

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2012 nr. 4

**Forståelse og ferdigheter innenfor  
kunnskapsbasert praksis hos sykepleiere og  
sykepleierstudenter i praksisfeltet  
- granskning av fagprosedyrer**

Heidi Ramsrud, Leena Heinonen,  
Elin Stikbakke, Inger S. Johansson



Høgskolen i Gjøvik  
2012

ISSN: 1890-520X

ISBN: 978-82-91313-97-9

## INNHold

<b>1.0 BAKGRUNN</b> .....	s. 5
1.1 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS .....	s. 6
1.2 KUNNSKAPSBASERTE PROSEDYRER .....	s. 7
<b>2.0 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING</b> .....	s. 8
2.1 MÅL .....	s. 8
2.1.1 Delmål 1 .....	s. 8
2.1.2 Delmål 2.....	s. 8
2.2 PROBLEMSTILLING .....	s. 9
2.3 OMSTENDIGHETER I PRAKSISFELTET.....	s. 9
2.4 PLANLEGGING AV PROSJEKTET.....	s. 9
<b>3.0 UNDERVISNING I KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS OG SØKEPROSESS</b> .....	s. 11
3.1 FØRSTE OMGANGS GRUPPEARBEID MED PROSEDYRENE.....	s. 11
3.1.1 Subcutan veneport (VAP).....	s. 11
3.1.2 Ventrikkelsonde via nesen.....	s. 14
3.2 ANDRE OMGANGS GRUPPEARBEID MED PROSEDYRENE.....	s. 16
3.2.1 Å sette klyster .....	s. 16
<b>4.0 EVALUERING AV PRAKSISPROSJEKTET</b> .....	s. 18
4.1 METODE .....	s. 18
4.1.1 Utvalg.....	s. 19
4.1.2 Gjennomføring av fokusgruppeintervju.....	s. 20
4.1.3 Dataanalyse.....	s. 20
4.1.4 Etske aspekter.....	s. 20
<b>5.0 RESULTAT</b> .....	s. 20
5.1 LÆRING AV KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS.....	s. 21
5.2 VALG AV PROSEDYRENE .....	s. 22
5.3 SAMARBEIDET .....	s. 23
5.4 KUNNSKAPSFORMLING .....	s. 25
5.5 UTBYTTE AV PROSJEKTET .....	s. 26
<b>6.0 DISKUSJON</b> .....	s. 27
6.1 METODEDISKUSJON.....	s. 27
6.2 RESULTATDISKUSJON.....	s. 29
6.2.1 Læring av kunnskapsbasert praksis.....	s. 30
6.2.2 Valg av prosedyrene.....	s. 31

6.2.3 Samarbeidet.....	s. 31
6.2.4 Kunnskapsformidling.....	s. 32
6.2.5 Utbytte av prosjektet.....	s. 33
<b>7.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.....</b>	<b>s. 34</b>
LITTERATURLISTE.....	s. 36
Vedlegg 1: ”VAP – innleggelse, stell og bruk”.....	s. 41
Vedlegg 2: ”Sykepleieprosedyre ved nedlegging av ventrikkelsonde via nesen”.....	s. 42
Vedlegg 3: ”Å sette klyster”.....	s. 43
Vedlegg 4: Intervjuguide.....	s. 44
Vedlegg 5: Forespørsel om deltagelse i fokusgruppeintervju .....	s. 46

## **FORORD**

Utdanningskvalitet og styrking av praksisundervisningen er av stor betydning. Etter flere endringer både i høgskolesektoren og helsetjenesten, stilte kunnskapsdepartementet prosjektmidler til disposisjon for samarbeidsprosjekter mellom praksisarenaene og sykepleierutdanningen. Prosjektet fikk midler fra disse og er et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Gjøvik, seksjon for sykepleie og Sykehuset Innlandet Gjøvik, medisinsk og kirurgisk avdeling, gjennomført 2010-2011. Hensikten var å utvikle forståelse og ferdigheter innenfor kunnskapsbasert praksis hos sykepleiere og sykepleierstudenter i praksisfeltet

Prosjektgruppen har bestått av:

Leena Heinonen (prosjektleder), Seksjon for sykepleie, Høgskolen i Gjøvik,

Heidi Ramsrud (spesialsykepleier og prosjektmedarbeider) medisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet Gjøvik

Elin Stikbakke, (spesialsykepleier og prosjektmedarbeider) medisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet Gjøvik.

Fokusgruppeintervjuet er transkribert og analysert av Heidi Ramsrud, rapporten er skrevet av Heidi Ramsrud, Leena Heinonen har vært medforfatter i introduksjonskapittelet.

Leena Heinonen, Heidi Ramsrud og Elin Stikbakke har vært ansvarlig for gjennomføringen av arbeidet med prosedyrene i prosjektet.

Veileder: Professor Inger S. Johansson, Høgskolen i Gjøvik

## 1.0 BAKGRUNN

Tjue år har gått siden kunnskapsbasert praksis ble introdusert som et verktøy for å hjelpe helsearbeidere til å løse kliniske problemstillinger. For de av oss som mener kunnskapsbasert praksis er et nødvendig fundament for god klinisk praksis, er utbredelsen overraskende lav i norsk helsevesen. Kultur og arbeidsmåter blant helsepersonell er fremdeles i liten grad preget av kritisk refleksjon over egen praksis, og de fleste kliniske spørsmål forblir trolig ubesvart (Kunnskapsbasert praksis i Sykehuset Innlandet, 2005 - 2010). Den lave utbredelsen av kunnskapsbasert praksis er urovekkende, og kan bidra til å forklare gapet mellom hva forskningen sier vi bør tilby pasienter av diagnostikk og behandling, og hva vi gjør i praksis. Tretti til førtifem prosent av pasientene får ikke behandling i henhold til hva anbefalingene sier, og inntil 25 % av behandlingen vi gir, er unødvendig eller i verste fall skadelig (Grol og Grimshaw, 2003). Tiltak blir viktig for å bidra til at ledelse og ansatte erkjenner behov for forbedringer. Uten erkjennelsen av å ha et behov, er det svært vanskelig å få til forbedringer. Å lage en ny prosedyre eller behandlingslinje eksempelvis, må være et forsøk på å løse en eller flere opplevde utfordringer for at arbeidet skal oppleves meningsfylt og kunne gjennomføres.

Kunnskapsbasert praksis er et satsningsområde ikke bare i Sykehuset Innlandet, men i nasjonale helseplaner 2007-2010 og i kvalitetsstrategien fra Helsedirektoratet. I tillegg er det i NOU rapport 2008:3 ”Sett under ett: Ny stryktur i høyere utdanning” presisert at de korte profesjonsutdanningene bør bli mer forsknings- og kunnskapsbasert. Praksisstudier omfatter 90 studiepoeng av bachelorutdanningen i sykepleie. Krav fremstilt i kvalitetsreformen forutsetter at også praksisstudiene er kunnskapsbaserte. Dette stiller igjen store krav til praksisveiledningen og innholdet i praksisstudiene. Samtidig vet man at sykepleiere anvender for lite forskningsresultater i sin arbeidshverdag for å forbedre kvaliteten i sykepleien. En av sikkert flere årsaker er at sykepleiere mangler kunnskap og forståelse om forskningsprosesser, samt kompetanse i å kritisk lese og vurdere vitenskapelige artikler og rapporter (Eriksson, Nordman og Myllymaki, 2002; Bjørkstrøm et al., 2003; Kajermo, 2004; Segesten, 2004; Smith-Strøm og Nordtvedt, 2006;Wangensteen et al., 2010). Forskning viser at økte kunnskaper innen forskningsrelaterte emner påvirker til positive holdninger til forskning (Kajermo, 2004)

## 1.1 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen (Nortvedt et al., 2008). Figur 1 beskriver denne modellen:



Fig.1 Modell for kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2008, s. 14)

Kommentar til modellen:

*Konteksten* er den settingen eller miljøet hvor kunnskapsbasert praksis foregår. Konteksten kan være knyttet opp mot kultur, forståelsesramme, ressurser herunder både økonomiske og personellmessige, etiske forhold og politikk. Alle elementene i modellen påvirkes av konteksten.

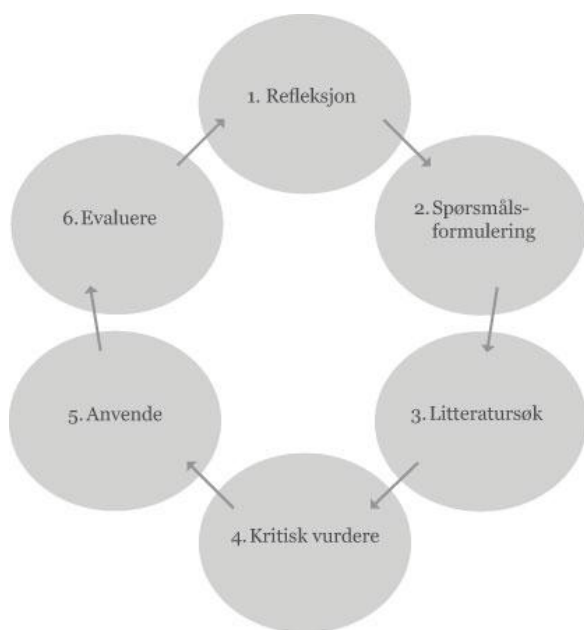
*Erfaringsbasert kunnskap/praksiskunnskap* er kunnskap som erverves gjennom å praktisere. Det er kunnskap som utvikles gjennom refleksive prosesser hvor praktikere lærer gjennom erfaring. Denne erfaringen er viktig for å utvikle ferdigheter, vurderingsevne, kommunikasjon og empati.

*Forskningsbasert kunnskap* fremskaffes gjennom empirisk praksisrettet forskning. God forskning kjennetegnes ved en pålitelig og transparent fremgangsmåte.

*Bruserkunnskap* er pasientens eller brukerens erfaring, kunnskap, verdier og preferanser.

(Nortvedt et al., 2008)

Nortvedt et al. (2008) sier at evidence based nursing er synonymt med kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis handler om å sette elementene i modellen sammen i praksis. Å sette modellen sammen beskrives også som trinnene i kunnskapsbasert praksis. Nortvedt et al. (2008) har lagt til et ekstra start-trinn i sin modell av trinnene, da de mener at kunnskapsbasert praksis initieres ved at man reflekterer over egen praksis og erkjenner informasjonsbehov, se Figur 2.



Figur 2. *Trinnene i kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2008, s. 18)*

Med utgangspunkt i trinnene i modellen skal prosjektet gjennom samhandling mellom praksisfeltet og sykepleierutdanningen vurdere i hvilken grad utvalgte skriftlige sykepleiefaglige prosedyrer er basert på ”beste-praksis” –kunnskap. Denne modellen har vært et utgangspunkt for dette samarbeidsprosjektet.

## 1.2 KUNNSKAPSBASERTE PROSEDYRER

Kunnskapssenteret definerer fagprosedyre som ”en kortfattet, veiledende beskrivelse av aktivitet eller prosess for en bestemt pasientgruppe i en bestemt situasjon, beregnet for direkte bruk i pasientmøtet” (Kunnskapssenteret, 2010). Dette avgrenser fagprosedyren fra retningslinjer og veiledere. Kunnskapssenteret (2010) har gitt status for skriftlige prosedyrer i helseforetakene som fastslår at det er for mange prosedyrer, for lite samarbeid og deling av prosedyrene, at prosedyrene ikke er elektronisk tilgjengelig, samt et uklart kunnskapsgrunnlag for utarbeiding av prosedyrer (Kunnskapssenteret, 2010). Målsetningen til Sykehuset Innlandet er felles kunnskapsbaserte fagprosedyrer som trinnvis blir lagt inn i et elektronisk helsefaglig oppslagsverk.

