

**En kvalitativ studie som fokuserer på  
fagutviklingssykepleiernes erfaringer med en felles  
prosedyrebank for kunnskapsbaserte fagprosedyrer**



---

**Universitetet  
i Stavanger**

**Institutt for Helsefag**

**Master i sykepleie, Spesialisering i intensivsykepleie**

**Masteroppgave (30 studiepoeng)**

**Student:**

**Marit-Johanne Kartevold**

**Hanne Håland Sørli**

**Veileder:**

**Ingvild Margreta Morken – fag- og forskningssykepleier, PhD**

**Dato**

**09.05.2016**

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

**MASTERSTUDIUM I SYKEPLEIE  
MASTEROPPGAVE**

---

**SEMESTER:** Vår 2016

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:** Marit-Johanne Kartevold og Hanne Håland Sørli  
**VEILEDER:** Ingvild Margreta Morken- fag og forskningssykepleier, PhD

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:**

En kvalitativ studie som fokuserer på fagutviklingssykepleierens erfaringer med en felles prosedyrebank for kunnskapsbaserte fagprosedyrer.

**Engelsk tittel:**

A qualitative study focusing on development nurse's experiences with a public procedure bank for evidence-based clinical procedures.

---

**EMNEORD/STIKKORD:**

Kvalitativ studie, Kunnskapsbaserte sykepleie, Prosedyrer, Samarbeid, Helseforetak.

---

**ANTALL SIDER:** Del 1 Kappe: 24 sider  
Del 2 Artikkel: 13 sider  
+ vedlegg

**STAVANGER:** .....

09.05.2016

## **FORORD**

Etter to år som masterstudenter er vi endelig ved veis ende. Det har vært to lærerike, spennende og utfordrende år, som har gitt både glede og inspirasjon. Vi har fått muligheten til og bli kjent med mange nye mennesker som har inspirert oss på forskjellige måter.

Temaet for oppgaven er noe vi brenner for, fordi vi ser at Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet sin felles prosedyrebank kan ha betydning for kvaliteten på helsevesenet i Norge.

Takk til alle informantene som deltok i studien, og deres interessante refleksjoner og gode argumentasjoner. Vi vil og rette en stor takk til vår veileder Ingvild M. Morken ved Universitetet i Stavanger, for raske og konkrete tilbakemeldinger, samt inspirerende samtaler. Takk til Karin Borgen ved Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet, for gode innspill og svar på spørsmål. Til slutt vil vi rette en spesiell takk til Stian, Hildegunn, Marte og Lisa for gjennomlesning og flotte tilbakemeldinger.

Når vi er to personer som skal skrive en masteroppgave, kan det gi mange utfordringer. Vennskapet, personlige egenskaper og at vi tidligere har vært arbeidskolleger har vært en fordel. Sammen har vi hatt mange gode diskusjoner, mye latter og et flott vennskap.

Uten støtte og oppmuntring fra familie og venner ville det vært vanskelig å gjennomføre dette masterstudiet. Vi er takknemlige for all hjelp og støtte vi har fått gjennom studieforløpet!

Marit-Johanne Kartevold og Hanne Håland Sørli

Stavanger, Mai, 2016

## **SAMMENDRAG**

### **Bakgrunn:**

Intensivavdelinger har behov for et stort antall fagprosedyrer. Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet har opprettet en felles prosedyrebank for kunnskapsbaserte fagprosedyrer, men det er uvisst hvilken erfaring fagutviklingssykepleierne ved intensivavdelingene har med å utvikle og anvende disse.

### **Hensikt:**

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilken erfaring fagutviklingssykepleiere på intensivavdelinger i Norge har med å utvikle og anvende kunnskapsbaserte fagprosedyrer til Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet.

### **Metode:**

Det ble utført en kvalitativ studie med semistrukturert dybdeintervju av syv fagutviklingssykepleiere, på syv forskjellige intensivavdelinger i Norge. Datamaterialet ble analysert med inspirasjon fra Graneheim og Lundmans innholdsanalyse.

### **Resultat:**

Det ble indentifisert to temaer som reflekterer fagutviklingssykepleiernes erfaringer i å utvikle kunnskapsbaserte fagprosedyrer, og å anvende kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Få har erfaring i å utvikle, på grunn av mangel på tid og kunnskap. Alle informantene hadde anvendt de kunnskapsbaserte fagprosedyrer, med motivasjon i økt kvalitet, pasientsikkerhet og yrkesstolthet. Utfordringen med å anvende var blant annet at flere nødvendige fagprosedyrer manglet.

### **Konklusjon:**

Det er motivasjon for å bidra i arbeidet med den felles prosedyrebanken, men mangel på tid og kunnskap utfordrer. Tiltak som økte ressurser og faste lokale ressurspersoner bør implementeres. Nytenkning rundt produksjonen bør føre til at prosedyrebanken raskere og mer effektivt vil bli fylt med nødvendige kunnskapsbaserte fagprosedyrer.

**Nøkkelord:** Kvalitativ studie, Kunnskapsbasert sykepleie, Prosedyre, Samarbeid og Helseforetak.

## **SUMMARY**

### **Background:**

Intensive care units are in need of a large number of clinical procedures. The Knowledge Centre for the Health Services has established a public procedure bank for evidence-based clinical procedures, but it is unclear what experience professional development nurses in intensive care units have in terms of developing and applying these.

### **Purpose:**

The purpose of this study was to explore the experience development nurses in intensive care units experience in developing and applying evidence-based clinical procedures for the Knowledge Centre for the Health Services.

### **Method:**

It was conducted a qualitative study with semi-structured in-depth interviews of seven development nurses at seven different intensive care units in Norway. The data were analyzed with inspiration from Graneheim and Lundmans content analysis.

### **Result:**

Two themes were identified, reflecting the development nurses experiences in developing and applying evidence-based clinical procedures. Few have experience in developing evidence-based clinical procedures, due to lack of time and knowledge. All interviewees had, at some point, utilized the evidence-based clinical procedures, motivated by improved quality, patient safety and professional pride. Challenges included the fact that many necessary clinical procedures were missing.

### **Conclusion:**

It's motivation to contribute to the work on a public procedure bank, but lack of time and knowledge challenges. Measures that increase resources and local resource persons should be implemented. Innovations around production should cause the procedure bank faster and more efficiently will be filled with the necessary evidence-based clinical procedures.

**Keywords:** Qualitative study, Evidence-based nursing, Procedures, Collaboration, Health companies.

# INNHALDSFORTEGNELSE

## DEL 1: KAPPEN

<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for studien.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	3
<b>2.0 TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	<b>4</b>
2.1 Kvalitet og pasientsikkerhet.....	4
2.2 Kunnskapsbasert praksis .....	5
2.3 Kunnskapsbaserte fagprosedyrer .....	6
2.4 Fagutvikling .....	6
2.5 Motivasjonsteori.....	7
<b>3.0 METODE OG ANALYSE</b> .....	<b>8</b>
3.1 Kvalitativ metode.....	8
3.2 Vitenskapsteoretisk forankring .....	8
3.3 Det kvalitative intervjuet.....	8
3.4 Utvalg .....	9
3.5 Innsamling av data .....	9
3.6 Analyse.....	10
3.7 Troverdighet.....	11
3.8 Forskningsetiske vurderinger .....	12
<b>4.0 FUNN</b> .....	<b>14</b>
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>17</b>
5.1 Erfaringer med å utvikle kunnskapsbaserte fagprosedyrer .....	17
5.2 Erfaringer med å anvende kunnskapsbaserte fagprosedyrer .....	18
5.3 Metodiske overveielser .....	19
5.4 Implikasjoner for praksis .....	20
5.5 Implikasjoner for videre forskning .....	21
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>22</b>
<b>REFERANSER</b> .....	<b>23</b>
<b>DEL 2: ARTIKKEL</b> .....	<b>26</b>

Fagutviklingssykepleiernes erfaringer med en felles prosedyrebank for kunnskapsbaserte fagprosedyrer.

## **VEDLEGG**

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 3: Forespørsel om intervjudeltagelse

Vedlegg 4: Forfatterveiledning Sykepleien Forskning

**DEL 1**  
**KAPPEN**



## **1.0 INTRODUKSJON**

I denne studien har sett på hvilken erfaring intensivavdelingers fagutviklingssykepleiere har med å utvikle og anvende kunnskapsbaserte fagprosedyrer til Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet (FHI). Ved å få økt kunnskap om disse erfaringene kan samarbeid om kunnskapsbaserte fagprosedyrer (KB fagprosedyrer) mellom helseforetakene på sikt bedres.

Oppgaven er todelt, der første del er en kappe, og andre del er en artikkel. I kappen blir temaet, formålet med studien og problemstillingen introdusert for leseren. Deretter presenteres den aktuelle teorien som utgjør rammeverket for studien. I metoddelen får leseren kunnskap om metoden og selve analyseprosessen, og et kort sammendrag av funnene blir presentert. Deretter drøftes resultatene fra studien med utgangspunkt i aktuell teori og tidligere forskning. I oppgavens andre del presenteres den empiriske studien i artikkelform. Artikkelen gir leseren bedre kjennskap til hvilken erfaringer intensivavdelingers fagutviklingssykepleiere har med å utvikle og anvende KB fagprosedyrer. Forfatterne har som ambisjon å publisere i tidsskriftet Sykepleie Forskning.

### **1.1 Bakgrunn for studien**

Sykepleie skal være kunnskapsbasert i følge de ”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere skal være i overensstemmelse med disse retningslinjene (NSFLIS Generalforsamling, 2002).

Kunnskapsbasert praksis innebærer at faglige avgjørelser baserer seg på oppdatert og systematisk innhentet forskning, kunnskap om erfaringer og brukermedvirkning. Målet er at pasienten skal få best mulig pleie (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 16-17). Fagprosedyrer er fremgangsmåter for å utføre helsefaglige og medisinske prosesser. KB fagprosedyrer defineres som prosedyrer som er utarbeidet etter AGREE minstekrav og kunnskapsbasert praksis (Jamtvedt, Strand & Borgen, 2011). Spesielt har intensivavdelinger behov for et stort antall fagprosedyrer, da akutt og/eller kritisk syke pasienter med et stort spekter av forskjellige sykdommer innlegges (Gulbrandsen & Stubberud, 2015b, s. 29,31)

St.Meld.Nr.12 (2015-2016) fremhever utfordringene helse- og omsorgstjenesten har i den stadige utviklingen av prosedyrer, behandlinger og metoder. Det er ønsket at det blir laget systemer for at oppdatert kunnskap raskt kan tas i bruk ønskes for å sikre at pasienten får den beste pleien. Dersom dette ikke oppnås vil pasienten motta en variert og annen behandling enn det som er faglig anbefalt.

Notatet ”Prosedyrearbeid : meningsløst mangfold?” ble publisert i 2010 av ”Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer”. Nettverket oppdaget at det trolig var mye dobbeltarbeid i utviklingen av fagprosedyrer i helseforetakene. Omtrent halvparten av helseforetakene oppga at de systematisk kvalitetssikret fagprosedyrene sine, men kvaliteten på dem var ofte uviss (Eiring, Pedersen, Borgen & Jamtvedt, 2010). I en undersøkelse fra 2009 ble det avdekket at det fantes 39 forskjellige fremgangsmåter for å håndtere sentralt venekateter, innenfor samme helseforetak (Borgen, 2013). Helseforetakene melder inn avvik via ”Meldeordningen” til Helsedirektoratet. Årsrapporten for 2014 viste at avvik relatert til kliniske prosesser/prosedyrer er de hyppigst forekommende avvikene. De mest sentrale årsakene er manglende, uklare og ikke-implementerte fagprosedyrer (St.Meld.Nr.12 (2015-2016)).

Denne studien ser på Kunnskapssenteret i FHI sin prosedyrebank fordi den er gratis og tilgjengelig for alle helseforetakene. I 2009 startet Kunnskapssenteret i FHI et nettverk med intensjon om blant annet å bedre kvaliteten på fagprosedyrer, gjøre KB fagprosedyrer fritt tilgjengelig for helsepersonell, og å samarbeide på et nasjonalt plan om KB fagprosedyrer. Et nasjonalt samarbeid ble i 2011 fremmet, som resulterte i at alle regionale helseforetak skal bidra med utvikling av minst to nye KB fagprosedyrer årlig, samtidig som de har ansvar for å revidere egne bidrag til prosedyrebanken (Borgen, 2013; Jamtvedt, et al., 2011). Kunnskapssenteret i FHI fasiliterer og kvalitetssikrer produksjonen av KB fagprosedyrer samt publiserer og formidler dem via Helsebiblioteket (Jamtvedt, et al., 2011).

I arbeid med denne studien har vi stilt oss spørsmålene: Hva slags erfaringer har brukerne av Kunnskapssenteret i FHI med de KB fagprosedyrene? Kjenner fagutviklingssykepleierne på intensivavdelinger til Helsebiblioteket? Hvordan opplevde brukerne det å utvikle KB fagprosedyrer? Var det krevende; og i tilfelle, var det verdt det? Hvilke tanker hadde brukerne om at helseforetaket som hadde utviklet fagprosedyrene, også hadde ansvar for å revidere dem? Begrenser revisjonsansvaret motivasjonen for å utvikle? Blir publiserte fagprosedyrer anvendt, og opplever fagutviklingssykepleierne dem som nyttige? Hva mener fagutviklingssykepleierne kan gjøres annerledes for å forbedre prosedyrebanken?

