Helhet/ Personlig	1,13,14,15,,16	2,6,9,11,12,13,20,23,24,29	4,,7,9,12,13	3,8,14,18
KBP/ evidens	1,8	10,16,17	(5),11,14	16