Kunnskapsbaserte fagprosedyrer er prosedyrer hvor det finnes en kopling til forskningsresultater. Helsebiblioteket (2011) har utarbeidet minstekrav til hvordan kunnskapsbaserte fagprosedyrer skal utarbeides. Disse minstekravene regulerer

planleggingsfase og forarbeid, hvilke faggrupper som skal inkluderes i arbeidet, hvordan utarbeide spørsmål, hvordan arbeidsfasen bør gjennomføres, samt hvilke dokumenter som legges ved den ferdige prosedyren. Minstekravene sier også noe om implementering og oppfølging (Kunnskapssenteret, 2010; Helsebiblioteket, 2011.) Aktuelle nettadresser for beskrivelse av fagprosedyrer: [www.fagprosedyrer.no](http://www.fagprosedyrer.no), [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no), [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no) [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

## **2.0 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING**

Hensikten med samarbeidsprosjektet var å utvikle forståelse og ferdigheter innenfor kunnskapsbasert praksis hos sykepleiere og sykepleierstudenter i praksisfeltet, samt å beskrive sykepleiernes og sykepleierstudentenes erfaringer med implementering av kunnskapsbasert praksis med fokus på fagprosedyrer.

### **2.1 MÅL**

Overordnet mål er at sykepleiere og sykepleierstudenter tilegner seg tilstrekkelig forståelse og ferdigheter i kunnskapsbasert praksis, og derigjennom øker bevissthet om behov for vitenskapelig forankring av sykepleiefaglige prosedyrer i praktisk arbeid. Dette inneholder mulighet til å delta i pågående utviklingsarbeid på praksisplassen der teori og praksis knyttes sammen, samt å trene pedagogiske ferdigheter i forbindelse med framlegg av resultatene fra den kritiske granskningen i praksisfeltet.

#### 2.1.1 Delmål 1

Øke sykepleiernes og studentenes evne til å vurdere sykepleiefaglige prosedyrer ved å lære seg ferdigheter som både omfatter aktiv søking etter, kritisk granskning og anvendelse av vitenskapelige resultater. Samtidig kunne vurdere referansegrunnlaget for den enkelte sykepleiefaglige prosedyren.

#### 2.1.2. Delmål 2

Øke sykepleiernes og studentenes kunnskap og erfaring i bruk av modellen for kunnskapsbasert medisin i praksis, samt anvende Kvalitetssystemet som et arbeidsverktøy i utøvelsen av sykepleie i praksis. Dette gjøres gjennom kurs i Kunnskapsbasert praksis og hvilke søkemuligheter som finnes i Kvalitetssystemet.



## 2.2 PROBLEMSTILLING

Ut fra hensikt og mål for prosjektet ble det utarbeidet følgende problemstilling:

**”I hvilken grad henviser de skriftlige sykepleiefaglige prosedyrene til evidensbasert kunnskap?”**

## 2.3 OMSTENDIGHETER I PRAKSISFELTET

I forkant av oppstarten av prosjektet hadde medisinsk avdeling vært igjennom en stor omorganisering. To sengeposter ble slått sammen under en leder, to bedriftskulturer skulle forenes, og personalet fra de to avdelingene skulle bli kjent med hverandre. Avdelingen ble delt opp i fire undergrupper med hvert sitt hovedområde innenfor indremedisin. Ledelsen ved sengeposten hadde nær 70 ansatte å ta vare på i denne omfattende prosessen, noe som krevde mye tid og energi. Erfaringsmessig tar det lang tid før omorganiseringsprosesser av en slik størrelse har satt seg og rutinefaller på plass.

## 2.4 PLANLEGGING AV PROSJEKTET

Muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet ble gitt til de aktuelle avdelingene. Avdelingene arbeidet fram en liste over hvilke prosedyrer de ønsket at gruppene kunne se nærmere på. Dette var prosedyrer som er mye i bruk og derfor svært aktuelle i hverdagen. I rapporten blir arbeidet rundt tre av disse prosedyrene omtalt, to fra første (VAP og ventrikkelsonde), og en fra andre (Klyx) gjennomføring –se Tabell 1. Prosjektet ble gjennomført i to omganger. Alle deltakerne i samarbeidsprosjektet deltok på både undervisningen og på gruppearbeidet. Deltakerne og sykepleieprosedyrene er illustrert i Tabell nr. 1.

Tabell 1. Deltagere og prosedyrer i samarbeidsprosjektet

	Første omgang n = 18	Andre omgang n = 9
Deltagere	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosjektleder HiG –ledet en gruppe.</li> <li>• To sykepleiere med mastergrad medisinsk avdeling –ledet hver sin gruppe.</li> <li>• To sykepleieledere medisinsk avdeling.</li> <li>• En hovedveileder kirurgisk avdeling.</li> <li>• Tolv sykepleierstudenter i andre studieår –fordelt på de tre gruppene.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosjektleder HiG –ledet en gruppe.</li> <li>• En sykepleier med mastergrad medisinsk avdeling –ledet en gruppe.</li> <li>• En sykepleier medisinsk avdeling.</li> <li>• To hovedveiledere kirurgisk avdeling hvorav en deltok også i første omgang.</li> <li>• Fire sykepleierstudenter i andre studieår –fordelt på de to gruppene.</li> </ul>
Sykepleieprosedyrer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VAP (subcutan veneport) –innleggelse, stell og bruk</li> <li>• Sykepleieprosedyre ved nedlegging av ventrikkelsonde via nesen</li> <li>• Blodtrykksmåling – voksen –ikke omtalt i rapporten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Å sette klyster</li> <li>• Steril intermitterende katetrisering –SIK - engangskatetrisering – ikke omtalt i rapporten.</li> </ul>

Kommentar til tabellen: Alle deltok i undervisning og gruppearbeid for å ta fram forskningsresultater på de utvalgte prosedyrene. To av deltakerne var med i begge omgangene –en sykepleier med mastergrad, medisinsk avdeling og en hovedveileder, kirurgisk avdeling. Etter undervisningen ble deltakerne fordelt på tre grupper –prosjektleder eller prosjektsykepleier som leder i hver gruppe, en sykepleier og fire studenter i hver gruppe i første omgang- og på to grupper –prosjektleder eller prosjektsykepleier som leder, en sykepleier/to hovedveiledere og to studenter på hver gruppe i andre omgang. Hver gruppe arbeidet med hver sin utvalgte prosedyre.

### 3.0 UNDERVISNING I KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS OG SØKEPROSESS

Før gruppearbeidet startet, ble det gjennomført undervisning hvor studentene, prosjektsykepleiere, prosjektleder fra HiG og sykepleiere fra post deltok. Tone Haugom, rådgiver SI, og Elin Undli, bibliotekar, SI var ansvarlig for undervisningen som varte gikk over 6 timer. Undervisningen omhandlet hvordan forstå kunnskapsbasert praksis, hvordan forstå erfaringsbasert -, forskningsbasert- og pasientkunnskap, forskjellige forskningsmetoder og hva som særpreger dem, samt kunnskap om hvordan lage gode spørsmål som er grunnlag for PICO-skjema (Helsebiblioteket, 2011), og hvordan utføre søkeprosessen. Deltakerne ble delt inn i grupper, gruppene fikk utdelt forskningsspørsmål, hvor de deretter fikk tenke diskutere hvilken forskningsmetode som ville egne seg for å kunne besvare forskningsspørsmålene. Sykehuset Innlandet har utarbeidet Kunnskapsegget som bygger på 6S pyramiden (Evidence Based Medicine, 2011) som inneholder et godt vurdert utvalg av databaser. Undervisningen inneholdt hvordan bruke Kunnskapsegget, og hvor begynne å søke. Deretter gikk alle deltakere, sykepleiere og studenter, igjennom nettkurset: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/>. Deltakerne fikk gå igjennom dette kurset på for dem passende tidspunkter, varighet 2 timer.

### 3.1 FØRSTE OMGANGS GRUPPEARBEID MED PROSEDYRENE

I første omgang arbeidet gruppene med prosedyrene ”VAP –innleggelse, stell og bruk” og ”Sykepleieprosedyre ved nedlagging av ventrikkelsonde via nesen”.

Aktuelle utdrag av de omtalte prosedyrene ligger som vedlegg (1, 2) direkte sitert fra Kvalitetssystemet i SI. En beskrivelse av gruppas arbeid kommer deretter.

#### 3.1.1 Subcutan veneport (VAP), hvordan forhindre okklusjon og materialskade

En av gruppene arbeidet med prosedyren ”VAP –innleggelse, stell og bruk” (Vedlegg 1). Divisjon Gjøvik har ikke sin egen prosedyre, men bruker prosedyren utviklet i divisjon Tynset.

I forhold til VAP (subkutan veneport) var det ønskelig å se på bruk eller ikke bruk av Etanol etter infusjon av fettemulsjoner for å redusere okklusjon i kateteret –se Vedlegg 1. Det verserte flere meninger i avdelingen uten at noen hadde funnet forskning som støttet det ene eller andre alternativet. Derimot var det en generell oppfatning om at Etanol kunne føre til skade på selve materialet i VAP, og at det derfor ikke skulle brukes. Samtidig var det erfaringsbasert kunnskap om at VAP lett går tett etter infusjon av fettemulsjon hvis ikke

Etanol brukes. Avdelingens ønske var at dette spørsmålet kunne avklares gjennom gruppas arbeid, spesielt siden prosedyren ikke inneholdt noen advarsler mot bruk av Etanol. Først gikk gruppa igjennom alle prosedyrer som omhandler VAP for å vurdere hvilke som var aktuelle å se nærmere på i forhold til bruk av Etanol eller ikke. Gruppen endte opp med én prosedyre, den som avdelingen bruker til vanlig – Vedlegg 1 i forkortet versjon direkte fra Kvalitetssystemet i SI. Samtidig ble det tydelig for studentene at VAP blir produsert i to materialer, nemlig silikon og polyuretan, noe som ble bekreftet av produsent. Det var polyuretankatetrene som angivelig kunne reagere negativt på etanol.

Den aktuelle prosedyrens referanser ble gjennomgått og gruppen konkluderte med at det ikke forelå tydelige referanser til forskningskilder.

Neste skritt var å utvikle kliniske kjernesporsmål. Kliniske kjernesporsmål ble:

*”Hvilken effekt har etanol på polyuretan?”*

*”Hvilken effekt har skylling med kun NaCl etter infusjon av fettemulsjon?”*

PICO-skjema (Helsebiblioteket, 2011) ble brukt i arbeidet med å finne gode søkeord

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
VAP	etanol	natriumklorid	Forebygge okklusjon
VAP polyuretan	etanol		Materialskaade

P= Pasient/Problem

I= Intervention

C= Comparison

O= Outcome

Søkeord ble VAP, polyuretan (polyurethan), etanol (ethanol), natriumklorid, forebygge okklusjon (prevent occlusion), material damage

Søkeordene ble anvendt i følgende databaser og i forhold til kontaktpersoner:

- **Kunnskapsegget:** Nasjonale retningslinjer (Helsebiblioteket), Clinical Evidence, Cochrane Library, UpToDate, Joanna Briggs Best Practice, SveMed+, PubMed
- **BIBSYS:** Cinahl, ProQuest, Medline, PPS
- **Biblioteket:** Evidence Based –tidsskrifter
- Kontaktet **produsenten** av VAP

Selve søkeprosessen tok lengst tid. Søket ble først gjennomført i Sykehuset Innlandets eget base for kunnskap, Kunnskapsegget. Her ble ulike kombinasjoner av søkeordene prøvd. Etter hvert ble søket utvidet til Høgskolens øvrige databaser, og Praktiske Prosedyrer for Sykepleiere (PPS) ble også brukt. I tillegg undersøkte kontaktet studentene sykehus utenfor Sykehuset Innlandet. De fikk tilsendt en prosedyre fra Helse Sør, som også manglet referanser.

Gruppen fikk en del treff på VAP og Etanol, men de fleste artiklene dreide seg om bruk av Etanol for å forebygge infeksjon. Etter kritisk granskning ble disse artiklene forkastet da de ikke var aktuelle for gruppas problemstilling. Det ble til sammen funnet fem artikler som ble brukt for å svare på kjernespørsmålene.

*Spørsmålsstilling: "Hvilken effekt har etanol på polyuretan?"*

Studentene tok kontakt med produsenten av VAP og fikk tilsendt forskningsartikkel som produsenten forholder seg til. Her fant de forskning som ikke kan utelukke at Etanol kan skade VAP-katetere laget av polyuretan. Etanol kan påvirke polyuretan slik at materialet utvides og i tillegg blir svakere (Braun Access systems, 2005; Schulmeister, 2010). Denne forskningen anbefaler bruk av Etanol etter fettemulsjon men kun i VAP-katetere laget av silikon. Det må bemerkes at denne studien hadde sett på Etanol 70%, hvor sykehusets prosedyre sier Etanol 45%. To andre artikler viste ingen signifikans for verken svakhet eller utvidelse av materialet etter bruk av etanol (Crinich et al., 2005; McHugh et al., 1997).