Vi har selv erfart at ulike fagprosedyrer knyttet til ulike helseforetak. Når pasienter blir overflyttet mellom helseforetak, eller helsepersonell skifter jobb mellom helseforetak er det mulighet for at forskjellig utførelse av fagprosedyrer kan føre til usikkerhet i forhold til hva som er beste praksis.

Kunnskapsbasert praksis er i følge St.Meld.Nr.12 (2015-2016) grunnleggende for å bygge tjenester av god kvalitet, og er dermed en motivasjonsfaktor for å utvikle KB

fagprosedyrer. Barrierer for å jobbe kunnskapsbasert inkluderer mangel på tid, begrenset kunnskap og ferdigheter i å finne og anvende forskning (Dalheim, Harthug, Nilsen Roy & Nortvedt Monica, 2012; Stetler, Ritchie, Rycroft-Malone, Schultz & Charns, 2009). Det er utført flere studier på implementering av kunnskapsbasert praksis, men vi har ikke funnet noen som direkte omhandlet utvikling og anvendelse av KB fagprosedyrer. Hensikten med denne studien er å tette dette kunnskapshullet.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Det overordnede forskningsspørsmålet lyder som følger:

*Hvilken erfaring har intensivavdelingens fagutviklingssykepleiere med å utvikle og anvende de kunnskapsbaserte fagprosedyrerne til Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet?*

Med følgende underspørsmål:

- Hvilke utfordringer og motivasjonsfaktorer finnes for å utvikle kunnskapsbaserte fagprosedyrer til Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet?
- Hvilke utfordringer og motivasjonsfaktorer finnes for å anvende de kunnskapsbaserte fagprosedyrer til Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet?

## **2.0 TEORETISK RAMMEVERK**

Dette kapittelet presenterer aktuell teori og begreper som danner rammeverket for denne studien. Først presenteres begrepene kvalitet og pasientsikkerhet samt betydningen begrepene har for den felles prosedyrebanken med KB fagprosedyrer. Videre defineres og utdypes begrepet KB fagprosedyre, og de tilhørende begrepene: Kunnskapsbasert praksis og fagutvikling. Til slutt presenteres en motivasjonsteori for bedre å kunne forstå funnene fra studien.

### **2.1 Kvalitet og pasientsikkerhet**

Den felles prosedyrebanken med KB fagprosedyrer kan ha betydning for kvalitet og pasientsikkerhet, ved at kvaliteten i fagprosedyrene økes. I følge St.Meld.Nr.12 (2015-2016) skal helsetjenesten tilby helsehjelp av god kvalitet, der god kvalitet viser til at tjenestene er:

- 1) virkningsfulle,
- 2) trygge og sikre,
- 3) involverer brukerne,
- 4) samordnet og preget av kontinuitet,
- 5) utnytter ressursene på en god måte, og
- 6) er tilgjengelige og rettferdig fordelt (St.Meld.Nr.12 (2015-2016)).

Kunnskapssenteret definerer pasientsikkerhet slik: ”Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser” (Kunnskapssenteret I Folkehelseinstituttet). Med andre ord handler pasientsikkerhet om at tjenestene skal være trygge og sikre, jamfør underpunkt av begrepet kvalitet i Stortingsmeldingen (St.Meld.Nr.12 (2015-2016); Aase, 2015, s. 13-15). Pasientsikkerhet inkluderer også andre underpunkter av begrepet kvalitet, spesielt at tjenestene skal involvere brukerne, være samordnet og preget av kontinuitet (St.Meld.Nr.12 (2015-2016); Aase, 2015, s. 13-15). Viktigheten av å øke pasientsikkerheten understrekes også ved navnet på Stortingsmeldingen ”Kvalitet og pasientsikkerhet”.



Figur 1: Kunnskapsbasert praksis (Høgskolen i Bergen, 2012b)

## 2.2 Kunnskapsbasert praksis

Fagprosedyrer som ikke er basert på oppdatert kunnskap kan i verste fall medføre feil behandling av pasienter (Høgskolen i Bergen, 2012a). Kunnskapsbasert praksis er oversatt fra det engelske begrepet ”evidenced-based practice” (Nortvedt, et al., 2012, s. 17).

Kunnskapsbasert praksis defineres slik:

”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., 2012, s. 17).

Forskningsbasert kunnskap er den aktuelle forskningen som retter seg mot det bestemte praktiske målet. Det skal gjøres systematiske litteratursøk og kilder bør hentes fra høyest mulig nivå i ”S-pyramiden”, der oppsummerte studier er øverst og enkeltstudier er nederst. Erfaringsbasert kunnskap kan også kalles praksiskunnskap. Det er kunnskap en tilegner seg ved å praktisere, og reflektere underveis, og kjennetegnes ved et ”klinisk blikk” og et ”godt håndlag”. Brukerkunnskap og brukermedvirkning betyr at pasientens ønsker og behov skal imøtekommes og vektlegges når beslutninger om pasientens egen helse fattes, som for eksempel ved utførelse av spesifikke fagprosedyrer. Konteksten omslutter så disse tre elementene til kunnskapskilder, som er vist i figur 1. Konteksten er miljøet i den gitte situasjonen, og er knyttet til kultur, forståelsesramme, ressurser, etniske forhold, politikk og

prioriteringer (Nortvedt, et al., 2012).

Når modellen anvendes i praksis, skal en god intensivsykepleier kombinere kunnskap fra forskning med erfaringsbasert kunnskap, sammen med empati og gode kommunikasjonsferdigheter. Intensivsykepleieren skal samtidig evaluere konteksten ved at faglig skjønn anvendes. Kunnskapsbasert praksis er dermed et redskap for å utvikle praksis gjennom en systematisk og reflektert bruk av ulike kunnskapskilder (Nortvedt, et al., 2012, s. 15-23).

### **2.3 Kunnskapsbaserte fagprosedyrer**

KB fagprosedyrer baserer seg på samme tilnærming som kunnskapsbasert praksis, og er derfor et godt hjelpemiddel for å jobbe kunnskapsbasert for intensivsykepleieren.

Kunnskapscenteret definerer en prosedyre som en angitt fremgangsmåte for å utføre en aktivitet eller en prosess. Fagprosedyrer er prosedyrer som omhandler medisinske og helsefaglige aktiviteter eller prosesser i helsetjenesten. KB fagprosedyrer er fagprosedyrer som er utarbeidet etter AGREEs minstekrav (Jamtvedt, et al., 2011).

AGREE står for the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) og er et internasjonal krav som stilles til å utvikle KB fagprosedyrer (AGREE-Instrumentet, 2015). AGREEs minstekrav innebærer blant annet at det skal gjøres et systematisk og oppdatert litteratursøk, og at fagpersoner fra alle relevante faggrupper er med i utarbeidelsen av fagprosedyren. I tillegg skal det legges ved vedlegg av en metoderapport som skal beskrive hvordan AGREE-kravene og metoden er tilfredsstillt og hvilke metoder som er brukt, samt pasient-/pårørende informasjon, søkehistorie og PICO-skjema (Jamtvedt, et al., 2011).

### **2.4 Fagutvikling**

Spesielt intensivavdelinger har behov for et stort antall fagprosedyrer, da akutt og/eller kritisk syke pasienter med et stort spekter av forskjellige sykdommer innlegges (Gulbrandsen & Stubberud, 2015b, s. 29,31) Begrepet fagutvikling brukes om forbedring av rutiner, prosedyrer, undervisningsopplegg, veiledning, ulike prosjekter, implementering av ny kunnskap, kvalitetsarbeid og/eller forskning (Løvsletten, 2013). Fagutvikling handler med andre ord om å omsette eksisterende kunnskap eller viten ut i praksis eller å forske. Systematisk utviklingsarbeid er avgjørende for å heve sykepleien, både faglig og kvalitetsmessig (Gulbrandsen & Stubberud, 2015a, s. 61-63). Intensivsykepleiere har det faglige ansvaret for at pasienten får forsvarlig sykepleie, mens fagutviklingssykepleiere har ansvar for å etablere kunnskapsbasert praksis i avdelingen. Ledelsen har på sin side ansvaret

for å etablere systemer og rutiner som sikrer dette (Jamtvedt, et al., 2011), og har det overordnede ansvaret for fagutviklingen (Løvsletten, 2013).

## **2.5 Motivasjonsteori**

For å utføre en handling, som å utvikle KB fagprosedyrer, må en være motivert. Motivert betyr å bli beveget til å gjøre noe. Ryan og Deci (2000) skiller mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon er når en handling utføres på bakgrunn av at personen ønsker å oppnå noe, for personlig tilfredsstillelse. Ved ytre motivasjon blir personen motivert av en ytre faktor, for eksempel plikt, belønning eller trussel om straff. Bruk av ytre motivasjon kan redusere den indre motivasjonen, fordi mennesker kan oppleve at det styrer adferden (Ryan & Deci, 2000).

Koblingen mellom penger og motivasjon har vært et omdiskutert tema i flere tiår, særlig i forhold til organisasjoner (Olafsen, Halvari, Forest & Deci, 2015). Motivasjon i form av belønning er har den fordelen at mennesker ønsker å utføre handlinger som gir positive konsekvenser. Motivasjon i form av belønning kan skje både bevisst og ubevisst (Haukedal, 2008).

## **3.0 METODE OG ANALYSE**

### **3.1 Kvalitativ metode**

Kvalitativ metode er det foretrukne studiedesignet når det skal søkes kunnskap om erfaringer og holdninger (Polit & Beck, 2012, s. 16-18). Kvalitativ forskning legger vekt på hvordan noe gjøres, fortolkes og forstås. Metoden egner seg derfor best ettersom målet med denne studien er å undersøke hvilke erfaringer fagutviklingspsykepleiere har med å utvikle og anvende de KB fagprosedyrene til Kunnskapssenteret i FHI. Dette kapitlet har til hensikt å gi leseren et innblikk i den metodiske fremgangsmåten i studiet, fra planleggingsfasen til presentasjonen av resultatene.

### **3.2 Vitenskapsteoretisk forankring**

Studiet har et naturalistisk syn på hvordan kunnskap tilegnes. Det naturalistiske paradigmet knyttes ofte til kvalitativ metode, der resonnering av vitenskap foregår som en induktiv prosess. Den induktive prosessen innebærer at forskerne innhenter informasjonen som så analyseres. Analysen brukes til å utvikle en beskrivelse som hjelper å belyse fenomenet som undersøkes. Funn innenfor det naturalistiske paradigmet, også kalt det konstruktivistiske paradigmet, regnes som et produkt av samspillet mellom intervjuer og informant. Subjektiv samhandling er den viktigste måten å innhente kunnskap om fenomenet som skal studeres. Kunnskapen økes jo mindre avstand det er mellom intervjuer og informant. Informantenes stemmer og kroppsspråk er avgjørende og må tas i betraktning for å forstå fenomenet (Polit & Beck, 2012, s. 12-15).

### **3.3 Det kvalitative intervjuet**

Det ble benyttet et semistrukturert forskningsintervju i studiet. Når en søker å forstå verden gjennom informantens øyne er semistrukturert intervju nyttig. Da er en ikke fastlåst i oppsatte spørsmål, men kan følge opp innspill en får fra informantene. Intervjuene ble utført med en intervjuguide (vedlegg 1), som omhandlet temaet å ble brukt som grunnlag for spørsmålene. Intervjuene ble transkribert, den skrevne teksten og lydopptakene utgjorde så grunnlaget for analysen (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015, s. 46). Transkripsjon av telefonintervjuene ble utført innen det første døgnet etter gjennomført intervju. Metoden ga oss en mulighet til å foreta telefonintervju, med den fordel at fagutviklingspsykepleiere fra hele landet hadde mulighet til å delta (Kvale, et al., 2015, s. 178).



### **3.4 Utvalg**

Det ble gjort et strategisk utvalg blant de fire regionale helseforetakene, som består av totalt 26 helseforetak. 19 av helseforetakene var sykehus med intensivavdelinger (Regjeringen.No, 2015). Der helseforetaket hadde mer enn et sykehus med intensivavdeling ble utvalget begrenset til det største sykehuset med den største intensivavdelingen i helseforetaket. Dette ble gjort for å sikre geografisk spredning. Ved å velge det største sykehuset med intensivavdeling antok vi at der hadde det et større mangfold av fagprosedyrer. Studiens inklusjonskriterier var fagutviklingssykepleiere på de største kirurgiske-/generelle intensivavdelinger i Norge. På større sykehus blir som regel intensivavdelinger delt inn i kirurgiske og medisinske intensivavdelinger, mens mindre sykehus som regel har en generell intensivavdeling, der både kirurgiske og medisinske intensivpasienter er samlet. Bakgrunnen for at kirurgiske intensivavdelinger ble valgt fremfor medisinske intensivavdelinger der de ikke hadde blitt slått sammen til en, var at vi antok at det eksisterer flere fagprosedyrer på kirurgiske intensivavdelingene enn på en medisinske intensivavdeling. Fagutviklingssykepleierne vil være representative for kunnskapen rundt prosedyrearbeidet på intensivavdelingen, fordi de sitter med fagutviklingsansvaret og prosedyreansvaret. Studiens informanter ble tilfeldig utvalgt etter loddtrekningsprinsippet.