Gruppen fant også en studie som viste at forekomsten av okklusjon etter infusjon av fettemulsjon sank statistisk signifikant med bruk av Etanol 20% etter skylling med NaCl sammenlignet med skylling med NaCl alene (Johnston et al., 1992).

Siden vi fant at det ble brukt forskjellige materialer i VAP, stilte studentene spørsmålet om hvilke VAP-katetere som blir lagt inn på pasienter på sykehuset i Gjøvik? De tok derfor kontakt med anestesilege ved sykehuset og fikk vite at begge katetertyper brukes, men at pasienten skal få med informasjon om hvilken type som er lagt inn. Dette stemmer dog ikke med sykepleiernes erfaring.

Neste spørsmålsstilling ble:

*"Hvilken effekt har skylling med kun NaCl etter infusjon av fettemulsjon?"*

Gruppen ønsket da å se om de kunne finne forskning som viser bruk av kun NaCl som skylling etter fettemulsjon. De fant en studie som viste signifikant mer okklusjon med bruk av NaCl alene enn med bruk av NaCl i kombinasjon med Etanol (Johnston et al., 1992). Studiens

datasamling var dog gjort på kun 40 ml NaCl. Hva resultatet ville blitt ved bruk av f.eks 100 ml NaCl er uvisst.

*Oppsummeringsvis* konkluderte gruppa med at siden det normalt ikke er kjent hvilket materiale pasientens VAP inneholder, vil det være best å unngå bruk av Etanol i framtida. Avdelingen bruker nå NaCl 100 ml å skylle VAP med etter infusjon av fettemulsjon.

### 3.1.2 Ventrikkelsonde via nesen

En annen gruppe arbeidet med prosedyren som omhandlet ventrikkelsonde, prosedyren ligger som Vedlegg 2 i forkortet versjon direkte fra Kvalitetssystemet i SI. Denne prosedyren sier ikke noe om behandlingen av selve sonden, men i praksis blir den lagt i vann før nedlegging. Det var derfor interessant å finne ut hvordan sonden best skulle forberedes. Det ble hentet inn erfaringer fra forskjellige avdelinger, hvor noen mener at sonden bør legges i lunkent vann, mens andre mener at den ikke skal legges i vann. Poenget var å finne ut hva som fører til at sonden blir glatt og derfor enklest mulig å legge. Dessuten var det også delte meninger om det var best om sonden var stivest mulig eller mest mulig bøyelig, og i tilfelle hvordan oppnå det. Gruppa bestemte seg for å prøve ut effekten av vann med forskjellige temperaturer. En ventrikkelsonde ble klippet opp og tre biter ble lagt i hver sin bolle med vann: henholdsvis isvann, lunkent vann og varmt vann. Sendte deretter bitene rundt i gruppa for å vurdere overflaten. Erfarte liten forskjell på bitenes overflate.

Et annet forhold var om det var forskning som viste hvor lenge en ventrikkelsonde kan ligge inne før den evt må byttes med en ny.

Kliniske kjernesporsmål ble:

*”Forberedelse av selve ventrikkelsonden før innleggelse: hva er riktig metode?”*

*”Hvor lenge kan sonden ligge inne?”*

PICO-skjema (Helsebiblioteket, 2011) ble brukt i arbeidet med å finne gode søkeord

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Ventrikkelsonde – nasogastric tube	Legges i isvann -	Ikke bruk av vann	Glatt overflate på sonden
Ventrikkelsonde – nasogastric tube	Legges i lunkent vann/varmt vann	Ikke bruk av vann	Glatt overflate på sonden
Ventrikkelsonde – nasogastric tube	Tidsramme		Skader på slimhinner

**P**= Patient/problem    **I**= Intervention    **C**= Comparison    **O**= Outcome

Søkeordene ble anvendt i følgende databaser og i forhold til kontaktpersoner:

- **Kunnskapsegget:** Nasjonale retningslinjer (Helsebiblioteket), Clinical Evidence, Cochrane Library, UpToDate, Joanna Briggs Best Practice, SveMed+, PubMed
- **BIBSYS:** Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten (PPS), Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL)
- Kontaktet **produsenten** av ventrikkelsonde

Gruppen fant en prosedyre på NEL som omhandlet ventrikkelaspirasjon, og hvor forfatter anbefalte isvann eller vannløselig gel som smøremiddel ved nedleggelse (Gilja, 2007). Gilja (2007) har ingen restriksjoner på hvor lenge sonden kan ligge, men advarer mot vevsskade ved selve nedleggelsen. Imidlertid sier en annen artikkel fra Danmark at det bør brukes håndvarmt vann og påføres lokalbedøvende gel før nedleggelse (Hillingsø, 2007). I samme artikkel påpekes at det må tas stilling til seponering så fort sonden har tjent sitt formål, men det sies ikke noe om skader på vev ved langvarig bruk (Hillingsø, 2007). I PPS sin prosedyre anbefales det å bruke kaldt eller varmt vann til bløtlegging avhengig av sondens materiale, gel kan påføres etter legens forordninger (PPS, 2010). Denne prosedyren fra PPS ble sammenlignet med SI-prosedyren. Som vist over spriker anbefalingene når det gjelder bruk av vann og også vannets temperatur. Gruppen ble derfor enige om å kontakte produsenten via forhandleren av de sondene som blir brukt i sykehuset. En av studentene tok kontakt pr. tlf. Produsenten anbefalte at sonden skulle oppbevares kjølig før bruk, de anbefalte ikke bløtlegging av sonden før innleggelse og sonden kunne ligge inne til det ikke var behov for den lenger.

Grappa fant også teori om nedleggelse av sonde i «Klinisk sykepleie» (Almås, 2001).

*Oppsummeringsvis* fant gruppen ut av sonden ikke skal bløtlegges i vann, uansett temperatur, men at den anbefales oppbevart kjølig. Etter anbefaling har nå avdelingen sluttet å bløtlegge sonden, men kjølig oppbevaring er ikke gjennomførbart rent praktisk da det ikke er utstyr til det. Avdelingen fortsetter å anvende gel.

### 3.2 ANDRE OMGANGS GRUPPEARBEID MED PROSEDYRENE

I andre omgang arbeidet en av gruppene med prosedyren ”Å sette klyster”

Den omtalte prosedyren ligger som Vedlegg 3 i forkortet versjon direkte sitert fra Kvalitetssystemet i SI. En beskrivelse av gruppas arbeid kommer deretter.

#### 3.1.3 Å sette klyster

Kirurgisk avdeling hadde et ønske om at gruppen kunne ta for seg administrering av klyster (Vedlegg 3) som tema og finne forskning på dette. Dette er en av sykepleiernes hyppige arbeidsoppgaver.

Følgende fire kjernesporsmål ble utarbeidet:

*”Hva gir minst ubehag av kroppstemperert eller romtemperert klystervæske hos den obstiperte pasienten?”*

*”Hva gir best tømning av miniklyster og oljeklyster ved obstipasjon?”*

*”Når skal det brukes rektumsonde ved innsetting av klyster?”*

*”Hvor lang virketid skal oljeklyster ha for å gi optimal virkning/tømning?”*

PICO-skjema (Helsebiblioteket, 2011) ble brukt i arbeidet med å finne gode søkeord

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Obstipasjon voksne	Romtemperatur	Kroppstemperatur	Effekt, redusere ubehag
Obstipasjon voksne	Miniklyster (120-240 ml)	Oljeklyster (150 ml)	Tømning av rectum
Obstipasjon voksne	Rectumsonde	Ingen sonde	Optimal tømning
Obstipasjon voksne	Oljeklyx 10 min.	Oljeklyx 10 timer	Optimal virkning
<b>P</b> = Patient/problem	<b>I</b> = Intervention	<b>C</b> = Comparison	<b>O</b> = Outcome

Søkeord ble obstipasjon, miniklyster, oljeklyster, rektumsonde, effekt, tømning, virkning



Søkeordene ble anvendt i følgende databaser og i forhold til kontaktpersoner:

- **Kunnskapsegget:** Nasjonale retningslinjer (Helsebiblioteket), Clinical Evidence, Cochrane Library, UpToDate, Joanna Briggs Best Practice, SveMed+, PubMed
- **BIBSYS:** Cinahl, ProQuest, Medline, PPS
- **Biblioteket:** Evidence Based –tidsskrifter
- Kontaktet **produsentene** av klyster og oljeklyster

Det var lite forskning å finne, kun tre artikler ble brukt for å finne svar på spørsmålene. En artikkel funnet på UpToDate var mest beregnet på leger med råd om behandling (Wald, Lamont og Grover, 2010). En annen funnet på PubMed omtaler sykepleieren viktige rolle i forhold å ha fokus på problemet obstipasjon, sette inn tiltak og undervise pasienten (Day, 2001). Den siste artikkel gruppen fant omhandlet bruk av oljeklyster og behandlingstid (Asinas, 2010), artikkelen ble funnet under Joanna Briggs -Evidence Summaries.

*Spørsmålsstilling: Hva gir minst ubehag av kroppstemperert eller romtemperert klystervæske hos den obstiperte pasienten?*

I studentenes lærebok ”Grunnleggende sykepleie” (Jørgensen et al., 2011) sies det at klystervæsken skal være kroppstemperert. Gruppen fant ingen forskning på hva som gir best effekt, men en artikkel viser til skader oppstått på tarm ved bruk av for varm klystervæske (Day, 2001).

Ved kontakt med produsenten av klyx, sies det at selve preparatet ikke skades av å bli varmet opp, men de anbefaler ikke oppvarming siden det ikke er godkjent for slik bruk.

Produsenten av oljeklyster medgir at det ikke er gjort forskning på oppvarming av dette preparatet, men mener at romtemperatur bør gi god nok effekt. Dessuten er ikke selve flasken beregnet på oppvarming av innholdet.

*Oppsummeringsvis* fant gruppen at ved bruk av både klyx og oljeklyster bør de holde romtemperatur, siden det ikke finnes indikasjon for oppvarming.

*Spørsmålsstilling: Hva gir best tømming av miniklyster og oljeklyster ved obstipasjon?*

Både klyx og oljeklyster er vanlig å bruke ved obstipasjon, men ved svær obstipasjon anbefales oljeklyster. Dette fordi innholdet er forskjellig: klyx øker vanninnholdet i tarmen og bløtgjør derfor avføringen (pakningsvedlegget klyx). Oljeklyster består av soyaolje og

glyserol. Soyaoljen bløtgjør tarminnholdet og smører tarmveggen, glyserol er bløtgjørende, smørende og stimulerende på tarmens slimhinne. I tillegg er den hyperosmotisk slik at væske trekkes inn i tarmen, samt at den virker lokalirriterende på tarmslimhinnen slik at tømningrefleksen stimuleres (pakningsvedlegg oljeklyster).

*Spørsmålsstilling: Når skal det brukes rektumsonde ved innsetting av klyster?*

Analkanalen er ca. 4 cm og rectum er 10 cm (Sand et al., 2006). Grappa fant ingen forskning på bruk av rektumsonde eller ikke ved innsetting av klyster. PPS sier at det skal brukes sonde, men ikke hvor langt inn den skal settes. Grunnleggende sykepleie (Jørgensen et al., 2011) mener at klysteret skal føres 4-5 cm inn fra analåpningen.

Produsentene mener alle at det ikke er nødvendig å bruke sonde. Ved å bruke rektalspissen som følger med klysteret kommer man langt nok inn i rectum for å få effekt av preparatene. De anbefaler dog å føre spissen 4-5 cm inn for å hindre refluks av innholdet.

*Spørsmålsstilling: Hvor lang virketid skal oljeklyster ha for å gi optimal virkning/tømming?*

En oppsummert studie (Asinas, 2010) viser at oljeklyster bør holdes inne i 20-60 minutter for å få best effekt, mens det er tilstrekkelig med 10-15 minutter for vannbasert klyx. Her forholder produsenten seg til de samme anbefalingene.