I utgangspunktet ble åtte fagutviklingssykepleiere ble kontaktet. En intensivavdeling ble ekskludert fordi de ikke hadde en ansvarlig fagutviklingssykepleier, og ikke noen som hadde hovedansvaret for prosedyrearbeidet. Dette gjorde at de ikke møtte inklusjonskriteriet for studiet. En annen fagutviklingssykepleier ønsket ikke å delta i studiet. Dermed ble to andre fagutviklingssykepleiere forespurt om deltakelse, en av disse svarte på forespørselen. Utvelgelsesprosessen resulterte i syv informanter, med representasjon fra alle de fire regionale helseforetakene. I gjennomsnitt hadde informantene hatt stillingen som fagutviklingssykepleier i syv år, med en median på fire år. Tre av informantene hadde masterbakgrunn og tre hadde kurs eller videreutdanning i forskningsbaserte studier.

### **3.5 Innsamling av data**

Kontakt med informantene ble først etablert via forskningsavdelingen eller personvernombudet ved hvert sykehus. De ble kontaktet per telefon og informert muntlig om studiet, og ble deretter oversendt "Forespørsel om deltakelse" og godkjenningen fra NSD. Videre satte forskningsavdelingen eller personvernombudet oss i kontakt med avdelingsleder som igjen kontaktet fagutviklingssykepleier. Det ble så opprettet kontakt med fagutviklingssykepleier via mail, signerte samtykkeskjema ble sendte inn, og tid for intervju

ble avtalt. Informantene stilte seg positive til å bli kontaktet på ny, dersom nye spørsmål skulle dukke opp. Intervjuet ble gjort per telefon, og det ble brukt lydbånd som hjelpemiddel. Å bruke lydbåndet hjalp intervjueren å konsentrere seg om intervjuets dynamikk og emne, og gav muligheten til å spole frem og tilbake ved transkribering (Kvale, et al., 2015, s. 205-206).

### 3.6 Analyse

Analysen var inspirert av Graneheim og Lundman sin innholdsanalyse, presentert i artikkelen: ”Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness.” (Graneheim & Lundman, 2004). Stegene i analyseprosessen blir beskrevet i tabell 1.

Stegene i analyseprosessen	
<b>Intervju</b>	Notater ble tatt underveis i intervjuet av intervjuer for å fortløpende å analysere og dermed kunne oppsummere hva informanten sa. Dette ble gjort for å bekrefte oppfatningen av det informanten formidlet. Etter intervjuet noterte forskerne sammen hvordan de opplevde intervjuet, og hva de opplevde at informanten fremhevet som det viktigste.
<b>Transkripsjon</b>	Transkripsjonene ble utført innen det første døgnet etter intervjuet. Den transkriberte teksten ble for anonymitetens skyld skrevet på bokmål. En av forskerne gikk gjennom lydbåndet flere ganger og transkriberte. Den andre hørte gjennom det, og uklarheter ble sammen diskutert og nøye lyttet til flere ganger. Uklarheter besto av ordvalg og dialekt, og til tider dårligere lydbåndkvalitet. Begge leste gjennom det transkriberte intervjuet flere ganger, og tok nye notater for å bli kjent med helheten av teksten.
<b>Domener</b>	Intervjuene ble delt inn i domener, med utgangspunkt i intervjuguiden.
<b>Meningsenheter</b>	Meningsenhetene ble identifisert ut i fra hensikten med studien, satt inn i en tabell, og kodet med et tall.
<b>Kondenserte meningsenheter</b>	Meningsenhetene ble deretter kondensert. Det vil si at teksten ble forkortet, samtidig som kjernen ble bevart (Graneheim & Lundman, 2004). Teksten har dermed ikke blitt tolket her, og de opprinnelige ordene ble brukt så langt det lot seg gjøre.
<b>Koder</b>	De kondenserte meningsenhetene ble abstrahert ved å sette koder på dem. Abstraheringen tillot fortolkninger slik at det latente innholdet ble tydeligere.
<b>Kategorier</b>	Kodene ble videre delt inn i kategorier, som etterhvert samlet flere koder under seg.
<b>Temaer</b>	Etter kategorisering kom fire temaer tydelig frem, og teksten ble farget etter hvilket tema det tilhørte. Meningsenhetene, og de tilhørende kondenserte meningsenhetene, kodene og kategoriene, ble deretter satt inn i et nytt dokument med det tilhørende temaet, og ble deretter satt i system.

**Tabell 1: Stegene i analyseprosessen.**

Det ble flere ganger gått frem og tilbake mellom de forskjellige analysestegene, den transkriberte teksten og våre egne notater etter intervjuene og etter gjennomlesning av transkripsjonen, for å få en helhetlig forståelse av informantens mening.

### **3.7 Troverdighet**

For å sikre troverdigheten var det viktig å velge riktig metode til problemstillingen (Shenton, 2004), som begrunnet tidligere i dette kapittelet. Siden vi ikke hadde noen sammenlignbare intervjuguider å kvalitetssikre vår intervjuguide opp mot, utførte vi et pilotintervju og en pilotanalyse for å kontrollere spørsmålenes egnethet for å besvare problemstillingen. Små justeringer av intervjuguiden ble gjort etter pilotintervjuet og pilotanalysen. Pilotintervjuet ga oss som førstegangsforskere mulighet til å opparbeide erfaring som intervjuere og analytikere (Kvale, et al., 2015, s. 151).

Det er nære bånd mellom troverdighet og pålitelighet. For å sikre pålitelighet har de ulike stegene i studien blitt nøye beskrevet, slik at leseren selv kan vurdere i hvilken grad forskningens praksis ble fulgt (Shenton, 2004). Troverdighet relatert til tolkninger handler i følge Graneheim og Lundman (2004) om å etablere argumenter for de mest sannsynlige tolkningene. Troverdigheten økes ved at funnene blir presentert slik at leseren selv kan se etter alternative tolkninger (Graneheim & Lundman, 2004). Å sitere utsagn fra informantene kan gi leseren mulighet til å oppdage alternative tolkninger. Begge forskerne samarbeidet gjennom hele analyseprosessen. Triangulering av forskningsprosessen øker troverdigheten (Shenton, 2004). Dette ble gjort ved regelmessig veiledning gjennom hele prosessen fra veileder.

Dersom forskeren har forutinntatte holdninger og meninger om temaet som undersøkes, er det fare for at forskeren ikke ser alternative løsninger ut fra materialet som skal analyseres (Kvale, et al., 2015, s. 268). Forskernes bakgrunn er derfor belyst i introduksjonskapittelet for å klargjøre ståstedet for intervjueren og dermed basis for analyseprosessen. Under analyseprosessen har vi vært kritiske til de forutinntatte antagelsene vi har hatt om nødvendigheten av et felles prosedyresystem. Informantene ble møtt med et åpent sinn, fordi vi var interesserte i å høre hvilke erfaringer og holdninger de hadde om temaet. For å overbevise leseren om at funnene fra studien er etterrettelige, altså at funnene ikke er et resultat av erfaringer og holdninger forskerne sitter inne med, men at det er de faktiske utsagnene til informantene, er det gjengitt eksempler fra analysestegene og sitater fra informantene (tabell 2 og 3). Metoden i studiet vil under drøftingskapittelet også bli drøftet for at leseren bedre skal kunne vurdere påliteligheten.

### 3.8 Forskningsetiske vurderinger

Studien ble godkjent av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste: prosjektnummer 44743) (Vedlegg 2). Oppbevaring og sletting av persondata ble gjort i tråd med retningslinjene til NSD, som innebær at intervjumaterialet ble kodet, anonymisert, og nedlåst i safe hos prosjektansvarlig, samt at all persondata blir slettet ved prosjektslutt, 15.05.2016.

Informantene ga et informert samtykke til å delta i studiet. Informert samtykke ble gitt ved at informantene fikk informasjon om studiet og hensikt gjennom dokumentet ”Forespørsel om deltakelse i forskningsstudie” (vedlegg 3), Det informerte samtykket ble signert av informantene og sendt til forskerne per post eller e-mail.

Informantene ble informert om:

- Studiens hensikt og formål.
- Hva informasjonen om dem skulle brukes til og at den skulle bli behandlet konfidensielt.
- At deltakelse var basert på frivillighet, og at de hadde anledning til å trekke seg når som helst uten å oppgi grunn.

Dette skulle sikre at informantene deltok frivillig, og at de visste at de hadde mulighet til å trekke seg fra studiet (Kvale, et al., 2015, s. 104-105). Flere av informantene benyttet seg av muligheten til å stille spørsmål om studiet i den løpende mailkorrespondansen. Informasjonen presentert i skrevet ble i utdypende form repetert for informantene før intervjuet startet, og de ble gitt mulighet til å stille spørsmål dersom noe var uklart. Det ble informert om at studien skulle utarbeides til artikkel med hensikt om å publiseres, noe alle informantene stilte seg positive til.

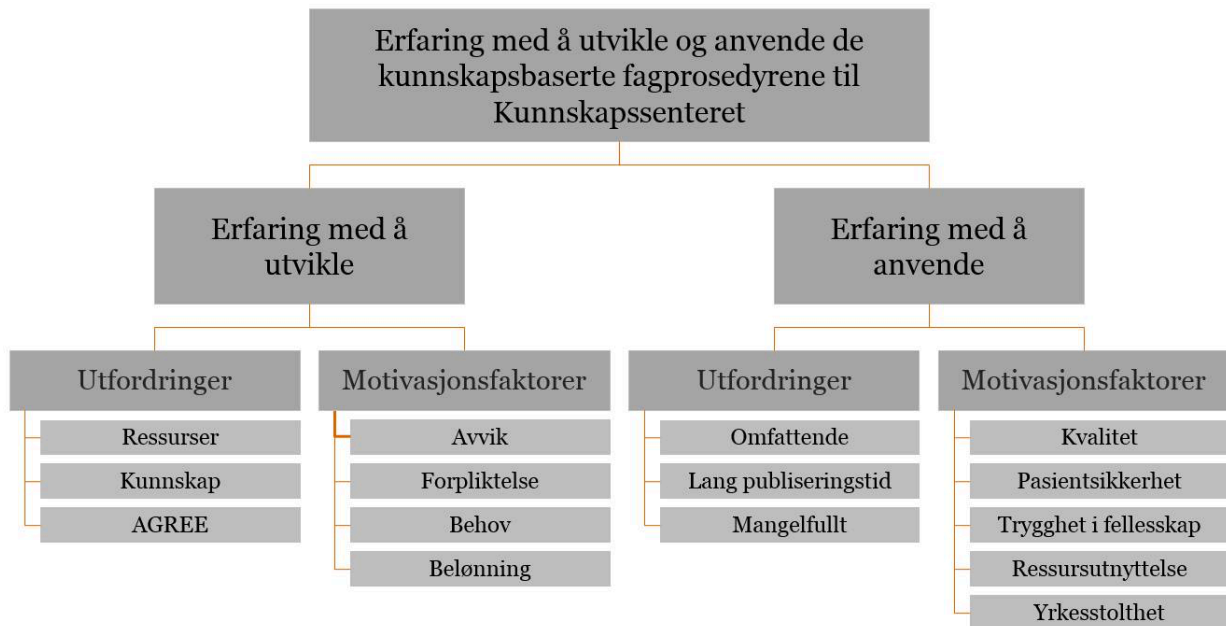
For å bevare konfidensialiteten ble det ikke gjengitt data som kunne avsløre informantenes identitet (Kvale, et al., 2015, s. 106). Informantene ble ivaretatt ved at all informasjon som kunne være avslørende da meningsenhetene ble kopiert fra de transkriberte tekstene til analysetabellene, ble kodet. Dette innebar at avsløringer om hvilke sykehus de samarbeider med, eller lignende, ble anonymisert, og at deres meningsenhet ble kodet med FS1, FS2, FS3, også videre. FS ble brukt som en forkortelse for fagutviklingspsykeleier, og tallet etter var et tilfeldig nummer de fikk. Personinformasjon hentet fra informantene inneholdt kun det nødvendige for å beskrive informantenes demografi.

Som forsker skal en reflektere over potensielle konsekvenser studiet kan medføre for informantene. Summen av mulige fordeler, som for eksempel produsert kunnskap, skal være større enn summen av ulemper, som for eksempel at det er særlig tidkrevende for informantene

forbundet med studie (Kvale, et al., 2015, s. 107). I dette studiet var konsekvensen for informantene at det krevde opp mot en time av deres arbeidstid, der 20-40 min gikk til selve intervjuet. En mulig ulempe kan være at det kunne føles avslørende for dem dersom de hadde lite erfaring med å utvikle KB fagprosedyrer, eller liten kjennskap til Kunnskapssenteret sin felles prosedyrebank. Fordelen med studiet er at det kan føles givende å kunne bidra med sine erfaringer og tanker om temaet, dersom det i fremtiden kan føre til forbedringer.

## 4.0 FUNN

Funnene i denne studien representerer informantenes erfaringer med å utvikle og anvende KB fagprosedyrer til Kunnskapscenteret i FHI. De transkriberte intervjuene ble systematisk gjennomgått og analysert før to temaer ble identifisert. Hvert temaene hadde to tilhørende subtema, som igjen hadde 3-5 kategorier. Dette vil bli tydeligere presentert i artikkelen, og i modell 1.



**Modell 1:** Presentasjon av funnene.

I denne delen vil et utsagn fra hver subkategori, med analyse inspirert av Graneheim og Lundmans innholdsanalyse, bli presentert i tabell 2 og 3. Tilgang på flere sitater vil gi leseren en mer detaljert forståelse av analyseprosessen, i hvordan meningsenhetene ble kondensert, kodet, kategorisert og tematisert.

**Tabell 2:** Et utdrag av meningsenheter fra temaet “erfaring med å utvikle KB fagprosedyrer til Kunnskapscenteret i FHI”.