*Oppsummeringsvis* fant grappa at avdelingens praksis med bruk av temperert klyxvæske og bruk av sonde ikke er anbefalt praksis. Avdelingen sluttet derfor å varme opp væsken. Når det gjelder bruk av sonde, er de blitt mer bevisst på hvem de bruker sonde på, men har ikke fullt ut sluttet med det, da de erfarer at effekten er bedre med sonde enn uten.

## **4.0 EVALUERING AV PRAKSISPROSJEKTET**

Hensikten med samarbeidsprosjektet var å beskrive sykepleiernes og sykepleierstudentenes erfaringer med implementering av kunnskapsbasert praksis i praksisstudier.

### **4.1 METODE**

Fokusgruppeintervju ble valgt som metode for å få svar på om prosjektets mål ble nådd.

Prosjektgruppen var interessert i meningene og erfaringene sykepleierne hadde etter å ha deltatt på samarbeidsprosjektet. Det ble derfor valgt enn kvalitativ studie (Kvale, 2006)

I kvalitative tilnærminger er gjerne intervju brukt som datainnsamlingsmetode. I et intervju lytter intervjueren mens intervjupersonen forteller om sine oppfatninger og meninger.

Forskningsintervjuet er ikke en samtale mellom likeverdige samtalepartnere, da det er forskeren som definerer spørsmålene og kontrollerer situasjonen. Intervjueren gir temaet for intervjuet og følger nøye og kritisk opp svarene fra den eller de som blir intervjuet (Kvale, 2006).

Fokusgruppeintervjue er en egnet metode når noen skal uttrykke sine ideer og svare på spørsmål om et gitt tema. Denne type intervju vil kunne gi et rikere og dypere datamateriale, siden informantene kontinuerlig responderer på de andres utsagn underveis i intervjuet (Polit og Beck, 2008). Fokusgrupper er spesielt godt egnet hvis vi vil lære om erfaringer eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud, 2003).

Fokusgruppeintervju skal samle minst fire mennesker (Polit og Beck, 2008). Målet med fokusgrupper er å bringe frem deltakernes oppfatninger, følelser, holdninger og ideer om et utvalgt tema (Puchta og Potter, 2004). Andre fordeler ved bruk av fokusgrupper er at de åpner for muligheten til å oppdage uforutsette forhold, resultatet fra fokusgrupper kan foreligge raskt, og utvalgsstørrelsen kan økes uten særlig konsekvenser for tidsbruk og kostnader (Krueger, 1994).

I fokusgruppeintervjuer er det anbefalt at en moderator styrer informantene gjennom intervjuet med inngangsspørsmål og oppfølgingsspørsmål. Et slikt intervju er semistrukturert. En god strategi er å gå fra generelle spørsmål til de mer spesifikke. Intervjuer (moderator) guider deltakerne i fokusgruppa gjennom temaene (Polit og Beck, 2008). I fokusgruppeintervjuer har moderator en rolle som er mer styrende enn i de individuelle intervjuene. Det er også anbefalt å ha en annen forsker tilstede for å ta notater (Malterud, 2003). Veileder var tilstede under intervjuet og tok notater som omfattet både utsagn og gruppedynamikk. For å sikre en god gruppedynamikk anbefales at informantene i en fokusgruppe er homogene. Dette forklares med at deltakerne lettere gir uttrykk for sine oppfatninger når de andre i gruppa har samme bakgrunn (Polit og Beck, 2008).

#### 4.1.1 Utvalg

Sykepleierne som hadde deltatt som prosjektledere og deltakere i gruppene utgjorde utvalget for fokusgruppeintervjuene (n=6). De hadde fått muntlig informasjon på forhånd om tema for intervjuet. Alle var i utgangspunktet villige til å delta, men to var forhindret fra å komme av praktiske årsaker (n=4).

#### 4.1.2 Gjennomføring av fokusgruppeintervju

En intervjuguide ble utarbeidet av prosjektleder fra HiG på forhånd (Vedlegg 4). Den inneholdt fem hovedområder som det var ønske om å få belyst. Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført i et av sykehusets møterom. Rommet er lokalisert i en annen del av sykehuset enn den informantene normalt befinner seg i, slik at de ikke ville bli avbrutt eller forstyrret under intervjuet. Deltagerne ble plassert i sirkel uten bord, og opptaksutstyret ble plassert på en krakk i midten. Moderator oppfordret informantene til å snakke høyt og tydelig og unngå å snakke i munnen på hverandre. Intervjuet ble innspilt på bånd, det ble i tillegg tatt notater og gjort observasjoner av kommunikasjonsmønsteret under intervjuet. Moderator var høgskolelektor som ikke har deltatt i prosjektet, observatør var veilederen for prosjektet. Intervjuet varte ca 1 time.

#### 4.1.3 Dataanalyse

Kvalitativ innholdsanalyse ble brukt ved gjennomgang av datamaterialet fra fokusgruppeintervjuet, nærmere bestemt en modifisert utgave av deduktiv innholdsanalyse etter inspirasjon fra Elo og Kyngäs (2008). De mener at innholdsanalyse kan brukes på både kvalitative og kvantitative data, både induktivt og deduktivt. Analysemetoden blir brukt for å komme fram til gyldige slutninger fra data med hensikt å skape ny kunnskap og ny innsikt. Tilnærming med deduktiv innholdsanalyse innebærer å teste kategorier og innhold (Elo og Kyngäs, 2008). Polit og Beck (2008), mener at deduktiv innholdsanalyse kan brukes når forskeren ønsker å reteste allerede eksisterende data i en ny kontekst, gjerne basert på tidligere arbeider som teori, modeller, litteraturreviews. I dette prosjektet har spørsmålsstillingen fra intervjuguiden vært strukturen bak hovedkategoriene i resultatet. Hovedkategoriene ble derfor *læring av kunnskapsbasert praksis, valg av prosedyrene, samarbeidet, kunnskapsformidling og utbytte av prosjektet*. Innenfor hver hovedkategori kom det fram flere underkategorier.

#### 4.1.4 Ethiske aspekter

Alle deltakerne ble muntlig forespurt om deltakelse i intervjuet. De fikk også skriftlig informasjon med samtykkeerklæring utdelt rett i forkant av intervjuet (Vedlegg 5). Tillatelse var innhentet på forhånd fra avdelingsledelsen.

### **5.0 RESULTAT**

Resultatet presenteres under de fem hovedområdene som intervjuet utgikk fra. Disse er *læring av kunnskapsbasert praksis, valg av prosedyrene, samarbeidet, kunnskapsformidling og*

*utbytte av prosjektet.* Innenfor hvert hovedområde vil det framkomme underkategorier. Det er brukt sitater fra intervjuet for å styrke resultatet. Etter sitatene framkommer det hvilken omgang sitatene henviser til, hvor 1 står for første omgang og 2 står for andre omgang.

## 5.1 LÆRING AV KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

Sykepleierne synliggjør tre underkategorier hvor det har skjedd læring, nemlig *økt fokus på kunnskapsbasert praksis, hva kunnskapsbasert praksis innebærer, og lært en metode for innhenting av ny forskning og søkeprosess.*

I forhold til hva som ble opplevd som viktig i prosjektet og hva de hadde lært om kunnskapsbasert praksis, var det delte oppfatninger om dette.

Sykepleierne opplever å ha fått *økt fokus* på kunnskapsbasert praksis, men syntes allikevel det ble mye fokus på forskningsdelen i kunnskapsbasert praksis, mindre på delene erfaringsbasert kunnskap og brukerens perspektiv. Det var dog delte oppfatninger om læringsutbytte, at man hadde lært noe som respektive ikke hadde lært.

*”å få litt fokus på kunnskapsbasert praksis for det var vel ganske nytt i hvertfall på vår avdeling da vi starta med det –hva det innebærer”(1)*

*” jeg synes at vi tenker sånn på jobb, det var ikke nytt for oss, så på den måten var det ikke noe ny læring for oss, nei. ” (1)*

Sykepleierne hadde lært hva kunnskapsbasert praksis *innebærer*. De opplevde at undervisningsdelen i forkant av prosjektet var bra

*”fin undervisning, for det var jo mye praktiske oppgaver og vi kunne jobbe i grupper, og det var satt av tid for at vi kunne diskutere ulike deler av den kunnskapsbaserte praksisen. Hadde vært nyttig for alle.”(1)*

De erfarte også at erfaringsbasert kunnskap ikke bestandig stemmer med den forskningsbaserte kunnskapen.

*”også at erfaringsbasert eh- kunnskap ikke støtt stemmer med den forskningsbaserte, det fant vi jo ut. (...) og det synes jeg var en fin oppdagelse”(1)*

Sykepleierne erfarte at de fant lite forskning og artikler på sykepleie, men mye på det medisinske.

*”så mye går på gamle rutiner, så når vi begynte å lete så var det veldig lite” (1)*

Alle respondentene hadde tilegnet seg kunnskap om kunnskapsbasert praksis i andre sammenhenger enn samarbeidsprosjektet. De savnet mer undervisning om hvordan kunne vurdere kvaliteten på artiklene man finner.

*”en enkelt artikkel som i utgangspunktet så fin ut men så var det ikke så mye hold i den allikevel –validitet som det heter (...) husker ikke om det var så mye undervisning om det (...)var det det?(...) så det kunne nok vært litt grundigere (...) fokus på” (1)*

Sykepleierne opplevde at de lærte *en metode* de kunne bruke for å finne den nyeste forskningen.

Sykepleierne erfarte at de lærte å finne søkeord, at gode søkeord var viktig, og hvor de skulle starte å søke.

*”og at vi skulle søke øverst i kunnskapsegget (...) det var jo mest aktuelt stoff (...) der –forskningsbasert stoff” (1)*

## 5.2 VALG AV PROSEDYRENE

Prosedylene sykepleierne omtaler er de utvalgte prosedyrene beskrevet i bakgrunnen for prosjektet. Sykepleierne uttaler seg om *hva de mente om valg av prosedyrene, at det finnes begrenset med forskningsstudier* i forhold til alle tre prosedyrene, og *overensstemmelsen mellom prosedyrene og forskningsresultater*.

Sykepleierne opplevde at *valget* av prosedyrer var bra. De valgte prosedyrene var alle svært aktuelle til praksis, og sykepleierne mente at det var bra at de var varierte.

*”-så hadde vi et første gangen , det var om blodtrykksapparater, den hygieniske biten, den var det vel litt føringer på fra a Leena. Den andre vi skulle ta, den med klyx, den kom fra avdelinga, ønske derfra.”(1,2)*

Sykepleierne opplevde at det var det var *begrenset med forskning* gjort på de aktuelle prosedyrene. De måtte forholde seg til hva produsenten hadde av anbefalinger. De opplevde også at det kunne være uoverensstemmelse mellom hva produsenten anbefalte og hva som blir gjort i praksis.

*”å legge ernæringssonder(...)i vann kontra ikke vann (...)vi har vel ikke funnet noe klar konklusjon på det(...)altså det er ingen dokumentasjon som sier at det skal gjøres og heller ikke produsent av ernæringssondene kunne gi noen grunn til det(...)med Xylocain på tuppen. Produsenten(...)fraråder det, men alle gjør det enda” (1)*

Når det gjelder *overensstemmelse* mellom prosedyrene og forskningsresultatene, var det varierende i forhold til de forskjellige prosedyrene. I forhold til BT og blodtrykksapparater fant sykepleierne litt som gikk på kalibrering hovedsakelig. Sykepleierne oppdaget at i forhold til om bruk av Etanol i VAP etter infusjon av fettemulsjoner er skadelig eller ikke,

kom det an på hvilket materiale VAP var produsert i. Erfaringsmessig framkommer det dog sjelden hvilken type VAP pasienten har fått. Praksis er nå at det ikke brukes Etanol.

Sykepleierne erfarte at i forhold til bruk av klyster var det lite forskning å finne som de kunne sammenligne prosedyren med, det var produsent de forholdt seg til. De hadde også erfaringer fra personalet i forhold til bruk av klyster.

Derimot var det sprik mellom praksis og hva produsentene av klyster anbefaler.

*”Vi fant ingen indikasjon for bruk av sonde som blir brukt i praksis, ingen av produsentene anbefalte sonde fordi tuppen er lang nok til å komme i rectum. (...) det var (...) noe med skader ved bruk (...) perforasjon av tarm (...) om den skulle varmes opp eller ikke.”(2)*

*”Og da mente produsenten at det var ikke nødvendig. Romtemperert var godt nok (...) og ved varm væske hadde det vært skade på tarm.”(2)*

Sykepleierne mener at funnene allikevel har ført til forandring av praksis, selv om de opplever at det er vanskelig å få gjort forandringer av prosedyrer

*”klart det blir mye mindre bruk av sonde” (2)*

Virketid av klyster ble det funnet forskning på; ved bruk av klyx var det tilstrekkelig med 10-15 minutter, mens det med oljeklyster helst skulle virke i 30-60. Fant litt på obstipasjon hvor oljeklyster var anbefalt førstevalget.

### 5.3 SAMARBEIDET

Her beskriver sykepleierne hva de oppfattet at *fremmet* samarbeidet, og hva de oppfattet at *hemmet* samarbeidet.

Sykepleierne beskriver samarbeidet innad i gruppene, samarbeidet med studentene og samarbeidet mellom sykehuset og Høgskolen.

Samarbeidet innad i gruppene var veldig bra, alle tok ansvar, fordelte oppgaver, jobbet godt timene på HiG.

Studentene jobbet veldig godt sammen i gruppa.

Sykepleierne opplevde flere forhold som *fremmet* samarbeidet. De nevner at det var veldig fint å samarbeide med studenter –å forske på noe sammen med studenter

*”til vanlig er det vi som har kunnskapen og så skal vi lære bort, men her var det –stilte vi på en måte -ikke helt likt men ganske likt.”(2)*

Samarbeidet med høyskolen var bra –at sykehuset trekker inn høyskolen eller omvendt

Det var sett av tid for å arbeide sammen med studentene

*”ofte så har vi en travel hverdag og liksom ikke så god tid til å forske på forskjellige prosedyrer” (1,2)*

Det kom fram reaksjoner på at studentene skulle bruke praksistid på det. De ble mye borte fra avdelingen.

*”vi syns det tok mye tid og vi syns det var rart at studentene også skulle bruke verdifull praksistid på det og. For de ble jo mye borte fra avdelingen” (1)*

Sykepleierne nevner forhold som *hemmet* samarbeidet. De savnet fristilling av personalet til å kunne være med i gruppene, de opplevde det skulle være et samarbeid mellom avdelingen og studentene. Fikk ikke brakt tankene rundt prosjektet ut til personalet i avdelingen.

*”jeg savna egentlig fristilling av personalet til å kunne være med i gruppa for det var jo det som var intensjonen med at det skulle være et samarbeid mellom avdelingen og studentene.” (1)*

Sykepleierne mener at det burde ha vært jobbet mer mot avdelingsledere på avdelingene for planlegging og frigjøring av sykepleiere som kan bli med i gruppene. De mener at dette hadde gitt mer forutsigbarhet.

*”fikk vel bare beskjed om at vi skulle begynne med det. Uten at noen var involvert fra vår avdeling i forkant. Så det kom bardus på oss.” (2)*

*”tenker jeg på det med liten deltagelse i posten og sånn, om det var for uklart hele veien?” (1)*

Flere av sykepleierne opplevde kommunikasjonen som mangelfull, både i forkant og under prosjektet. De mente at dette hang noe sammen med at prosjektleder ble syk. De mener det var mangel på muntlig og skriftlig informasjon mellom prosjektleder og avdelingsledere.

*”Jeg har også hørt at avdelingsledern har etterspurt informasjon, flere ganger, spurt om vi har fått noe. Så det er litt kommunikasjonssvikt her.” (1,2)*

Sykepleierne mente at det burde vært forberedt bedre i forkant av den andre runden. Det var de samme erfaringene fra den første og andre runden i forhold til manglende kommunikasjon. De opplevde at ble mer merarbeid enn det kunne ha vært hvis prosjektleder hadde vært tilstede. Dette førte til at alt tok lengre tid enn nødvendig.

*”Men vi kom i mål og vi tok ansvar sjøl og je føler at det vart bra allikevel.” (2) ”Jeg tror også at vi brukte litt lenger tid fordi vi mangla prosjektledern at det tok lengre tid enn det kanskje burde” (2)*

Sykepleierne opplevde det som at prosjektet ble plassert hos avdelingen, at de fikk ansvaret.



*”jeg tror at vi også satt med den følelsen at det blei, altså vi opplevde det som at blei plassert hos oss. At vi fikk ansvaret og at det vart vårt prosjekt.” (1)*

#### 5.4 KUNNSKAPSFORMIDLING

Sykepleierne beskriver at kunnskapsformidlingen skjedde på følgende måter; *mundlig, skriftlig gjennom dokumenter, og formidling av prosjektresultatet til SI.*

Sykepleierne beskriver også hvordan interessen for resultatene har vært på avdelingen.

Resultatet fra prosjektet ble presentert *mundlig* gjennom studentframlegg på avdelingen.

Studentene savnet at det kom noen og hørte på presentasjonen av resultatene. Sykepleierne mener det var for dårlig informasjon om tidspunkt for framføring, og for kort varsel, noe som påvirket frammøtet. Noen hadde hengt opp informasjon på avdelingen, andre nevnte det på møtet på morgenen.

*”det var så bra og det var lagt så mye arbeid i det og så fikk vi på en måte ikke formidla det videre. Det syns jeg var litt synd, da. Var det en eller to fra avdelingen vår?”(1)*

*”trur det var veldig skuffende for studenta og egentlig når de opplever at åh, vi skal legge det fram og så kommer det ingen fra personalet. kun medstudenter, og jeg tenker at egentlig kunne dette prosjektet vært veldig spennende for avdelingen å høre på.”(1)*

Noen studenter brukte prosjektet som pedagogisk framlegg, men ingen fra Høgskolen møtte opp for å vurdere dem. Både innhold og gjennomføring var svært bra.

*”for vi opplevde jo og på den siste framføringa at det var jo ingen fra høyskolen som kom for å evaluere studenta.”(2)*

Sykepleierne mener at den presentasjonen studentene hadde etter prosjektet var veldig bra. I tillegg blir resultatene formidlet *mundlig* i forbindelse med situasjoner i praksis.

Resultatene ble også formidlet *skriftlig* gjennom et dokument studentene laget og som ble lagt igjen dokumentasjon i avdelingen som personalet kunne lese.

*”lagde på 3 A en sånn blekke om hva de hadde framført, den ble lagt i avdelingen, ellers har vi vel sagt det litt sånn muntlig underveis når det har vært ...kommet opp i situasjoner, så har vi referert litt til det. Bruk av sonde blant annet.”(2)*

Resultatene ble oversendt til *prosedyreansvarlig* i SI, men sykepleierne opplever manglende tilbakemelding fra vedkommende på arbeidet, samt manglende oppfølging av om materialet er tatt imot og hva som skjer med det videre.

*”den forståelsen vi fikk når vi starta om at dette skulle gå videre (...)som da satt som ansvarlig for prosedyrer (...) dårlig så vi fikk ikke noe mer tilbakemelding på den jobben vi hadde gjort, tenker jeg”(2)*

## 5.5 UTBYTTE AV PROSJEKTET

Sykepleierne beskriver utbyttet med at *deltakerne* (personell fra sykehus og høgskole, samt studentene -se Tabell 1) fikk utbytte, at *personalet får utbytte* gjennom veiledning når aktuelle prosedyrer skal gjennomgås i praksis. De kommer også med forslag om hvordan *arbeidsmåten kan videreføres*.

Sykepleierne vurderer utbyttet av prosjektet, og opplever at *deltakerne* fikk utbytte, men at utbyttet må vurderes opp i mot bruk av tid. Det er dog noe forskjell deltagerne imellom.

De mener at hvis man skal jobbe med dette i praksisfeltet, bør bibliotekar brukes i større grad

*”det jeg ser, er at det som tok veldig mye tid, var det med å søke biten. Å finne stoff, og hvis man skal jobbe med dette ute i praksis, at en da bruker en bibliotekar i større grad til å hente stoff. Fordi det er altfor tidkrevende i en travel arbeidshverdag.”(1,2)*

Studentene var veldig stolte av at de hadde vært med på prosjektet.

*”noen spurte meg senest nå om det gikk an å skrive det på CV-en sin!” (2)*

Sykepleierne mener at *arbeidsmåten kan videreføres*, da det er viktig at studentene lærer om kunnskapsbasert praksis. De er usikre om studentenes praksistid skal brukes på å lære teorien, eller om de bør ha kunnskap om dette før de kommer i praksis slik at de kan bruke det mer effektivt.

Sykepleierne erfarer at arbeidsformen kan benyttes i praksisveiledningen av studenter. De opplever at en del studenter er på nett og søker kunnskap, men er svært lite kritiske til hvor de finner kunnskap. Så bevisstgjøring om hvordan innhente kunnskap og hvor finne den kunnskapen du kan stole på, vil være svært aktuelt å videreføre fra prosjektet.

*”del studenter er inne på nettet og søker kunnskap og de er veldig kritiske med hvor de søker. Og det kan like gjerne være Wikipedia omtrent som at de søker på noe annet.”(1,2)*

De mener det er nyttig at studentene tar for seg en prosedyre og kritisk gransker den slik at de kan være med å bidra til endring av prosedyrer.

Sykepleierne foreslår at studentene kan få en oppgave i tredje veiledet praksis som krever at de finner forskning. Opplevs for tidkrevende å få til i hver praksisperiode.

*”(...)i første veileda har de mer enn nok med å orientere seg og se hva skjer her på huset, men en i tredje veileda ville antageligvis ha større utbytte ta å jobbe med dette for da har de fått med seg mer erfaring.”*

Sykepleierne mener at temaet må undervises i på skolen, og at undervisningen bør inneholde de samme begrepene som blir brukt ellers når det er snakk om kunnskapsbasert praksis.

*”jeg veit jeg tok opp det med en lærer, og da ble det sagt at det gis undervisning i tema, men at det ikke nødvendigvis brukes de samme ordene, ja at det kanskje bør samkjøres litt*

Videre vil de veilede studenter til å være kritiske og hjelpe dem å finne kunnskap de kan stole på. Viktig at de blir kritiske tenkere allerede fra de er studenter.

*”selvfølgelig veilede studenter som du sier de henter kunnskap hvor som helst fra og minne de på at de må være kritiske og hjelpe dem å finne kunnskap å stole på.(...) så det ikke blir personavhengig hvem de går med, om de tør spørre om, at de blir sjølstendig i forhold til det å være kritiske og finne kunnskap”*

For framtida mener sykepleierne at de kan bruke kunnskapsbasert praksis gjennom gode kunnskapsbaserte prosedyrer, ved å være bevisste og kritiske til praksis. De mener også at det vil være bra med undervisning om temaet.

Sykepleierne må kunne stole på at de som lager felles prosedyrer jobber kunnskapsbasert.

*”for vi kan ikke sitte på hver vår tue også lage egne prosedyrer og sørge for at de er kunnskapsbasert, så vi må jo gå ut i fra at de som driver med det at de jobber kunnskapsbasert.”*

Sykepleierne vil fortsette å være kritiske og hvis de ikke finner prosedyrer på en aktuell problemstilling, stille spørsmålet videre. De foreslår undervisning i kunnskapsbasert praksis ved oppstart av nye studentkull i praksis, undervisning som også er åpent for personalet, men samtidig er de skeptiske til tidsbruk, og mener at de best kan bruke kunnskapsbasert praksis gjennom gode, kunnskapsbaserte prosedyrer.

## **6.0 DISKUSJON**

Diskusjonsdelen blir todelt, først diskuteres metoden fokusgruppeintervju, siden selve resultatet sett opp i mot målene for samarbeidsprosjektet. Hensikten med evalueringen er å fange opp sykepleiernes erfaringer fra prosjektet.

### **6.1 METODEDISKUSJON**

Fokusgruppens utvalg er representativt da alle involverte sykepleiere i samarbeidsprosjektet deltok med unntak av to. Sykepleierne var forskjellige med tanke på variasjon i alder og yrkeserfaring, de arbeider på forskjellige avdelinger ved sykehuset. Dette er i samsvar med

anbefalingene ved bruk av fokusgrupper (Polit og Beck, 2008). Studentevalueringen er ikke presentert her, og det er en svakhet ved prosjektet. Det ville hatt verdi å få studentenes direkte evaluering av prosjektet. Men indirekte har fokusgruppen gitt et bilde av studentenes arbeid og utbytte.