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori	Subtema
”som jeg helt ærlig blir litt overmanna av, for jeg ser at dette har jeg ikke kapasitet til”	Overmanna av tanken på arbeidsmengden det er å utvikle KB fagprosedyrer.	Demotiverende	Ressurskrevende	Utfordringer
”når man ikke er veldig dreven på det, jeg vet at det tar lang tid hvis man er dreven nok”	Lite erfaring med litteratursøk gjør det vanskelig.	Uerfaren med litteratursøk	Kunnskapskrevende	Utfordringer
”at det kunne vært delt inn for eksempel medisinsk teknisk prosedyre, sånn at den kunne vært litt mer formet i forhold til det, enn om det er en prosedyre som går på et større tema”	En medisinsk teknisk prosedyre kunne for eksempel blitt annerledes formet enn en medisinsk prosedyre.	Utforming av forskjellige prosedyrer	AGREE	Utfordringer
”vi har avvik som legges ut på internett, og vi vil jo være et sykehus som opptrer på en korrekt og ordentlig måte, og gjør de rette tingene”	Avvik blir offentlige, og vi vil være et sykehus som gir riktig og ordentlig behandling.	Arbeide mer kunnskapsbasert	Avvik	Motivasjon
”ut i fra handlingsplanen har vi et vi ønske om å jobbe for å promotere avdelingen utad, og vi ønsker å være i et forskningsmiljø og å jobbe kunnskapsbasert”	I handlingsplanen utgår det at vi skal jobbe kunnskapsbasert, noe vi og ønsker.	Handlingsplan	Forpliktelse	Motivasjon
”det er veldig motiverende å lage retningslinjer og fagprosedyrer som oppleves nyttige for sykepleierne”	Motiverende å lage prosedyrer som oppleves nyttige.	Nyttige for sykepleierne	Behov	Motivasjon
”man kan love ut stipender, og ha kurs, eller en eksternforeleser. Eller goder for avdelinger som lager prosedyrer”	Man kan ha kurs, stipender, eksterne forelesere, eller få goder til avdelingen.	Faglige goder til avdelingen	Belønning	Motivasjon

**Tabell 3:** Et utdrag av meningsenheter fra temaet “erfaring med å anvende de KB fagprosedylene til Kunnskapssenteret i FHI”.

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori	Subtema
”det har vel litt med informasjon å gjøre. Vi er sikkert litt for lite kjent med hva som ligger der”	For lite kjent med Kunnskapssenteret og de KB fagprosedylene.	Mer informasjon	Lite kjennskap	Utfordringer
”den inneholder for mye bakgrunnsmateriale til å være en arbeidsprosedyre. Det er veldig mange sider og masse tekst, og du har ikke kommet et millimeter nærmer hva du faktisk skal gjøre i praksis”	Noen fagprosedyrer har for mye bakgrunnsmateriale, slik at det blir for mange sider til å være en arbeidsprosedyre.	Lite brukervennlig	Omfattende	Utfordringer
”når jeg sitter og ser at her driver de og jobber med en ting. Og så ser jeg på det et halvt år etterpå, og et halvt år etter det, og et halvt år etter det, så ligger det fortsatt uferdig”	Venter i lange tider på at påbegynte KB fagprosedyrer skal bli ferdige.	Venter på påbegynte KB fagprosedyrer	Lang publiseringstid	Utfordringer
”når man går inn og gjør søk på Kunnskapssenteret i forhold til en del ting, så føler jeg foreløpig ikke at jeg får alle de svarene jeg trenger der”	Finner ikke alle fagprosedylene når en søker på Helsebiblioteket	Mangler fagprosedyrer	Mangelfullt	Utfordringer
”jeg stoler på de prosedyrene, det står navnene til de som har utarbeidet, og hvem som har godkjent det. Jeg kan dermed kontakte dem”	Jeg stoler på de KB fagprosedylene på Helsebiblioteket.	Tillit til	Kvalitet	Motivasjonsfaktorer
”når jeg bruker fagprosedylene gir det jo selvfølgelig pasientsikkerhet. Jeg har vanskelig for å formulere meg når det blir litt sånn opplagt”	Anvende KB fagprosedyrer gir pasientsikkerhet.	Sikkerhet	Pasientsikkerhet	Motivasjonsfaktorer
”behandlingen blir mer lik i hele landet, slik at en skal få like god sykepleie på et lite sykehus som på et stort regionssykehus”	Ved en felles prosedyrebank blir behandlingen lik, uavhengig av hvor pasienten er innlagt.	Samme behandling	Trygghet i fellesskap	Motivasjonsfaktorer
”jo mer vi kan hente fra helsebiblioteket, jo mer ressurser vil vi spare, som gir økt mulighet til å jobbe kunnskapsbasert og å utvikle KB fagprosedyrer”	Jo mer som kan hentes av ferdige KB fagprosedyrer, jo mindre ressurser kreves.	Lønnsomt	Ressursutnyttelse	Motivasjonsfaktorer
”lære seg til å finne ut hva er det som er der ute, og hva som er troverdig som man kan bruke, og hva som ikke er det. Det er også viktig for å være profesjonell”	Å jobbe kunnskapsbasert er viktig for å være profesjonell.	Profesjonalitet	Yrkesstolthet	Motivasjonsfaktorer



## 5.0 DRØFTING

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilken erfaring intensivavdelingers fagutviklingssykepleiere har med å utvikle og anvende KB fagprosedyrer. Funnene vil diskuteres med bakgrunn i teoretisk rammeverk og relevant forskning. Drøftingen er strukturert ut i fra studiens to hovedtema.

### 5.1 Erfaringer med å utvikle kunnskapsbaserte fagprosedyrer

Noen informanter hadde erfaring med å utvikle KB fagprosedyrer til Kunnskapssenteret i FHI. De som ikke hadde utviklet, var likevel betydningsfulle for studien fordi flere hadde et visst innblikk i temaet som skulle undersøkes. Å få kunnskap om deres holdninger og synspunkter er viktig, slik at arbeid med den felles prosedyrebanken kan forbedres.

Funnene viser at det er ressurskrevende å utvikle KB fagprosedyrer, spesielt tidsbruken ble trukket frem. Dette er i tråd med tidligere studier som undersøker barrierer for å jobbe kunnskapsbasert, som konkluderte med at tiden var en utfordring (Dalheim, et al., 2012; Gale & Schaffer, 2009; Koehn & Lehman, 2008; Profetto - Mcgrath, Smith, Hugo, Taylor & El - Hajj, 2007; Sandvik, Stokke & Nortvedt, 2011). Ut i fra hvor ressurskrevende det var å utvikle, ble forståelse og støtte fra ledelsen sett på som en viktig indre motivasjonsfaktor, både ut i fra funnene i studien og tidligere studier (Eines & Lervik, 2012; Eizenberg, 2011; Gale & Schaffer, 2009; Olafsen, et al., 2015; Profetto-Mcgrath, et al., 2007; Stetler, et al., 2009). Ettersom ledelsen har det overordnede ansvaret for fagutviklingen (Løvsletten, 2013), og ansvaret for å etablere systemer og rutiner som sikrer dette (Jamtvedt, et al., 2011), vil det lønne seg for ledelsen å støtte og tilrettelegge for utvikling av KB fagprosedyrer.

Funnene i studien tyder på at helsepersonell opplevde at de hadde begrenset kunnskap om metoden og prosessen rundt utviklingen av KB fagprosedyrer. Opplevelsen samsvarer med tidligere forskning som ser på barrierer mot å implementere kunnskapsbasert praksis (Dalheim, et al., 2012; Friesen-Storms, 2015; Koehn & Lehman, 2008). Til tross for at majoriteten av informantene i vår studie hadde master eller kurs/videreutdanning i forskningsbaserte studier, viser det seg at dette var tilfelle for dem også. I tidligere studier har vanskeligheter med å forstå engelskspråklige forskningsartikler blitt beskrevet som en barriere (Dalheim, et al., 2012; Friesen-Storms, 2015). Dette var ikke et funn i vårt studie, og kan ha sammenheng med utdanningsnivået til informantene. Funnet om at faste, lokale

ressurspersoner bør bidra i utviklingen av KB fagprosedyrer, støttes av tidligere forskning (Stetler, et al., 2009).

En erfaren informant savnet alternativer i utformingen av AGREE, som ivaretar forskjellen mellom kategorier av fagprosedyrer. Slike alternativer av AGREE ville gjort det lettere å utvikle KB fagprosedyrer. Ettersom en av to informanter som hadde erfaring med å utvikle KB fagprosedyrer nevnte dette, definerte vi det i en egen kategori.

Som en barriere for å utvikle KB fagprosedyrer til Kunnskapssenteret i FHI hadde vi forventet tilbakemeldinger som gikk på revisjonsansvaret som fulgte med utviklingen av fagprosedyrene. Desto flere fagprosedyrer organisasjonen står ansvarlige for å utvikle, desto flere fagprosedyrer er de ansvarlige for å revidere i fremtiden. At dette ikke ble nevnt kan tyde på at informantene ikke oppfattet revideringen like arbeidskrevende som utviklingen, ikke så på det som en utfordring, eller ikke hadde reflektert over det.

I følge informantene kan avvik gi økt fokus på forbedringsarbeid, som igjen kan gi økt fokus på å utvikle KB fagprosedyrer. Dette samsvarer med formålet om økt lærdom av avvikene som blir meldt inn til "Meldeordningen" til Helsedirektoratet (St.Meld.Nr.12 (2015-2016)).

Funnene i vår studie viser at forpliktelse og belønning kan være en motivasjon for å utvikle KB fagprosedyrer. Dette er ytre motivasjonsfaktorer, og vil i følge Ryan og Deci (2000) kunne svekke den indre motivasjonen, fordi mennesker kan oppleve at det kontrollerer adferden. Andre undersøkelser støtter derimot opp informanten sitt utsagn om at stipend eller penger som belønning er en god motivasjon (Haukedal, 2008). Å se et behov for å anvende prosedyrebanken med de KB fagprosedyrer er en indre motivasjon, som skaper en god holdning til arbeidet. Tidligere studier støtter opp om dette, og tyder på at det er viktig at personalet har tro på nytten pasienten får av at det jobbes kunnskapsbasert, for at kunnskapsbasert praksis skal implementeres (Gunn Kristin Sandvik, Kjersti Stokke & Monica W. Nortvedt, 2011; Stetler, et al., 2009).

## **5.2 Erfaringer med å anvende kunnskapsbaserte fagprosedyrer**

Alle informantene oppga at de hadde brukt de KB fagprosedyrene til Kunnskapssenteret i FHI, allikevel brukte ikke alle dem rutinemessig. Årsaken kan henge sammen med funnet om at enkelte informanter hadde liten kjennskap til Kunnskapssenteret i FHI sitt nettverk.

Majoriteten av informanter uttrykte at de KB fagprosedyrene til Kunnskapssenteret i FHI var for omfattende til å bruke i det daglige. Ved enkle grep, som revidering og nye krav til oppsett på fagprosedyrene, kan dette endres. Prosedyrebanken i Helsebiblioteket er per

dags dato mangelfull; flere informanter savnet flere fagprosedyrer og den lange publiseringstiden for fagprosedyrerne var derfor også en utfordring. Dette viser at en felles dugnad, som en informant beskrev, kan være nødvendig for å ferdigstille prosedyrebanken i Helsebiblioteket.

Informantene i studiet mente at kunnskapsbasert praksis var grunnkilden til pasientsikkerhet. Økt kvalitet (Friesen-Storms, 2015) og pasientsikkerhet (Gale & Schaffer, 2009) som motivasjon for å jobbe kunnskapsbasert støttes av tidligere forskning av implementering av kunnskapsbasert praksis. Ut i fra begrepene kvalitet og pasientsikkerhet som er beskrevet i St.Meld.Nr.12 (2015-2016) mener vi at KB fagprosedyrer vil gjøre tjenestene virkningsfulle og trygge, ved at oppdatert forskning blir innhentet systematisk, og at faggruppen sikrer erfaringsbasert kunnskap. Et nasjonalt samarbeid om prosedyrebanken kan i følge informantene bedre samordningen og kontinuiteten i helsevesenet. Dersom alle helseforetakene bruker den felles prosedyrebanken kan det i følge informantene øke ressursutnyttelsen, ved at dobbeltarbeid unngås. Den felles prosedyrebanken vil dessuten føre til at tjenestene i større grad er tilgjengelige, og alle vil få tilgang til de KB fagprosedyrerne. Med bakgrunn i denne argumentasjonen vil kvaliteten og pasientsikkerheten heves ved at alle helseforetak anvender prosedyrebanken (St.Meld.Nr.12 (2015-2016)).

Studien tyder på at fagutviklingspsykeleierne har et personlig ønske om å jobbe kunnskapsbasert. I Sverige ble det sett på yrkesstolthet hos sykepleiere som jobber i eldreomsorgen, også det tyder på at sykepleierne vektlegger det å være flink som et ledd i yrkesstoltheten (Kaljas, Grind, Evertsson & Moen, 2014). Funnet hjelper oss å forstå hvorfor informantene så behovet for prosedyrebanken, og at det var en motivasjon for å utvikle.

### **5.3 Metodiske overveielser**

Studiens relevans støttes opp av tidligere forskning, som viser at det trolig er mye dobbeltarbeid i utviklingen av fagprosedyrer (Borgen, 2013; Eiring, et al., 2010), at det er stor variasjon i kvaliteten til lokale fagprosedyrer (Eiring, et al., 2010; Mentzoni & Bredal, 2016) og at avvik relatert til fagprosedyrer er hyppigst forekommende (St.Meld.Nr.12 (2015-2016)). Dessuten nevnes nødvendigheten av et nasjonalt samarbeid om lik praksis i tidligere forskning (Mentzoni & Bredal, 2016).

For å forske i helseforetakene kreves det godkjenning fra forskningsavdelingen eller personvernombudet i helseforetaket. Søknadsprosessen har vært omfattende og tidskrevende. Vurdering av godkjenning for pilotstudien vår lå til vurdering hos

forskningsavdelingen/personvernombudet i tre måneder, på tross av gjentatte henvendelser fra oss. Dette gjorde at tidsplanen på oppgaven ble forsinket.

Der det var mer enn én ansatt fagutviklingssykepleier på avdelingen valgte avdelingsleder informantene for oss. Dette gjorde at vi ikke kunne sikre oss at informantene våre var de med mest erfaring med prosedyrearbeid. Grunnen til at to informanter ikke ønsket å delta ble ikke oppgitt. Men ettersom vi fikk tilbakemelding fra flere andre informanter at det var en travel tid, undrer vi på om dette kan være årsaken, da dette også ble oppgitt som grunnen til at det tok lang tid å rekruttere noen av informanter.

Pilotintervju med pilotanalyse utført siden vi ikke hadde liknende intervjuguider å ta utgangspunkt i. Intervjuene ble gjennomført i løpet av et tidsrom på to måneder. Det lange tidsrommet ble en styrke i vår oppgave, da vi i de første intervjuene ikke spurte direkte om erfaring med å anvende de KB fagprosedyrene, men kun oppfølgingsspørsmål basert på at dette opptok informantene, som kom tydeligere frem etter transkripsjon og analyse. En informant fikk tilsendt intervjuguiden av hennes forskningsavdeling/personvernombud på forhånd. Dette kan ha gjort henne mer forberedt til intervjuet og kan ha påvirket hennes svar.

Telefonintervju ble utført, til tross for at det bryter med nærhetsprinsippet som står sterkt i et naturalistisk syn (Polit & Beck, 2012, s. 12). Forskerne fikk ikke tilgang til kroppsspråket til informantene, og dens betydning for det som blir formidlet. Tale og intonasjon var likevel tilgjengelig, og ble i høy grad tolket under transkribering og analyse. Samtidig viser studier at telefonintervju har flere fordeler, som at det er bedre å ta notater underveis uten å forstyrre intervjupersonen, at det er lettere å endre avtale, og redusert tid og kostander (Farooq, 2015), som i dette studiet muliggjorde geografisk spredning på informantene.

Bakgrunnen til informantene kan ikke detaljeres utover arbeidsstilling og tidsrommet for intervjuene. Den geografiske spredning sannsynliggjør likevel en viss kontekstuell variasjon som styrker studien (Kvale, et al., 2015). Studiens funn bør ikke generaliseres, men kan gi grunnlag for å forstå fenomenet og videre forskning.

#### **5.4 Implikasjoner for praksis**

Denne studien avdekker at det er motivasjon for å arbeide med prosedyrebanken i Helsebiblioteket. Siden mangel på ressurser i form av tid og kunnskap var barrierer mot å utvikle KB prosedyrer, kan støtte fra ledelsen føre til økt utvikling. Støtte fra leder bør være i form av tilpasset arbeidstid med sammenhengende arbeidsdager med faggruppen, oppmuntring, kunnskapsløft til fagutviklingssykepleierne og informasjon om sammenhengen

mellom kunnskapsbasert praksis og KB fagprosedyrer. Spesifikke tiltak som faste lokale ressurspersoner i metodefremgangen og rutinemessig bruk av bibliotekarer, bør implementeres lokalt. Kunnskapssenteret i FHI kan etablere tydeligere krav til hvordan de KB fagprosedyrerne skal utformes, gjerne med punkter, bilder og flytskjema; slik at de blir mer oversiktlige og lettere å lære og arbeide ut fra.

### **5.5 Implikasjoner for videre forskning**

Denne studien kan være nyttig fordi den gir helsepersonell innblikk i erfaringer fagutviklingssykepleiere har med KB fagprosedyrer og prosedyrebanken i Helsebiblioteket; hvilke utfordringer de møter på og hvilke motivasjonsfaktorer som driver dem. Manglende forskning spesifikt på dette temaet tyder på at det behøves ytterligere forskning på arbeidet med KB fagprosedyrer. Med et ønske om å heve kvalitet og pasientsikkerhet i helsevesenet, samt å øke yrkesstolthet for intensivsykepleiere, trenger Helse Norge nytenkning rundt produksjon av KB fagprosedyrer til Kunnskapssenteret i FHI. Nytenkning rundt produksjonen bør føre til at prosedyrebanken raskere og mer effektivt vil bli fylt opp av nødvendige KB fagprosedyrer. Videre forskning bør derfor undersøke måter prosedyrebanken kan ferdigstilles på, samt bruk av plikt og belønning for å motivere til utvikling.

## 6.0 KONKLUSJON

Studien viste at kun et fåtall av informantene hadde erfaring med å utvikle KB fagprosedyrer, mens flertallet var motivert for å bidra til dette arbeidet. Utfordringene samsvarte med implementeringsbarrierer mot kunnskapsbasert praksis, identifisert i tidligere studier, altså at det er tids- og kunnskapskrevende. Motivasjon for å anvende de KB fagprosedyrene er i overensstemmelse med motivasjon for å jobbe kunnskapsbasert, økt kvalitet og pasientsikkerhet. Denne studien fant i tillegg at yrkesstolthet var motivasjon for å anvende KB fagprosedyrer. Motivasjon for å utvikle inkluderte avvik som førte til forbedring, plikt og erkjennelse av behovet. Belønning ble nevnt som en mulig fremtidig motivasjon. Dette er nye funn i dette temaet som det bør forskes mer på. Utfordringen med anvendelsen var at det manglet flere nødvendige KB fagprosedyrer. Varierende anvendelse av de KB fagprosedyrene i prosedyrebanken tyder på at det behøves økt fokus på å anvende de KB fagprosedyrene, som et ledd i implementering av kunnskapsbasert praksis. Selv med nasjonal deling av KB fagprosedyrer kan det være utfordrende å få avsatt tid og ressurser, og å inneha nok kunnskap om fremgangsmåten til å utvikle KB fagprosedyrer. Å jobbe kunnskapsbasert er grunnleggende for å oppnå sykepleie av god kvalitet, og videre forskning på arbeidet med de KB fagprosedyrene er derfor nødvendig.

## REFERANSER

- AGREE-Instrumentet. (2015). The agree collaboration. Hentet [05.09.2015]. Lastet ned 2015.09.05, fra <http://www.agreetrust.org>
- Borgen, K. (2013). Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer- hvorfor? [lysarkpresentasjon]. Lastet, 2015.11.11, fra [http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/\\_attachment/168637?\\_...](http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/_attachment/168637?_...)
- Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen Roy, M. & Nortvedt Monica, W. (2012). Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: A self-report survey. *BMC Health Services Research*, 12(1), 367. doi: 10.1186/1472-6963-12-367
- Eines, T. F. & Lervik, I.-L. (2012). Forskning kan føre til konflikt. *Sykepleien*. doi: 10.4220/Sykepleiens. 2012.0020
- Eiring, Ø., Pedersen, M., Borgen, K. & Jamtvedt, G. (2010). Prosedyrearbeid : Meningsløst mangfold? *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*.
- Eizenberg, M. M. (2011). Implementation of evidence-based nursing practice: Nurses' personal and professional factors? *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 33-42 doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05488.x
- Farooq, M. B. (2015). *Qualitative telephone interviews: Strategies for success*. Paper presentert på 18th Annual Waikato Management School Student Research Conference, Hamilton, New Zealand.
- Friesen-Storms, J. H. M., Albine; Loo, Sandra; Beurskens, Anna Jhm; Bours, Gerrie Jjw. (2015). Systematic implementation of evidence-based practice in a clinical nursing setting: A participatory action research project. *Journal of Clinical Nursing* 24(1-2), 57-68. doi: <http://dx.doi.org.proxy.helsebiblioteket.no/10.1111/jocn.12697>
- Gale, B. V. & Schaffer, M. A. (2009). Organizational readiness for evidence-based practice. *The Journal Of Nursing Administration*, 39(2), 91-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e318195a48d>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gulbrandsen, T. & Stubberud, D.-G. (2015a). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I D.-G. Stubberud (red.), *Intensivsykepleie* (3. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Gulbrandsen, T. & Stubberud, D.-G. (2015b). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I D.-G. Stubberud (red.), *Intensivsykepleie* (3. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Haukedal, W. (2008). Arbeidsmotivasjon i estetisk perspektiv. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(3), 258-264.
- Høgskolen I Bergen. (2012a). Kunnskapsbasert praksis Lastet ned 2016.03.22, fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>
- Høgskolen I Bergen. (2012b). Kunnskapsbasert praksis [bilde] Lastet ned 2016.02.21, fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>
- Jamtvedt, G., Strand, G. & Borgen, K. (2011). Nasjonalt nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer - lokalt prosedyrearbeid med støtte fra kunnskapscenteret/helsebiblioteket Lastet ned 2016. 02.04, fra <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/om-nettverk-for-kunnskapsbaserte->

- fagprosedyrer/historikk/\_attachment/197909?\_ts=15001cc1bea&download=true.
- Kaljas, T., Grind, S., Evertsson, L. & Moen, E. (2014). Yrkesstolthet bland undersköterskor inom äldreomsorgen: - på edfastgården i robertsfors kommun.
- Koehn, M. L. & Lehman, K. (2008). Nurses' perceptions of evidence - based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 209-215. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04589.x
- Kunnskapscenteret I Folkehelseinstituttet. Pasientsikkerhet Lastet ned 2016.02.08, fra <http://www.kunnskapscenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/pasientsikkerhet>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Løvsletten, M. (2013). Fagutvikling i praksis. *Sykepleien Forskning*, 101(2), 47-49. doi: DOI:10.4220/sykepleiens.2013.0002
- Mentzoni, W. & Bredal, I. S. (2016). Stell og bruk av sentralt venekateter i intensivavdeling. *Sykepleien Forskning* 11(1), 46-54. doi: DOI:10.4220/Sykepleienf.2016.56823
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : Icns etiske regler [Rev. utg.]. Lastet, fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf).
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : En arbeidsbok* (2. utg. utg.). Oslo: Akribe.
- NSFLIS Generalforsamling. (2002). Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier Lastet, fra [https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier \\_2\\_.pdf](https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier_2_.pdf)
- Olafsen, A. H., Halvari, H., Forest, J. & Deci, E. L. (2015). Show them the money? The role of pay, managerial need support, and justice in a self-determination theory model of intrinsic work motivation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(4), 447-457. doi: 10.1111/sjop.12211
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Profetto - Mcgrath, J., Smith, K. B., Hugo, K., Taylor, M. & El - Hajj, H. (2007). Clinical nurse specialists' use of evidence in practice: A pilot study. *Worldviews on Evidence - Based Nursing*, 4(2), 86-96. doi: 10.1111/j.1741-6787.2007.00086.x
- Regjeringen.No. (2015, 30.10.2014). Oversikt over landets helseforetak Lastet ned 20.11, 2015, fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/oversikt-over-landets-helseforetak/id485362/>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. doi: 10.1006/ceps.1999.1020
- Sandvik, G. K., Stokke, K. & Nortvedt, M. W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? *Sykepleien Forskning* 6 (2), 158-165. doi: 0.4220/sykepleienf.2011.0098
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63-75.
- St.Meld.Nr.12 (2015-2016). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet Lastet ned fra [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-12-20152016/id2464147/..](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-12-20152016/id2464147/)



- Stetler, C. B., Ritchie, J. A., Rycroft-Malone, J., Schultz, A. A. & Charns, M. P. (2009). Institutionalizing evidence-based practice: An organizational case study using a model of strategic change. *Implementation Science : IS*, 4, 78-78. doi: 10.1186/1748-5908-4-78
- Aase, K. (2015). Introduksjon. I K. Aase (red.), *Pasientsikkerhet : Teori og praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlag.

**DEL 2**  
**ARTIKKEL**

Ansvarlig redaktør v/Barth Tholens  
Sykepleien Forskning  
P.O. Box 456, Sentrum  
0104 Oslo

Stavanger 01.05.2016

Marit-Johanne Kartevold og Hanne Håland Sørli  
Universitetet i Stavanger  
Det samfunnsvitenskapelige fakultet  
Institutt for helsefag  
4036 Stavanger,  
Norge

### **Til redaktør**

Vi er takknemlige for muligheten til å sende inn artikkelen vår - "Fagutviklingssykepleiernes erfaringer med felles prosedyrebank for kunnskapsbaserte fagprosedyrer" - for vurdering til publisering i Sykepleien Forskning.

Artikkelen presenterer ny kunnskap om hvilken erfaring intensivavdelingens fagutviklingssykepleiere har med å utvikle og anvende de kunnskapsbaserte fagprosedyrer til Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet.

Forfatterne garanterer at artikkelen er et originalt verk, ikke krenker opphavsretten eller annen eiendomsrett for en tredjepart, og at den ikke er til vurdering hos et annet tidsskrift. Det finnes ingen interessekonflikter.