*Kritikken mot fokusgrupper* handler blant annet om selve gruppedynamikken.

Fokusgruppene kan stenge for at avvikende synspunkter og opplysninger om følsomme eller intime forhold som kommer fram i intervjuet. Fokusgrupper krever dessuten en erfaren moderator som leder gruppen riktig. Uten en god moderator kan datamaterialet bli ensidig og overfladisk, og gruppen kan finne en egen agenda slik at forskeren mangler data om de viktige forskningsspørsmålene etter endt intervju (Malterud, 2003; Bjørklund, 2005). I noen grad kan dette bøtes på ved å hente data fra flere forskjellige grupper. Det fordres en systematisk analyse hvis resultatet skal være vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2003). Moderator har lang erfaring som høgskolelektor og også erfaring med å lede fokusgrupper. Moderator brukte intervjuguiden med inngangsspørsmål, men stilte i liten grad oppfølgingsspørsmål. Dette kan ha ført til at viktige data gikk tapt, samt at datamaterialet ikke går i dybden. Informantene holdt seg innenfor tema.

Data fra fokusgrupper kan være vanskelig å tolke, informantene kan lett la seg rive med og skifter gjerne standpunkt når de får tenkt seg om. Det blir derfor viktig å unngå å ta enkeltutsagn ut av sin sammenheng (Nøtnes, 2001). Ved at flere forskere tolker resultatene kan faren for over- eller underanalysering av data minskes, men resultater fra fokusgrupper er ikke generaliserbare (Bjørklund, 2005). Forfatter analyserte datamaterialet alene, men diskuterte med veileder som var til stede under intervjuet som observatør. Observatør hadde gjort notater under intervjuet, som ble brukt i denne diskusjonen rundt analysen av data. På den måten ble materialet vurdert av to.

Transkriberingen kan vanskeligjøres hvis informanter snakker i munnen på hverandre (Polit og Beck, 2008). I forkant av intervjuet ble informantene bedt om å unngå dette, samt å snakke høyt og tydelig. Det var kun enkeltord som ikke var mulig å oppfatte. Forfatter er av den oppfatning at disse ikke hadde betydning for resultatet av intervjuet på bakgrunn av sammenhengen de ble sagt.

Selve prosessen med utarbeidelse av kliniske kjernespmå, utfylling av PICO-skjema og selve søkene i databasene var ny for både studenter og spl1 fra post. Alle opplevde hvor viktig gode søkeord er. Fordeling av databaser mellom studentene gjorde at søkeprosessen ble mest mulig effektiv.

Alle opplevde en del frustrasjon over manglende funn av adekvat forskning. Det ble lest mange abstracter disse dagene.

Studentene fikk trening på selve begrepet Kunnskapsbasert praksis og hva det inneholder. De tre ”kunnskapsboblene” skal virke sammen, de skal ikke nødvendigvis være like store i enhver sammenheng. Det var enighet i gruppa om at i dette tilfellet var det utfordrende å se for seg pasientkunnskap som en stor del av kunnskapsgrunnlaget.

Når det gjelder vurdering av funn, var det først og fremst alder på forskningen, og i hvilken database den ble funnet som ble diskutert inngående. At forskeren hadde gjort rede for framgangsmåte, utvalg, funn og signifikans ble også diskutert. Forskning gjort på oppdrag av produsent av aktuelt utstyr var også gjenstand for refleksjon.

Konklusjonen fra gruppene var at prosedyrene brukt ved sykehuset ikke kan sies å være kunnskapsbasert, da de ikke referer til aktuell forskning. Et bifunn, men ikke mindre viktig av den grunn, er at det finnes lite ny forskning på typiske sykepleiehandlinger.

## 6.2 RESULTATDISKUSJON

Forfatter mener det er viktig å se resultatet i lys av ovenstående omstendigheter. For å forsøke å skille utsagnene som viser til de ulike gjennomføringene, er det satt inn parenteser med tall 1 og 2, hvor 1 er første gjennomføring og 2 er andre.

I resultatdiskusjonen har forfatter valgt å se resultatene fra fokusgruppeintervjuet i forhold til målene for prosjektet, og de fem hovedområdene for spørsmålene.

### **Delmål 1:**

*Øke sykepleiernes og studentenes evne til å vurdere sykepleiefaglige prosedyrer ved å lære seg ferdigheter som både omfatter aktiv søking etter, kritisk granskning og anvendelse av vitenskapelige resultater. Samtidig kunne vurdere referansegrunnlaget for den enkelte sykepleiefaglige prosedyren.*

### **Delmål 2:**

*Øke sykepleiernes og studentenes kunnskap og erfaring i bruk av modellen for kunnskapsbasert medisin i praksis, samt anvende Kvalitetssystemet som et arbeidsverktøy i utøvelsen av sykepleie i praksis. Dette gjøres gjennom kurs i Kunnskapsbasert praksis og hvilke søkemuligheter som finnes i Kvalitetssystemet.*

### 6.2.1 Læring av kunnskapsbasert praksis

Det var enighet om at studentene hadde fått økte kunnskaper om kunnskapsbasert praksis - hva selve begrepet inneholder. De hadde også fått kjennskap til hvordan systematisk søk skal gjennomføres. I tillegg opplevde deltagerne at studentene ble mer kritiske til prosedyrenes innhold og spesielt mangelen på referanser.

For sykepleierne var utbyttet mer variert. Noen opplevde ingen ny læring, mens andre mente de hadde stort læringsutbytte. Dette hang sammen med den enkeltes erfaring og kunnskap om temaet fra før. Alle respondentene hadde tilegnet seg kunnskap om kunnskapsbasert praksis i andre sammenhenger enn samarbeidsprosjektet.

Sykepleierne opplevde dog å ha fått økt fokus på kunnskapsbasert praksis - hva det innebærer, men syntes allikevel det ble mye fokus på forskningsdelen i kunnskapsbasert praksis, mindre på delene erfaringsbasert kunnskap og brukerens perspektiv.

De opplevde at *undervisningsdelen* i forkant av prosjektet var bra, spesielt nyttig var det med praktiske oppgaver og de hadde arbeidet i grupper som tillot diskusjoner innad i gruppa.

Sykepleierne erfarte at de lærte om søkeprosess og databaser, samt noe om vurdering av vitenskapelige artikler. Det som ble nevnt spesielt var savnet etter mer kunnskap om hvordan vurdere forskningsartikler. Dette gjelder nok i første omgang artikler som ikke er vurderte systematiske oversikter, men heller enkeltstudier eller ikke-vurderte artikler. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2010) har utarbeidet gode sjekklister som er til hjelp ved kritisk granskning av artikler. Disse inneholder spørsmål som gir tips om hva som må vurderes. Det er avgjørende å bruke sjekklister som er tilpasset den studiedesignen som er brukt i artikkelen.

Når det gjelder å anvende vitenskapelige resultater, mente sykepleierne at de som ansatt på ”gulvet” i sykehuset var avhengig av gode kunnskapsbaserte prosedyrer, at de som utarbeidet disse gjorde dette i følge malen for kunnskapsbaserte prosedyrer (Helsebiblioteket, 2011).

Man kan vanskelig forestille seg at hver enkelt sykepleier skal basere sin praksis på annet enn det godkjente prosedyreverket. Men det som bør forventes er at sykepleierne er kritiske til innholdet, holder seg faglig oppdatert, og stiller spørsmål til de ansvarlige for Kvalitetssystemet i SI.

De erfarte også at erfaringsbasert kunnskap ikke bestandig stemmer med den forskningsbaserte kunnskapen. Sykepleierne erfarte at de fant lite forskning og artikler på sykepleie, men mye på det medisinske. Sykepleiere har i stor grad arbeidet etter erfaringsbasert kunnskap. Pasientens perspektiv er også vanligvis godt ivaretatt av

sykepleierne, da de har ferdigheter i å møte pasientenes individuelle behov (Nortvedt et al., 2008). Men forskningsbasert kunnskap har i mindre grad vært i fokus. Noe kan skyldes at det fortsatt mangler mye sykepleierforskning, kanskje spesielt kvantitativ forskning. Det var også deltagernes oppdagelse da de søkte etter effektstudier.

Forfatter mener det er viktig å huske at de tre elementene forskningsbasert-, erfaringsbasert- og pasientkunnskap skal virke sammen, ikke nødvendigvis være tillagt like stor vekt i en hver sammenheng. Ved noen problemstillinger vil det ikke finnes forskning som gir oss svarene, da må sykepleiernes erfaring veie tyngst. I andre sammenhenger vil pasientens erfaring veie tyngst, og i atter andre vil det være meningsløst at pasientens perspektiv skal være avgjørende. Det vil heller ikke være slik at sykepleier kan basere sin praksis kun på forskningsbasert kunnskap, den individuelle tilpasningen vil hele tiden veie tungt. Her er sammenhengen avgjørende for hvilken løsning man går for.

### 6.2.2 Valg av prosedyrene

Sykepleierne opplevde at valget av prosedyrer var bra. De valgte prosedyrene var alle svært aktuelle til praksis, og var varierte.

Sykepleierne erfarte at det var lite forskning å finne. De måtte forholde seg til hva produsenten hadde av anbefalinger. De opplevde også at det kunne være uoverensstemmelse mellom hva produsenten anbefalte og hva som blir gjort i praksis. Det kan være grunn til tenke over at det er gjort så vidt lite forskning på prosedyrer som er såpass vanlig i bruk.

### 6.2.3 Samarbeidet

Sykepleierne beskriver hva de opplevde at *fremmet* og hva som *hemmet* samarbeidet innad i gruppene, samarbeidet med studentene og samarbeidet mellom sykehuset og Høgskolen.

Samarbeidet innad i gruppen var også veldig bra, alle tok ansvar, fordelte oppgaver, og studentene jobbet veldig godt sammen.

Sykepleierne opplevde at det var veldig fint å undre seg over noe sammen med studenter. For sykepleiere er det viktig å beholde nysgjerrigheten og ikke minst ha innsikt nok til å forholde seg til at en ikke vet.

Det kom fram reaksjoner på at studentene skulle bruke praksistid på prosjektet. I etterkant ble det også evaluert til å være uheldig at såpass mange (n=12) ble inkludert i første gjennomkjøring. Sykepleierne mente at studentene mistet verdifull tid i avdelingene. Men på den andre siden har studentene fått en annen type kompetanse gjennom sin deltakelse, nemlig evnen til å formulere spørsmål, finne søkeord, bruke PICO-skjema, gjennomføre en søkeprosess, men også fått kunnskap om å kritisk vurdere hvor en søker etter kunnskap og i

hvilken grad en kan stole på denne kunnskapen. Man kan se for seg at de vil gjøre seg nytte av denne kompetansen ikke bare i forbindelse med sin bacheloroppgave, men forhåpentligvis også i sin praksis som ferdige sykepleiere. Klinikken ønsker og trenger sykepleiere med kritisk blikk på praksis.

Sykepleierne nevner eksplisitt at det var satt av tid, noe som er en absolutt nødvendighet for gjennomføring. Muligheten for bruk av tid er en kritisk verdi i en travel hverdag.

Sykepleierne savnet dog fristilling av personalet til å være med i gruppearbeidene, de opplevde at meningen var at det skulle være et samarbeid mellom avdelingen og studentene.

Noe av intensjonen med prosjektet var å involvere personell fra avdelingen slik at arbeidsmåten fra prosjektet letter kunne videreføres. Dette er verdifull kunnskap å ta med videre. Ved en eventuell ny omgang bør det være mer fokus på kommunikasjon mellom prosjektansvarlige og avdelingsledere slik at personell kan fristilles.

Flere av sykepleierne opplevde nettopp *kommunikasjonen* mellom prosjektleder og avdelingsledere som mangelfull. I etterkant kan det synes som om kommunikasjonen led under flere forhold. For det første var det mangelfull informasjon om prosjektet mellom prosjektleder og avdelingssykepleiere før oppstart. Det kan også ha vært svikt i ansvarsfordelingen i forhold til hvem som skulle gi informasjon til hvem. Med grundigere planlegging, ansvarsfordeling og gode rutiner for informasjon og kommunikasjon er det sannsynlig at prosjektets gjennomføring ville blitt mer forutsigbart, flere sykepleiere kunne blitt involvert, og avdelingene ville fått et større eierforhold til resultatene. Prosjektansvarlige har lært noe av dette. På den andre siden gir sykepleierne uttrykk for at de klarte å fylle det ansvaret som ble lagt på dem, og at resultatet ble bra selv om det tok litt lenger tid.

#### 6.2.4 Kunnskapsformidling

Resultatet av prosjektet ble dels presentert gjennom studentframlegg, dels gjennom dokumenter. I tillegg blir det aktualisert i samband med situasjoner i praksis hvor prosedyrene skal brukes. Resultatene ble også videreformidlet til prosjektansvarlig i Sykehuset Innlandet. Sykepleierne mener at den presentasjonen studentene hadde etter prosjektet var veldig bra. Foreliggende rapport gir mulighet for personalet til å sette seg inn i hva som ble gjennomført i prosjektet, samt hvilke resultater det kom fram til. Dette gir en mulighet til forankring i personalet, selv om det gjerne tar lang tid å forandre praksis, og vil kreve gjentatte undervisningsbolker for å nå alle.

Sykepleierne opplever manglende tilbakemelding fra prosedyreansvarlig i sykehuset Innlandet på arbeidet, samt manglende oppfølging av om materialet er tatt imot og hva som



skjer med det videre. Det ble heller ikke bestemt hvordan og hvem som hadde oppfølgingsansvar i forhold til prosedyreansvarlig i SI. Ved å få gjort forandring i prosedyrene sikrer på best måte å nå alle når ny praksis skal innføres. Opplevelsen av manglende videreformidling kan settes i sammenheng med dette.

#### 6.2.5 Utbytte av prosjektet

Sykepleierne opplever at de involverte stort sett fikk utbytte, men at resten av personalet fikk mindre ut av resultatene. Umiddelbart opplevde avdelingene at utbyttet ikke var så stort, men noe av hensikten med prosjektet var å skape en forandring, og at måten arbeidsmetoden i prosjektet kunne bli en mer integrert metode for avdelingen i arbeidet med studenter. Det har skjedd en endring av praksis, og en bevisstgjøring av personalet om å være kritisk til hva vi gjør, og det må ses på som et stort utbytte av mer varig karakter.

Arbeidsmåten er foreløpig ikke anvendt til nye studentkull, noe som var en del av hensikten. Sykepleierne mener dog at det kan være en fin måte å bevisstgjøre både personalet og studenter.

Sykepleierne mener at det ble brukt mye tid, og at utbyttet må ses i sammenheng med tidsbruk. De mener at hvis man skal jobbe med dette i praksisfeltet, bør bibliotekar brukes i større grad. Bruk av bibliotekar vil nok lette søkeprosessen, men samtidig vil de involverte miste erfaringen det gir ved å gjennomføre søkeprosessen selv. Sykepleierne erfarer at arbeidsformen kan benyttes i praksisveiledningen av studenter. De opplever at en del studenter er på nett og søker kunnskap, men er svært lite kritiske til hvor de finner kunnskap. Så bevisstgjøring om hvordan innhente kunnskap og hvor finne den kunnskapen du kan stole på, vil være svært aktuelt å videreføre fra prosjektet. Det er enighet om at studentene bør lære om kunnskapsbasert praksis, teorien bør læres på Høgskolen slik at de kan bruke det mer effektivt i praksis. Undervisningen bør inneholde de samme begrepene som blir brukt ellers når det er snakk om kunnskapsbasert praksis.

Studentene hadde sannsynligvis størst utbytte, dette er forventet da man må gå ut i fra at sykepleiere skal ha noe kompetanse på feltet fra før.

Sykepleierne foreslår at studentene kan få en oppgave i praksisperioden som krever at de finner forskning. De mener at dette bør legges til tredje veiledet praksis, da studentene har noe mer erfaring. Dette vil også kunne virke positivt med å minske avstanden mellom teori og praksis, at de ser teorien i praktisk anvendelse. Å se sammenheng mellom teori og praksis er et av de store læringsmålene i praksisstudiene (Høgskolen i Gjøvik, 2011), kanskje denne tilnærmingen kan være et av flere bidrag til dette.

For framtida mener sykepleierne at de kan bruke kunnskapsbasert praksis gjennom gode kunnskapsbaserte prosedyrer de kan stole på og ved å være bevisste og kritiske til praksis. Sykepleierne må kunne stole på at de som lager felles prosedyrer jobber kunnskapsbasert. Kvalitetssystemet i SI (inneholder alle elektroniske prosedyrer) har vært utsatt for mye kritikk. Brukerundersøkelsen (Avdelingen for Kunnskapsstøtte, 2011) i 2010-2011 viste at svært mange synes systemet er tungvint, ulogisk oppbygd, mangler gode søkeord osv. For at Kvalitetssystemet skal være til hjelp for sykepleierne, må det for det første være oversiktlig, logisk oppbygd, ha gode søkeord og ha en internettilgang som er rask. For det andre må prosedyrene være oppdaterte, kunnskapsbaserte og med gode referanser. I en svært travel hverdag er sykepleiere avhengig av at systemet er lett tilgjengelig og raskt og effektivt å finne fram i. Avdelingene skal ikke operere med prosedyrer i papirutgave, kun elektroniske prosedyrer i Kvalitetssystemet.

Sykepleierne mener også at det vil være bra med undervisning om kunnskapsbasert praksis, hvilket som samsvarer med Nortvedt et al., (2008). De mener at formidling av kunnskapsbasert praksis til andre kan skje i mange og ulike sammenhenger, det kan være gjennom diskusjon mellom kollegaer, mellom student og sykepleier, eller mer tradisjonell klasseromsundervisning. De viser til systematiske oversikter (Coomarasamy og Khan, 2004; Khan og Coomarasamy, 2006) som konkluderer med at undervisning i kunnskapsbasert praksis bør integreres som en del av praksis med virkelige problemer og pasienter. Rollemodeller som bruker kunnskapsbasert praksis aktivt viser seg å være mer effektivt enn undervisning i klasserom (ibid., 2004, 2006). I vårt prosjekt fikk deltagerne først innføring i kunnskapsbasert praksis, for så å jobbe med det praktisk. Deltagerne sa også at de så at de selv fikk utbytte, men at det var mer usikkert hva øvrig personale fikk ut av prosjektet. Det var ikke praktisk mulig at alle kunne ta del i undervisningen. Dog ser vi at praksis er forandret, og at resultatene blir formidlet gjennom kontakt mellom student og sykepleier under spontan veiledning i praksis. Det kan derfor tyde på at et prosjekt lignende dette, vil kunne gi økt kunnskap om feltet i større grad enn undervisning alene.

## **7.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON**

Kunnskapsbasert praksis har vært kjent som begrep i helsevesenet de siste 20 årene. Allikevel er utbredelsen av kunnskapsbasert praksis urovekkende lav, og kan bidra til å forklare gapet mellom hva forskningen sier vi bør tilby pasienter av diagnostikk og behandling, og hva vi

gjør i praksis. Deltakerne i samarbeidsprosjektet har selv erfart hvor omfattende og tidkrevende prosessen bak å finne fram til god forskningsbasert kunnskap kan være. Det kan være på sin plass å undre seg over om disse ferdighetene skal tilføres alle og enhver i praksisfeltet. Er det praktisk mulig å lære opp alle i søkeprosess og kvalitetsvurdering av forskning? Og er det i det hele tatt ønskelig? Eller er det slik at personalet i sengeposter i dag er best tjent med lett tilgjengelige, kunnskapsbaserte prosedyrer de kan stole på og som sørger for at praksis blir best mulig?

Erfaringene fra samarbeidsprosjektet var delte, men i hovedsak kan man si at de involverte opplevde utbytte. Dessverre mente de også at øvrig personale ikke fikk være delaktige i samme grad. Men man kan se for seg at de valgte prosedyrene blir endret som en følge av prosjektet, og da vil det komme avdelingen og selvfølgelig også pasienten til gode. I alle fall forteller sykepleierne at praksis er forandret, og da kan man se for seg at dette sannsynligvis vil gi utbytte i form av økt kvalitet for pasientene. I samarbeidsprosjektet ga sykepleierne eksplisitt uttrykk for at prosedyrene som ble valgt var svært relevante for praksis.

Det satt av tid for deltakerne til å arbeide med prosjektet, noe som er en forutsetning for å lykkes, men det opplevdes at det krevde mer tid for flere sykepleiere. Hverdagen i avdelingen er ikke tilrettelagt for å bruke tid på dette. Men for studentene i praksisstudier er det mulig å bruke tid. En tanke å arbeide videre med er at tredjeårsstudenter i samarbeid med enkelte fra personalet, gjennomfører en oppgave i praksis som involverer bruk av PICO-skjema og søkeprosess.

Det kan se ut til at muligheten til å bruke tid på innhenting av evidensbasert kunnskap sjelden er tilstede. Det som er hevet over enhver tvil er imidlertid at personalet må være kjent med modellen for kunnskapsbasert praksis, innholdet i begrepene, og vissheten om at erfaringsbasert kunnskap alene ikke er nok for å gi pasienten beste-praksis. Det ikke er et mål at alle sykepleiere skal drive med forskning, men at alle bør kunne bruke eksisterende forskning i fagutøvelsen. Viktigheten av å være bevisst hvorfor en gjør prosedyrene på en bestemt måte og hele tiden være kritisk til praksis, er et minimumskrav til alle sykepleiere som arbeider med pasienter og som veileder studenter.

## LITTERATURLISTE

Almås, H.(red.) (2001). *Klinisk sykepleie* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Asinas, M. (2010) *Enema: administration* [online]. URL:

<http://search.proquest.com/docview/921734990/135B8DCF70749ADC080/1?accountid=32267> (27.03.12)

Bjørklund, O. (2005). *Fokusgruppe –Noen metodiske betraktninger* [online]. URL:

<http://www.nofima.no/filearchive/Fokusgruppe%20%20Noen%20metodiske%20betraktninger.pdf> (12.05.2010).

Coomarasamy, A. og K.S. Kahn (2004). What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systemativ review. *BMJ* 329: 1017-1021

Crinich C.J., Aiyanger A., Crone W.C. og D.G. Maki (2005). *The effects of prolonged ethanol exposure on the mechanical properties of polyurethane and silicone catheters used for intravascular access* [online]. URL:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16156328> (08.09.2010)

Day, A. (2001) *The nurse's role in managing constipation*. URL: [online]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11974784> (27.03.2012)

Elo, S. og H. Kyngäs (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advances Nursing*, 62(1), 107-115.

Eriksson, K., Nordman, T. og I. Myllymaki (2002). *Den trojanske hest –evidensbasering og sygepleje*. GAD

Evidence Based Medicine (2011) *6S pyramid* [online]. URL:

<http://guides.libraries.wright.edu/content.php?pid=63693&sid=470130> (27.03.12)

Gilja, O.H. (2007) *Ventrikkelaspirasjon* [online]. URL: <http://legehandboka.no/kliniske-prosedyrer/generelle/mage-tarm/ventrikkelaspirasjon-8652.html> (08.09.2010)

Grol, R. og J. Grimshaw (2003) From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003 Oct 11;362(9391):1225-30.