Forslag til aktuelle habile og kompetente fagfeller:

- Kjersti Oterhals. Telefon: 95890403. E-post: kjersti.oterhals@helse-bergen.no
- Britt Sætre Hansen. Telefon: 51834256. E-post: britt.s.hansen@uis.no.
- Dagrunn Nåden Dyrstad. Telefon: 51834260. E-post: dagrunn.n.dyrstad@uis.no

Vi håper artikkelen vil være av interesse og at den kan publiseres i tidsskriftet.

Med vennlig hilsen

Marit-Johanne Kartevold og Hanne Håland Sørli

Kontaktperson til artikkelen: Hanne Håland Sørli, Bergåsveien 6C, 4016 Stavanger, Norge.  
Mobil 95289608 E-post: hanne\_hs88@hotmail.com

## **SAMMENDRAG**

### **Bakgrunn:**

Intensivavdelinger har behov for et stort antall fagprosedyrer. Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet har opprettet en felles prosedyrebank for kunnskapsbaserte fagprosedyrer, men det er uvisst hvilken erfaring fagutviklingssykepleierne ved intensivavdelingene har med å utvikle og anvende disse.

### **Hensikt:**

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilken erfaring fagutviklingssykepleiere på intensivavdelinger i Norge har med å utvikle og anvende kunnskapsbaserte fagprosedyrer til Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet.

### **Metode:**

Det ble utført en kvalitativ studie med semistrukturert dybdeintervju av syv fagutviklingssykepleiere, på syv forskjellige intensivavdelinger i Norge. Datamaterialet ble analysert med inspirasjon fra Graneheim og Lundmans innholdsanalyse.

### **Resultat:**

Det ble indentifisert to temaer som reflekterer fagutviklingssykepleiernes erfaringer med å utvikle og anvende kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Få har erfaring med å utvikle, på grunn av mangel på tid og kunnskap. Alle informantene hadde anvendt de kunnskapsbaserte fagprosedyrene, motivert av økt kvalitet, pasientsikkerhet og yrkesstolthet. utfordringer var blant annet at flere nødvendige fagprosedyrer manglet.

### **Konklusjon:**

Fagutviklingssykepleierne var motivert for å bidra i arbeidet med prosedyrebanken, men mangel på tid og kunnskap utfordret. Tiltak som økte ressurser og faste lokale ressurspersoner bør implementeres. Nytenkning rundt produksjonen bør føre til at prosedyrebanken raskere og mer effektivt vil bli fylt med nødvendige kunnskapsbaserte fagprosedyrer.

**Nøkkelord:** Kvalitativ studie, Kunnskapsbasert sykepleie, Prosedyre, Samarbeid og Helseforetak.

## **SUMMARY**

### **Background:**

Intensive care units are in need of a large number of clinical procedures. The Knowledge Centre for the Health Services has established a public procedure bank for evidence-based clinical procedures, but it is unclear what experience professional development nurses in intensive care units have in terms of developing and applying these.

### **Purpose:**

The purpose of this study was to explore the experience development nurses in intensive care units experience in developing and applying evidence-based clinical procedures for the Knowledge Centre for the Health Services.

### **Method:**

It was conducted a qualitative study with semi-structured in-depth interviews of seven development nurses at seven different intensive care units in Norway. The data were analyzed with inspiration from Graneheim and Lundmans content analysis.

### **Result:**

Two themes were identified, reflecting the development nurses experiences in developing and applying evidence-based clinical procedures. Few have experience in developing evidence-based clinical procedures, due to lack of time and knowledge. All interviewees had, at some point, utilized the evidence-based clinical procedures, motivated by improved quality, patient safety and professional pride. Challenges included the fact that many necessary clinical procedures were missing.

### **Conclusion:**

It's motivation to contribute to the work on a public procedure bank, but lack of time and knowledge challenges. Measures that increase resources and local resource persons should be implemented. Innovations around production should cause the procedure bank faster and more efficiently will be filled with the necessary evidence-based clinical procedures.

**Keywords:** Qualitative study, Evidence-based nursing, Procedures, Collaboration, Health companies.

## **Fagutviklingssykepleiernes erfaringer med en felles prosedyrebank for kunnskapsbaserte fagprosedyrer.**

### **INTRODUKSJON**

Sykepleie skal være kunnskapsbasert i følge de ”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” (1). Å jobbe kunnskapsbasert innebærer at faglige avgjørelser baserer seg på oppdatert og systematisk innhentet forskning, kunnskap om erfaring og brukermedvirkning. Målet er at pasienten skal motta optimal pleie (2). Fagprosedyrer er fremgangsmåter for å utføre helsefaglige og medisinske aktiviteter. Kunnskapsbaserte fagprosedyrer (KB fagprosedyrer) er fagprosedyrer utarbeidet etter minstekrav basert på ”Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation” (AGREE) og kunnskapsbasert praksis (3, 4). AGREE innebærer blant annet at det utføres et systematisk litteratursøk etter oppdatert og god forskning, at alle relevante yrkesgrupper deltar, og vedlegg om den metodologiske fremgangsmåten (4). Utvikling av fagprosedyrer er ofte en delegert oppgave fra leder og lege til en fagutviklingssykepleier. Fagutvikling innebærer å omsette eksisterende forskningskunnskap, systematisert erfaringskunnskap og pasientkunnskap om til praksis, ved å blant annet utvikle KB fagprosedyrer (5)

I Stortingsmelding 12- Kvalitet og pasientsikkerhet ble betydningen av å etablere systemer som skal bidra til høyere kvalitet trukket frem, samt betydningen av systematisk deling og bruk av gode resultater. Det ble rapportert at kvaliteten i helsetjenesten varierte for mye. Avvik relatert til kliniske prosesser/prosedyrer var hyppigst forekommende. I disse hendelsene var manglende, uklare og ikke-implementerte fagprosedyrer blant de medvirkende årsakene til avvikene(6)

I Helsebiblioteket er det opprettet en nasjonal kunnskapsportal for KB fagprosedyrer; [www.fagprosedyrer.no](http://www.fagprosedyrer.no), som blir fasilisert og kvalitetssikret av Kunnskapssenteret i FHI. Kunnskapssenteret i FHI har siden 2009 arbeidet med å fremme et samarbeid om KB fagprosedyrer mellom helseforetakene (4). Helseforetakene som ønsker å ta del i dette fellesskapet forplikter seg til å sende inn to KB fagprosedyrer til Kunnskapssenteret i FHI årlig (7). Spesielt intensivavdelinger har behov for et stort antall fagprosedyrer, da akutt og/eller kritisk syke pasienter med et stort spekter av forskjellige sykdommer innlegges (8)

Det er ikke funnet studier som undersøker erfaringer helsepersonell har med å utvikle og anvende KB fagprosedyrer.

Hensikten med denne studien var derfor å utforske hvilken erfaring intensivavdelingens fagutviklingssykepleieres har med å utvikle og anvende de KB fagprosedyrene på Kunnskapssenteret i FHI. Vi hadde to forskningsspørsmål: 1) Hvilke utfordringer opplever fagutviklingssykepleierne med å utvikle og anvende KB fagprosedyrer til Kunnskapssenteret i FHI? 2) Hvilke motivasjonsfaktorer bidrar til at fagutviklingssykepleierne utvikler og anvender KB fagprosedyrer til Kunnskapssenteret i FHI?

## **METODE**

I samsvar med forskningsspørsmålene ble det valgt en kvalitativ metode med semistrukturert intervju inspirert av Graneheim og Lundman (9) innholdsanalyse.

### **Deltakere**

Inklusjonskriterier var fagutviklingssykepleiere på kirurgiske- eventuelt generelle intensivavdelinger. Det ble utført et strategisk utvalg blant de fire regionale helseforetakene, som består av totalt 26 helseforetak. 19 av helseforetakene var sykehus med intensivavdelinger, og dannet grunnlaget for utvalget. Der helseforetaket hadde mer enn et sykehus med intensivavdeling, ble utvalget begrenset til det største sykehuset med intensivavdeling i helseforetaket. Det ble initiert kontakt med ti fagutviklingssykepleiere, via deres leder. To ønsket ikke å delta og en fulgte ikke inklusjonskriteriene. Syv informanter deltok, med representasjon fra alle de fire regionale helseforetakene. Informantene var kvinner med en gjennomsnittlig alder på 47 år. De hadde vært fagutviklingssykepleier gjennomsnittlig i syv år, med en median på fire år. Tre av informantene hadde masterbakgrunn og tre hadde kurs eller videreutdanning i forskningsbaserte studier.

### **Datasamling**

Intervjuene ble gjennomført mellom januar og april 2016, og hadde varighet fra 20 til 45 minutter. Telefonintervju ble benyttet i den hensikt at fagutviklingssykepleiere fra hele landet kunne delta. Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide. For å øke troverdigheten ble det utført et pilotintervju og en pilotanalyse for å kontrollere at spørsmålene i intervjuguiden kunne besvare problemstillingen (10). For å sikre at intervjuer forstod informantens egentlig mening, oppsummerte intervjuer underveis og ved slutten av intervjuet. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert innen det første døgnet.

## **Analyse**

Første steg i analyseprosessen var at meningsenhetene ble identifisert ut i fra hensikten med studien. Videre ble meningsenhetene kondensert, som innebærer at teksten blir forkortet til et mer formalisert språk uten at meningen blir endret. De kondenserte meningsenhetene ble abstrahert ved å sette koder på dem. Abstraheringen tillot fortolkninger slik at det latente innholdet ble tydeligere. Kategoriene samlet etterhvert flere koder under seg. Det ble flere ganger gått frem og tilbake mellom de forskjellige analysestegene og den transkriberte teksten som en helhet. Etter mye arbeid kom to temaer tydelig frem (9).

## **Etiske overveielser**

Studien ble godkjent av NSD (prosjektnummer 44743) og helseforetakets forsknings- eller personvernombud. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra alle informantene, etter at de hadde fått skriftlig informasjon om studiet. Informantene ble ivaretatt gjennom konfidensialitet og konsekvensene for informantene ble nøye vurdert.

## **FUNN**

Analysen resulterte i to identifiserte hovedtemaer 1) erfaring med å utarbeide KB fagprosedyrer til Kunnskapscenteret i FHI og 2) erfaring med å anvende KB fagprosedyrer på Helsebiblioteket. Begge hovedtemaene er basert på to kategorier med tilhørende subkategorier. Disse er presentert i modell 1 og beskrevet mer detaljert i teksten. Sitater er inkludert under hver kategori for å illustrere funnene.

## **(Vennligst innsett modell 1 her)**

### **Erfaringer med å utvikle kunnskapsbaserte fagprosedyrer**

Informantene hadde varierende erfaring med å utvikle delbare KB fagprosedyrer. To informanter hadde erfaring med å utvikle. En av disse forklarte at de alltid jobbet etter AGREE-instrumentet når de skrev lokale fagprosedyrer. De resterende fem informantene hadde ikke erfaring med å utvikle KB fagprosedyrer etter AGREE-instrumentet.

### Utfordringer

#### *Ressurser*

De to informantene som hadde erfaring med å utvikle KB fagprosedyrer opplevde prosedyrearbeidet som ressurskrevende, dette var også oppfatningen til de som ikke hadde



erfaring. En informant uten erfaring trakk frem at tidsbruken og arbeidskravene muligens begrenset antall produserte KB fagprosedyrer. En annen informant uttrykte det slik: ”Det er ofte et ressurspørsmål, så hvis det skal være attraktivt å utvikle KB fagprosedyrer så må vi først ha tid og muligheten til det”. Kravet om å samle alle yrkesgrupper i en faggruppe var med på å forsinke arbeidsprosessen. Dette kunne føre til at det tok lengre tid før den KB fagprosedyren ble sendt inn og publisert. Ledelsen hadde ikke nødvendigvis kunnskap om hvor omfattende utvikling var, og informantene oppga i varierende grad støtte fra ledelsen. Informantene uttrykte hvor viktig støtte fra ledelsen var, og reflekterte over om ledelsen ikke hadde mulighet til å gi fagutviklingssykepleierne tilstrekkelig tid til arbeidet. Manglende sammenhengende arbeidsdager dedikert til fagprosedyrearbeid, ble nevnt som en utfordring. Informantene erfarte at det tok tid å sette seg inn i arbeidet med en fagprosedyre.

### *Kunnskap*

Flere informanter vektla hvor kunnskapskrevende det var å utvikle KB fagprosedyrer, med manglende kunnskaper og ferdigheter om metoden, “minstekrav for fagprosedyrer”, AGREE-instrumentet og fremgangsmåten for litteratursøk. En informant uten erfaring beskrev det slik: ”Det er litt tungt og ukjent”. Tre andre informanter uttrykket at lokale ressurspersoner kunne være til hjelp, for eksempel en bibliotekar til å utføre litteratursøket. En informant mente at Kunnskapssenteret i FHI kan drive mer oppsøkende arbeid for at allerede eksisterende KB fagprosedyrer skal bli publisert.

### *AGREE*

En informant med erfaring savnet ulike AGREE-instrument som er tilpasset de ulike kategoriene av fagprosedyrer; for eksempel medisinsk teknisk fagprosedyre, medisinsk fagprosedyre, og sykepleiefaglig fagprosedyre.

### Motivasjonsfaktorer

#### *Avvik*

To av informantene formidlet at avvik kunne føre til forbedringsarbeid, som igjen kunne gi økt fokus på å utvikle fagprosedyrer, kunnskapsbaserte eller ikke. En informant forteller om at et alvorlig avvik resulterte i et ”voldsomt forbedringsarbeid”. En annen forteller at avvik legges ut på internett, og at de som sykehus ønsker å fremstå som profesjonelle.

#### *Forpliktelse*

Forpliktelse var en motivasjonsfaktor for å utvikle. En informant refererte til handlingsplanen i helseforetaket: ”Vi ønsker å være i et forskningsmiljø og jobbe kunnskapsbasert”. De to KB fagprosedyrene som helseforetakene er pliktet til å sende inn ble nevnt som en

motivasjonsfaktor. En informant som ikke hadde erfaring med å utvikle KB fagprosedyrer, uttrykket at hun hadde gjort det om hun hadde blitt spurt.

#### *Behov*

At informantene så et behov for KB fagprosedyrer var motivasjon for å utvikle. Enten at de selv, eller sykepleierne på avdelingen, så behovet for den, eventuelt at andre kunne få nytte av den KB fagprosedyren de hadde utviklet. En informant sa at ”når man lager noe som har kvalitet over seg så er det naturlig at man ønsker at andre skal få nytte av det”.

#### *Belønning*

Belønning, i form av kurs og forelesninger, ble nevnt som en mulig forbedring for å øke motivasjon for å utvikle KB fagprosedyrer. Det ble både nevnt kurs som motivasjon for å lære å utvikle, og faglige kurs som belønning etter å ha utviklet. Informantene ønsker dermed at belønningen skal komme tilbake til avdelingen som en faglig kompetanseøkning. En av informantene foreslo også at stipender kan gis til dem som utvikler.

### **Erfaringer med å anvende kunnskapsbaserte fagprosedyrer**

Alle informantene uttrykte at de hadde anvendt de KB fagprosedyrene i Helsebiblioteket som kunnskapskilde ved lokal utvikling og revidering. Den faktiske anvendelsen av de KB fagprosedyrene i Helsebiblioteket var varierende. En informant sa at ”Helsebiblioteket bruker jeg alltid når vi skal revidere våre egne fagprosedyrer”, mens en annen sa at hun ”har brukt det sporadisk for å søke opp, men ikke aktivt”.

#### Utfordringer

##### *Lite kjennskap*

Noen informanter uttrykte at de hadde for liten kjennskap til Kunnskapssenteret i FHI sitt nettverk, og at dette muligens gjorde at det ikke ble anvendt systematisk.

##### *Omfattende*

Informantene ytret at enkelte av de KB fagprosedyrene i Helsebiblioteket var for omfattende til å bruke som oppslagsverk. En informants utsagn representerer dette funnet: ”Det er ganske omfattende fagprosedyrer, så det kan bli vanskelig å trekke ut det viktigste”.

##### *Lang publiseringstid*

En annen utfordring var at status på fagprosedyren sto som ”planlagt” eller ”påbegynt”, og at flere ventet over lengere tid på at de KB fagprosedyrene skulle ferdigstilles og publiseres.

##### *Mangelfullt*

Informantene som brukte prosedyrebanken i Helsebiblioteket systematisk opplevde det som en nedtur dersom fagprosedyrene de lette etter ikke var der.

### Motivasjonsfaktorer

#### *Kvalitet*

Økt kvalitet er en motivasjon for å jobbe kunnskapsbasert, og for å anvende de KB fagprosedyrene i Helsebiblioteket. En informant sa at ”det er viktig å jobbe kunnskapsbasert for å sikre at pasienten får best behandling”.

#### *Pasientsikkerhet*

Styrket pasientsikkerhet ble av flere karakterisert som motivasjon for å jobbe kunnskapsbasert. Informantene sa at noen fagprosedyrer må tilpasses lokalt, mens andre fagprosedyrer bør være så like som mulig nasjonalt for å øke pasientsikkerheten.

#### *Trygghet i fellesskap*

Tryggheten ved å ha en felles prosedyrebank kom til uttrykk hos flertallet av informantene. De mente det var viktig at pasientene var trygge på at behandlingen var lik uansett hvor i landet de var og at helsepersonell var trygge på at de fulgte oppdatert, beste praksis. En informant sa at ”det skaper jo trygghet for Helse Norge”. Et annet poeng som kom frem var at sykepleierfaget stadig var i endring, og at det må anvendes effektive metoder for å holde seg oppdatert. En annen informant var mer opptatt av å videreutvikle egne lokale fagprosedyrer, enn å samarbeide nasjonalt.

#### *Ressursutnyttelse*

Minoriteten av informantene uttrykte at ressursutnyttelse var motivasjon for å anvende. De argumenterte med at desto flere KB fagprosedyrer som kunne hentes fra Helsebiblioteket, desto mer ressurser ville de spare. En av dem sa at ”jeg kan ikke se at vi får en reel økning i ressurser, og da blir det viktigere og viktigere at vi fordeler oppgaver og støtter oss til det andre har gjort”.

#### *Yrkesstolthet*

”Fremmet yrkesstolthet” ble formidlet indirekte som motivasjon for å jobbe kunnskapsbasert, og dele KB fagprosedyrer. Dette ble tolket ut fra utsagn som at det er et ”personlig mål” og ønske om å være ”on the spot”. En informant ønsket å arbeide kunnskapsbasert med KB fagprosedyrer, slik at hun kunne være trygg på at hun visste mer enn pasient og pårørende, som i økende grad vet hva de har krav på og hvilke alternativer som finnes. Felles dugnad for å ferdigstille prosedyrebanken ble foreslått av en informant, dette med bakgrunn i at hun ønsket en god, kunnskapsbasert prosedyrebank.

## **DRØFTING**

### **Erfaringer med å utvikle kunnskapsbaserte fagprosedyrer**

Funnene identifiserte at informantene hadde varierende grad av erfaring med å utvikle KB fagprosedyrer til Kunnskapssenteret i FHI. Variasjonen kan gjenspeiles i at det var få KB fagprosedyrer som var godkjent ved Kunnskapssenteret i FHI. Innen utgangen av april 2016 var det utviklet 125 fagprosedyrer (11).

### Utfordringer

Utvikling av KB fagprosedyrer var spesielt tids- og arbeidskrevende i følge informantene. Dette er i tråd med tidligere forskning, som viser at mangel på tid er en barriere for å implementere kunnskapsbasert praksis (12-16). Informantene trakk også frem utfordringen ved å samle hele faggruppen. Likevel er dette et ledd i kvalitetssikringen av arbeidet med de KB fagprosedyrerne, da alle aktuelle yrkesgrupper med relevant kompetanse for den spesifikke fagprosedyren involveres i arbeidet (4). Funnene fra vår studie viste at ledelsen ikke nødvendigvis hadde nok innsikt i hvor ressurskrevende det var å utvikle de KB fagprosedyrerne. Forståelse og støtte fra ledelsen ble sett på som viktige motivasjonsfaktorer for å utvikle, og samsvarer med funn fra tidligere studier som undersøker implementering av kunnskapsbasert praksis (15-18)

Sett ut fra funnene i studien, og tidligere forskning på barrierer av implementering av kunnskapsbasert praksis, trekkes det frem at helsepersonellet opplevde begrenset kunnskap som en barriere til å utvikle KB fagprosedyrer (13, 14). Som nevnt av informantene, og avdekket i tidligere studier, kan dette bety at helseforetakene trenger ressurspersoner som kan bidra i utvikling, som for eksempel bibliotekarer (18, 19).

En informant med erfaring savnet alternativer som ivaretar forskjellen mellom kategorier av fagprosedyrer i AGREE-instrumentet. Alternativer ville gjort det lettere å utvikle KB fagprosedyrer etter AGREE.

### Motivasjonsfaktorer

Funnene i studie kan tyde på at avvik kan øke fokus på forbedringsarbeid, som igjen kan øke fokus på å utvikle KB fagprosedyrer. Formålet med å melde inn avvik er å forebygge at hendelsene skjer igjen (6). I en artikkel i Sykepleien uttrykte ledelsen ved et helseforetak at det var forbudt å lukke et avvik uten at et tiltak ble iverksatt (20). En annen artikkel i Sykepleien viste derimot at kun halvparten av de undersøkte sykepleierne erindret at et avvik faktisk hadde resultert i tiltak (21).

Funnene tyder på at forpliktelse var en motivasjon for å utvikle KB fagprosedyrer. Ryan og Deci (22) definerer motivasjon som drivkraften som fører til at en handling blir utført. Drivkraften kan deles i en indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon er når en handling utføres som følge av et personlig ønske om å oppnå noe, som at informantene ønsket å ferdigstille prosedyrebanken fordi de så behovet for den. Ved ytre motivasjon blir personer motivert av en ytre faktor, som for eksempel forpliktelse. Ytre motivasjon kan redusere den indre motivasjonen, fordi mennesker kan oppleve at det kontrollerer deres handlinger (22).

Belønning for å utvikle KB fagprosedyrer til Kunnskapssenteret i FHI var et annet funn, og en ytre motivasjon. Ryan og Deci (22) har forsket på belønning i form av penger som motivasjon, og mener at motivasjonen ikke styrkes. Haukedal (23) mener derimot at belønning for en handling kan gi positive konsekvenser. Stipend som motivasjon er derfor omdiskutert basert på tidligere forskning.

### **Erfaringer med å anvende kunnskapsbaserte fagprosedyrer**

Alle informantene anvendte de KB fagprosedyrerne, det kan tyde på at de hadde et behov for å støtte seg på kvalitetssikrede og KB fagprosedyrer. At den systematiske bruken av KN fagprosedyrer varierte kan tyde på at noen av informantene, sannsynligvis i større grad enn andre, stolte på sitt eget arbeid med fagprosedyrer.

### Utfordring

Lite kjennskap til prosedyrebanken var en barriere for å anvende de KB fagprosedyrerne til Kunnskapssenteret i FHI, samtidig brukte noen prosedyrebanken systematisk og hadde god kjennskap til den. Nylig studie eller kurs kan ha sammenheng med hvor godt fagutviklingssykepleierne kjente til prosedyrebanken. Utfordringer med å anvende var at enkelte av de KB fagprosedyrerne var for omfattende til å bruke som oppslagsverk i klinisk praksis. Dette kan forbedres ved innføring av nye krav til utforming av de KB fagprosedyrerne ved neste revidering. Etter hvert som Helsebiblioteket blir fylt opp med KB fagprosedyrer, vil utfordringen med lang publiseringstid i mindre grad være et problem da reviderte og nye fagprosedyrer allerede vil ligge ute. Hvor lang tid dette vil ta er uvisst.

### Motivasjonsfaktor

Informantene mente kunnskapsbasert praksis var grunnkilden til pasientsikkerhet, og at det ga økt kvalitet. Pasientsikkerhet som motivasjon for å arbeide kunnskapsbasert viser også tidligere forskning av implementering av kunnskapsbasert praksis (16). Kvalitet som

motivasjon for å jobbe kunnskapsbasert støttes av tidligere forskning om implementering av kunnskapsbasert praksis (24). I følge Stortinget skal helsetjenesten tilby helsehjelp av god kvalitet, hvor god kvalitet karakteriseres ved at tjenestene er: virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne, samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, og tilgjengelige og rettferdig fordelt (6). KB fagprosedyrer vil bidra til å gjøre tjenestene virkningsfulle samt trygge og sikre, ved at det blir innhentet systematisk og oppdatert forskning ved litteratursøk og erfaringsbasert kunnskap via faggruppen.

I de senere årene har det vært økt sentralisering med ytterligere spesialavdelinger. Det medfører at intensivpasienter kan bli overført fra et helseforetak til et annet. Funnene viste at informantene ønsker samarbeid på nasjonalt plan slik at kunnskapsbasert, lik praksis skal bli normen og gi pasienter trygghet. En informant uttrykte derimot større behov for å forbedre lokale fagprosedyrer, noe som kan tyde på manglende kjennskap til prosedyrebanken i Helsebiblioteket. På den andre siden oppga informanten mange grunner til å samarbeide nasjonalt, som at det er ressursbesparende og gir kunnskapsbasert praksis. Et samarbeid om prosedyrebanken kan i følge informantene bedre kontinuitet og samordning i helsevesenet, i tillegg til å bedre pasientoverganger og pasientopplevelsen ved overflytting mellom helseforetak og avdelinger. Ved å anskaffe en god klinikervennlig prosedyrebank for alle helseforetakene, kan det føre til at tjenestene blir slik Stortinget ønsker: Samordnet og preget av kontinuitet, effektiv ressursutnyttelse samt at tjenestene i større grad er tilgjengelige (6). En felles prosedyrebank laget av helsetjenesten selv kan dermed øke kvaliteten og pasientsikkerheten.

Informantene hadde et personlig ønske om å jobbe kunnskapsbasert og å anvende KB fagprosedyrer. I Sverige ble det sett på yrkesstolthet hos sykepleiere som jobber i eldreomsorgen, også det tyder på at sykepleierne vektlegger det å være flink som et ledd i yrkesstoltheten (25). Dette kan styrke funnene i vår studie som tyder på at kompetanse og profesjonalitet via felles KB fagprosedyrer er viktig for å heve yrkesstoltheten.

### **Metodekritikk**

Valg av telefonintervju som metode var både en svakhet og styrke ved studien.

Telefonintervju bryter med nærhetsprinsippet, da forskerne ikke får tilgang til informantens kroppsspråk og dens betydning for det som blir formidlet. Samtidig viser forskning at telefonintervju har flere fordeler, som at det er lettere å endre avtale, samt at metode er tids- og kostnadsbesparende (26), som i dette studiet muliggjorde geografisk spredning. Den

geografiske spredningen med informanter fra forskjellige helseforetak, var en styrke i studien ved at fenomenet ble belyst fra forskjellige kontekster.