Helsebiblioteket (2011) *Kvalitetsvurdering av faglige prosedyrer og retningslinjer* [online]. URL: [www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/Kvalitetsvurdering](http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/Kvalitetsvurdering) (23.12.2011)

Helsebiblioteket (2011) *Prosedyre for systematiske litteratursøk ved utarbeidelse av kliniske fagprosedyrer*[online]. URL: [www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/Metode+for+%C3%A5+lage+prosedyrer/Litteraturs%C3%B8k](http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/Metode+for+%C3%A5+lage+prosedyrer/Litteraturs%C3%B8k) (23.12.2011)

Helsebiblioteket (2011) *Metode og minstekrav ved utarbeidelse av fagprosedyrer – kortversjon*[online]. URL: [www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/Metode+for+%C3%A5+lage+prosedyrer/Metode+og+minstekrav+kortversjon](http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/Metode+for+%C3%A5+lage+prosedyrer/Metode+og+minstekrav+kortversjon) (23.12.2011)

Helsebiblioteket (2011) *Hva er en fagprosedyre?* [online]. URL: [www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/Metode+for+%C3%A5+lage+prosedyrer/Definisjon+av+fagprosedyre](http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/Metode+for+%C3%A5+lage+prosedyrer/Definisjon+av+fagprosedyre) (23.12.2011)

Helsebiblioteket (2011) *Mal for metoderapport* [online]. URL: [www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/metode+for+%C3%A5+lage+prosedyrer/Metode+og+minstekrav+fullversjon/Mal+for+metoderapport](http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/metode+for+%C3%A5+lage+prosedyrer/Metode+og+minstekrav+fullversjon/Mal+for+metoderapport) (23.12.2011)

Helsebiblioteket (2011) *PICO-skjema* [online]. URL: [www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/Metode+for+%C3%A5+lage+prosedyrer/Maler+og+verkt%C3%B8y](http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/Metode+for+%C3%A5+lage+prosedyrer/Maler+og+verkt%C3%B8y) (23.12.2011)

Helsebiblioteket (2011) *Dokumentasjon av litteratursøk* [online]. URL:

[www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/Metode+for+%C3%A5+lage+prosedyrer/Litteraturs%C3%B8k](http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/Metode+for+%C3%A5+lage+prosedyrer/Litteraturs%C3%B8k) (23.12.2011)

Hillingsø, J.G. (2007) *Anlæggelse af gastroduodenal sonde* [online]. URL: <http://www.ugeskriftet.dk/LF/UFL/2007/38/pdf/VP44349.pdf> (08.09.2010)

Høgskolen i Gjøvik (2011). *Kriterier for bestått i studieenhet 2. Vurderingsskjema*. Høgskolen i Gjøvik

Johnston, D.A., Walker K., Richards J. og C.R.Pennington (1992). *Ethanol flush for prevention of catheter occlusion* [online]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16839980> (08.09.2010)

Jørgensen, N.Jahren, Nortvedt F. og E.A. Skaug (2011) *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kahn, K.S. og A. Coomarasamy (2006) A hierarchy of effective teaching and learning to acquire competence in evidence-based medicine. *BMC Medical Education* 6: 59-67

Kunnskapssenteret (2010) *Prosedyrearbeid –meningsløst mangfold?* [online]. URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Prosedyrearbeid+%E2%80%93meningsl%C3%B8st+mangfold%3F.8593.cms> (27.03.12)

Kunnskapssenteret (2012) *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler* [online]. URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklister+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms> (21.03.2012)

Krueger, R.A. (1994). *A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks: Sage Publications

Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk

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

McHugh, G.J., Wild, D.J. og J.H. Havill (1997). *Polyurethane central venous catheters, hydrochloric acid and 70% ethanol: a safety evaluation* [online]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9288375> (08.09.2010)

NOU (2008) *Sett under ett – ny struktur i høyere utdanning* [online] URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/kd/personer-og-enheter/minister/2006/forsknings-og-hoyere-utdanningsminister-/lydfilesforsknings--og-hoyere-utdannings/sett-under-ett--ny-struktur-i-hoyere-utd.html?id=497845> (27.03.12)

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B. og L.M. Reinart (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Norsk Sykepleierforbund.

Nøtnes, T. (2001). *Innføring i fokusgrupper*. Notater nr 2001/24. Statistisk sentralbyrå.

PPS (2010) *Nedlegging av nasogastrisk sonde* [online]. URL: <http://home.ppsnett.no/PrintProsedyre.aspx?pn=8> (08.09.2010)

Polit, D. og C. Beck (2008). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams og Wilkins

Puchta, C. og J. Potter (2004). *Focus group Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Avdeling for Kunnskapsstøtte (2011) *Hvordan kan vi gi bedre kunnskapsstøtte til din avdeling?* Rapport. Brumunddal: Sykehuset Innlandet

Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E. og J.G. Bjålie (2006) *Menneskekroppen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Smith-Strøm, H., og M.W. Nortvedt (2008) *Evaluation of evidence-based methods used to teach nursing students to critically appraise evidence* [online]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18751651> (25.04.12)

Sykehuset Innlandet (2005) *Kunnskapsbasert praksis i Sykehuset Innlandet, 2005 – 2010*.

Brumunddal: Sykehuset Innlandet

Schulmeister, L. (2010). *Management of non-infectious central venous access device complications* [online]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20434646> (08.09.2010)

Wald, A, Lamont, J. og S. Grover (2010). *Constipation in adults* [online]. URL: <http://www.uptodate.com/contents/patient-information-constipation-in-adults-beyond-the-basics> (27.03.12)

Wangenstein, S., Johansson, I.S., Bjørkstrøm, M.E. og G. Nordstrøm (2010). Critical thinking dispositions among newly graduated nurses. *Journal of Advanced Nursing*[online]. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05282.x/abstract> (25.04.12)



”VAP – innleggelse, stell og bruk”

Prosedyren inneholder føringer for hensikt, omfang, ansvarsforhold, hvilket utstyr som skal brukes, selve gjennomføringen av innleggelse av VAP-nål, stell og bruk av VAP. For prosjektgruppen var det skylling av VAP-nålen etter bruk, og hvilke medikamenter som skulle brukes her som var det essensielle.

Utdrag av den aktuelle delen av prosedyren:

**Fremgangsmåte ved bruk av VAP.**

- Ved avsluttet infusjon, skyll med 20 ml NaCl 9mg/ml. Deretter med 5 ml Heparin 100IE/ml dersom VAP'en ikke skal brukes umiddelbart.
  - NB! Hvis det har vært infudert ernæring, skal det skylles med 40 ml NaCl. Deretter skal det settes 2 ml steril sprit som skal virke i 2 minutter før du aspirerer 10 ml ut. Ved bruk av sprit må man forsikre seg om at kateteret ikke er lagd av polyuretan da det ikke tåler sprit!

**Forhåndsregler mot trombose/okklusjon**

- Infusjon av fettemulsjoner kan gi avleiringer i kateteret, med risiko for okklusjon. For å minske den risikoen kan en skylle med etanol 45 % etter endt infusjon.
- Infusjoner og fettemulsjoner, transfusjoner av blod og sjekk av backflow kan gi avleiringer i kateteret. **Det er derfor viktig av kateteret blir godt skylt etter at kateteret er brukt til dette.**

**Referanser**

Stell og bruk av VAP og VAP-nål, Det Norske Radiumhospitals kvalitetssystem, 15.03. 2005  
B. Braun Access Ports Systems  
E-H12.03/17.20.-Prosedyre fra Elverum-Hamar

”Sykepleieprosedyre ved nedlegging av ventrikkelsonde via nesen”

Prosedyren inneholder føringer for hensikt, omfang, ansvarsforhold, hvilket utstyr som skal brukes, hvilke vurderinger som skal gjøres på forhånd, og hvilket utstyr som skal brukes. For prosjektgruppen var det interessant å sinne ut hvordan selve sonden skal forberedes, bruk av vann og i tilfelle hvilken temperatur, og hvor lenge sonden kunne ligge inne. Det sies ingenting i prosedyren om noen av disse problemstillingene.

Utdrag av den aktuelle delen av prosedyren:

**Fremgangsmåte:**

- Ha gel på tuppen på sonden. Ha litt i nesen og be pasienten trekke inn.

**Referanser**

Martinsen, Turid Elisabeth: Prosedyrekunnskap i sykepleien. 4. utgave. Gyldendal Akademisk 2000.

”Å sette klyster”

Prosedyren inneholder føringer for hensikt, omfang, ansvarsforhold, hvilket utstyr som skal brukes, setting av klyster og utstyr som skal brukes. For prosjektgruppen var det bruk av sonde, oppvarming av klystervæsken eller ikke, hvor lenge klysteret skulle ligge, og hva som gir best effekt av miniklyster og oljeklyster ved tømning av rectum som var det essensielle.

Utdrag av den aktuelle delen av prosedyren:

**Olje klyster**

Klysteret varmes i vannbad og settes langsomt over 10 – 15 min.  
Klysteret bør fortrinnsvis gis om kvelden og holdes inne 10 – 12 timer.

Gi klyx neste morgen.

**Klyx**

Klyx varmes i vannbad og settes langsomt  
Pasienten oppfordres til å holde på væsken i 5 – 10 min

**Fremgangsmåte:**

- Sett rectumsonde på klysterslangen, ta på engangshansker og smør tuppen av sonden med glidemiddel.
- Løft seteballen og før sonden ca 10cm inn i tarmen.
- Pasienten bør forsøke å holde på væsken

Intervjuguide

**1. Læring av kunnskapsbasert praksis?**

- **Hva har vært viktig i prosjektet?**
- **Hva har du lært om kunnskapsbasert praksis?**
- **Hva tenker dere om undervisningsopplegget?**

Hjelpespørsmål ved behov:

Hva var nyttig av undervisningen om søking av artikler? Noe dere savner?

Hva var nyttig fra undervisningen om vurdering av artikler? Hva savner dere?

Hva har dere tilegnet dere på egenhånd om kunnskapsbasert praksis? Hvordan?

**2. Valg av prosedyrene?**

- **Hva tenker dere om de valgte prosedyrene? Nyttieverdi? Sammenligning med forskningsresultater? Ut fra funnene? Nå etterpå?**

**3. Samarbeide?**

- **Hvordan har samarbeidet innad i gruppen vært? I ulike gruppesammensetninger? SIG og HIG?**
- **Hvilke hindringer og muligheter har samarbeidet gitt?**
- **Hvilke erfaringer har dere i forhold til samarbeid?**

Hjelpespørsmål ved behov:

Hvilken betydning har samarbeidet hatt? Hvilke hindringer og muligheter?

Hvordan har ansvarsfordelingen vært når det gjelder initiativ og gjennomføring?

**4. Kunnskapsformidling?**

**Hva tenker dere om hvordan resultatene ble formidlet videre?**

**Hvordan var interessen for resultatene på avdelingen?**

Hjelpespørsmål:

Hvordan har dere delt kunnskapen med andre?

## **5. Utbytte?**

- **Alt i alt hvordan vurderer dere utbyttet av kunnskapsbasert praksisprosjektet? Nytteverdi?**

## **6. Konsekvenser?**

- **Hva tenker dere om denne arbeidsmetoden i praksisveiledningen av sykepleierstudenter?**
- **Hvordan skal man utvikle denne samarbeidsformen i fremtiden? Forslag?**
- **Beskriv hvordan dere kan bruke kunnskapsbasert praksis i deres daglig arbeide?**
- **Hvordan vil dere jobbe med kunnskapsbasert praksis i fremtiden?**

Hjelpespørsmål:

Hvordan har evnen til kritisk tenkning og handling endret seg i løpet av prosjektperioden?

Kan dere si noe om deres roller og funksjoner i avdelingen i forhold til kunnskapsbasert praksis?

**Andre kommentarer?**

## **Forespørsel om deltakelse i fokusgruppeintervju for å evaluere prosjektet om kunnskapsbasert praksis**

### Informasjonsskriv

Du har deltatt i samarbeidsprosjektet som representant fra praksis. For å evaluere utbyttet av kunnskapsbasert praksis, har vi tenkt å gjennomføre fokusgruppeintervju med prosjektgruppen. Deltakelse i fokusgruppeintervjuet er frivillig.

Fokusgruppeintervjuet vil vare 60 - 90 minutter, og vil bli gjennomført av høgskolelektor Randi Slåsletten med veileder Inger Johansson som observatør. Deltakerne vil få spørsmål innen følgende tema: 1. læring av kunnskapsbasert praksis, 2. valg av prosedyrene, 3. samarbeidet, 4. kunnskapsformidling, 5. utbyttet og 6. konsekvenser. Fokusgruppeintervjuet vil bli tatt opp på bånd som makuleres når prosjektet er rapportert. Resultatet skal anvendes i en projektrapport, presentasjoner og eventuelt en fagartikkel. Enkeltpersoner kommer ikke til å bli identifisert.

Det er i denne anledningen vi henvender oss til deg for å be om din deltakelse i fokusgruppeintervjuet.

Samtykke (på neste side) returneres til Inger Johansson intervjudagen.

Vennlig hilsen

Leena Heinonen og Randi Slåsletten (høgskolelektorer)

Seksjon for sykepleie

Høgskolen i Gjøvik