Forskerne var bevisst sin forforståelse, inkludert en positiv holdning til en felles prosedyrebank, og vi la derfor vekt på at holdningene ikke skulle påvirke informantene. Studiens troverdighet ble forsterket ved at funnene ble presentert gjennom sitater og utdrag fra analysen, og drøftet opp mot tidligere forskning. Funnene kan brukes som modell for å bedre forstå utfordringer og motivasjonsfaktorer for fagutviklingspsykepleiere i arbeidet med KB fagprosedyrer.

## **KONKLUSJON**

Studien viste at kun et fåtall av informantene hadde erfaring med å utvikle KB fagprosedyrer, mens flertallet var motivert for å bidra til dette arbeidet. Mangel på tid og kunnskap var en utfordring for å utvikle KB fagprosedyrer. Støtte og tilretteleggelse fra ledelsen, og spesifikke tiltak, som faste lokale ressurspersoner i metodefremgangen og bibliotekarer, bør gjøres rutinemessig. Varierende anvendelse av prosedyrebanken til Kunnskapssenteret i FHI tyder på at det behøves informasjon om, og økt fokus på å jobbe kunnskapsbasert ved å anvende KB fagprosedyrer. Kunnskapssenteret i FHI kan sette tydeligere krav til hvordan de KB fagprosedyrene skal utformes, gjerne med punkter, bilder og flytskjema; slik at de blir mer oversiktlige og lettere å lære og arbeide ut fra. Med et ønske om å heve kvalitet og pasientsikkerhet i helsevesenet, samt å øke yrkesstolthet for intensivsykepleiere, trenger Helse Norge nytenkning rundt produksjonen av KB fagprosedyrer til Kunnskapssenteret i FHI. Videre forskning bør med bakgrunn i dette undersøke hvordan prosedyrebanken bør ferdigstilles, slik at den mer effektivt kan fylles opp av nødvendige KB fagprosedyrer.

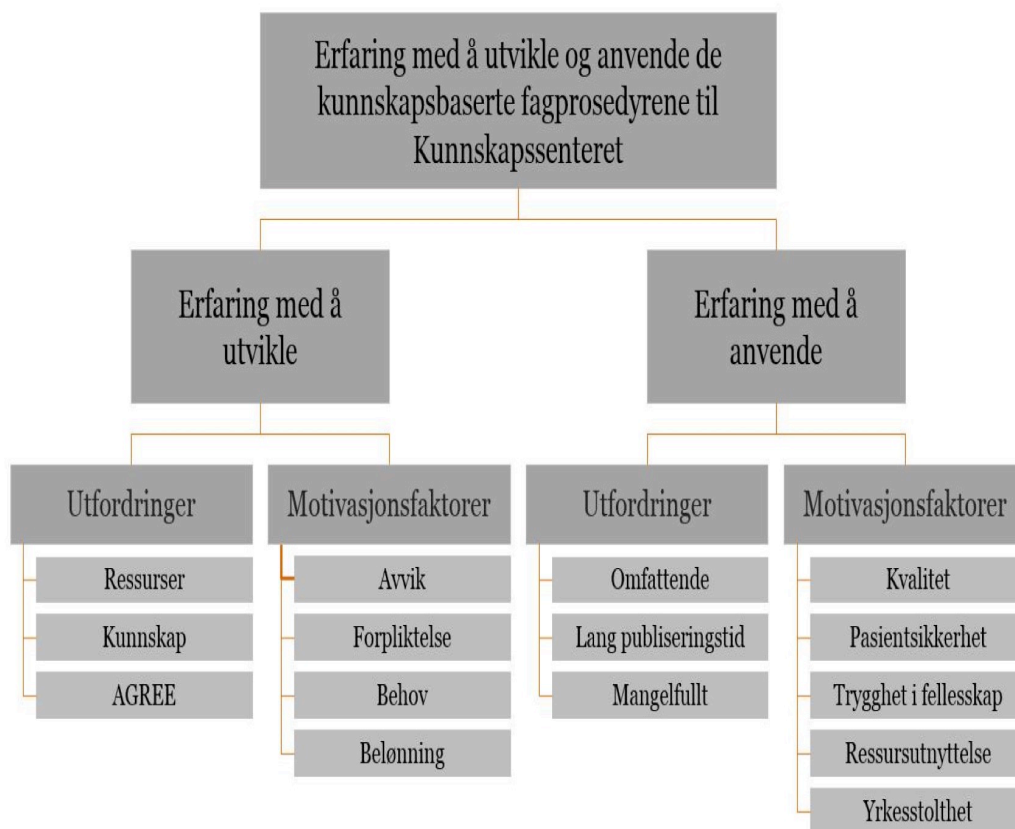
## REFERANSE

1. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler Oslo: Norsk sykepleierforbund; 2011 [[Rev. utg.]. [Available from: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf).
2. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok. 2. utg. ed. Oslo: Akribe; 2012.
3. AGREE-instrumentet. The AGREE Collaboration. Hentet [05.09.2015]. 2015 [Available from: <http://www.agreetrust.org>.
4. Jamtvedt G, Strand G, Borgen K. Nasjonalt nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer - lokalt prosedyrearbeid med støtte fra Kunnskapscenteret/Helsebiblioteket Helsebiblioteket: Kunnskapscenteret; 2011 [Available from: [http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/om-nettverk-for-kunnskapsbaserte-fagprosedyrer/historikk/\\_attachment/197909?\\_ts=15001cc1bea&download=true](http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/om-nettverk-for-kunnskapsbaserte-fagprosedyrer/historikk/_attachment/197909?_ts=15001cc1bea&download=true).
5. Gulbrandsen T, Stubberud D-G. Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. In: Stubberud D-G, editor. Intensivsykepleie. 3. utg. ed. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
6. St.meld.nr.12 (2015-2016). Kvalitet og pasientsikkerhet 2014. In: Helse-og-omsorgsdepartemanget, editor. Oslo: Helse og omsorgsdepartemanget
7. Borgen K. Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer- hvorfor? [Lysarkpresentasjon]. 2013 [Available from: [http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/\\_attachment/168637?\\_...](http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/_attachment/168637?_...)
8. Gulbrandsen T, Stubberud D-G. Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. In: Stubberud D-G, editor. Intensivsykepleie. 3. utg ed. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
9. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004;24(2):105-12.
10. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg., 2. oppl. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
11. Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet. Ferdige fagprosedyrer 2016 [Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige>.
12. Sandvik GK, Stokke K, Nortvedt MW. Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? Sykepleien Forskning. 2011;2(6):160-7.
13. Dalheim A, Harthug S, Nilsen Roy M, Nortvedt Monica W. Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. BMC Health Services Research. 2012;12(1):367.
14. Koehn ML, Lehman K. Nurses' perceptions of evidence - based nursing practice. Journal of Advanced Nursing. 2008;62(2):209-15.
15. Profetto - mcgrath J, Smith KB, Hugo K, Taylor M, El - hajj H. Clinical Nurse Specialists' Use of Evidence in Practice: A Pilot Study. Worldviews on Evidence - Based Nursing. 2007;4(2):86-96.
16. Gale BV, Schaffer MA. Organizational readiness for evidence-based practice. The Journal Of Nursing Administration. 2009;39(2):91-7.
17. Eizenberg MM. Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors? Journal of Advanced Nursing. 2011;67(1):33-42



18. Stetler CB, Ritchie JA, Rycroft-Malone J, Schultz AA, Charns MP. Institutionalizing evidence-based practice: an organizational case study using a model of strategic change. *Implementation Science*. 2009;30(4):78.
19. Novak D, Dooley S, Clark R. Best Practices: Understanding Nurses' Perspectives. *The Journal Of Nursing Administration*. 2008;38(10):448-53.
20. Hofstad E. Avviks-meldinger er en gavepakke. *Sykepleien*. 2015 03.06.2016.
21. Hofstad E. Liten nytte av å melde avvik. *Sykepleien*. 2015 2016.04.12.
22. Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*. 2000;25(1):54-67.
23. Haukedal W. Arbeidsmotivasjon i estetisk perspektiv. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2008; 45(3):258-64.
24. Friesen-Storms JHM, Albine; Loo, Sandra; Beurskens, Anna JHM; Bours, Gerrie JJW. Systematic implementation of evidence-based practice in a clinical nursing setting: a participatory action research project. *Journal of Clinical Nursing* 2015;24(1-2):57-68.
25. Kaljas T, Grind S, Evertsson L, Moen E. Yrkesstolthet bland undersköterskor inom äldreomsorgen: - på Edfastgården i Robertsfors kommun. 2014.
26. Farooq MB. Qualitative telephone interviews: Strategies for success. 18th Annual Waikato Management School Student Research Conference; Hamilton, New Zealand.2015.

**Modell 1:** Fremstilling av funnene.



# **VEDLEGG**

## Vedlegg 1

### **Intervjuguide**

- Hvilke assosiasjoner får du av ordet kunnskapsbaserte fagprosedyrer?
- Hva tenker du om å arbeide kunnskapsbasert?
- Dersom du har utviklet en lokal fagprosedyre, hvilke kilder har du anvendt?
- Hvordan kjenner du som fagutviklingssykepleier til de kunnskapsbaserte fagprosedyrene som er publisert i Helsebiblioteket?
- Hvilken erfaring har du med å utvikle kunnskapsbaserte fagprosedyrer til Kunnskapssenteret?
- Hva synes du om kravene som stilles til å utvikle de kunnskapsbaserte fagprosedyrene?
- Vet du hvem som har ansvar for å revidere de kunnskapsbaserte fagprosedyrene og hva tenker du om det?
- Hvilken støtte får dere fra ledelsen til å utvikle kunnskapsbaserte fagprosedyrer?
- Hvilke faktorer er eventuelle motivasjonsfaktorer for at dere skal utvikle kunnskapsbaserte fagprosedyrer til Kunnskapssenteret?
- Hva kunne eventuelt vært gjort annerledes for at det skulle blitt mer attraktivt å utvikle kunnskapsbaserte fagprosedyrer til Kunnskapssenteret?

## Vedlegg 2

### 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

Elin Dysvik  
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger  
Ullandhaug  
4036 STAVANGER

Vår dato: 09.11.2015

Vår ref: 44743 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.09.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44743	<i>Felles nasjonal prosedyrebank for kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Hvilken erfaring har intensivavdelinger med å ferdigstille kunnskapsbaserte fagprosedyrer til kunnskapssenteret?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Elin Dysvik</i>
<i>Student</i>	<i>Marit-Johanne Kartevold</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marie Strand Schildmann

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices*

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

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Marit-Johanne Kartevold mkartevold@hotmail.com



Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er noe mangelfullt/misvisende utformet, og følgende endringer er avtalt med student. Vi viser her til telefonsamtale den 06.11.2015:

- Utvalget kontaktes mens de er på jobb. Dette må fremgå av informasjonsskrivet.
- Avslutningsvis i informasjonsskrivet bes interesserte om å ta kontakt på e-post. De som ikke er interessert bes også om å gi en tilbakemelding på dette. Det skal ikke være nødvendig å gi beskjed om at man ikke ønsker å bli oppringt da man allerede har bedt interesserte om å ta kontakt. Vi foreslår at dere legger opp til å gjennomføre telefonintervju med de som selv har meldt sin interesse på bakgrunn av forespørselen. Alternativt må det informeres om at alle som tilfredsstillers inklusjonskriteriene vil bli ringt opp på jobb og forespurt om deltakelse. I så tilfelle må innledende formulering "Du vil bli ringt opp om kort tid for å svare på noen spørsmål, samtalen blir tatt opp på lydbånd" korrigeres slik at det fremgår at man ved oppringning forespørres om deltakelse og at deltakelsen er helt frivillig.
- I formuleringen "Alle opplysninger om deg vil bli behandlet anonymt og konfidensielt..." må begrepet 'anonymt' fjernes, da dere vil ha identifiserende opplysninger. Gitt den øvrige informasjonen som gis er det tilstrekkelig å opplyse om at dere behandler opplysningene konfidensielt.
- Det må påføres navn og kontaktopplysninger til daglig ansvarlig/veileder.
- Det må påføres at datamaterialet anonymiseres innen 15.05.2016 (jf. opplysninger i meldeskjema).

Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.no før utvalget kontaktes.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Stavanger sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 15.05.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

### Vedlegg 3

## Forespørsel om deltakelse i forskningsstudie

### **Beskrivelse av forskningsstudiet**

Vi er to masterstudenter, Hanne Håland Sørli og Marit-Johanne Kartevold, som studerer master i sykepleie med spesialisering i intensivsykepleie ved Universitetet i Stavanger. Prosjektansvarlig er Ingvild M. Morken fag- og forskningssykepleier, PhD: [ingvild.morken@gmail.com](mailto:ingvild.morken@gmail.com), telefon 004791510483.

Hensikten med studien er å undersøke om fagutviklingssykepleiere på intensivavdelinger har erfaring med å utvikle kunnskapsbaserte fagprosedyrer til Kunnskapscenteret sin nasjonale prosedyrebank. Vi har valgt å forholde oss til fagutviklingssykepleiere på intensivavdelinger, fordi vi ser på denne faggruppen som representative for fagutviklingen på avdelingen. Enten du har erfaring om temaet, eller ikke, ønsker vi å intervju deg. Implikasjoner av studien kan bli at relevansen av en felles nasjonal prosedyrebank blir belyst. Om muligens vil den bidra i utvikling av prosedyrebanks funksjon, da brukerne, fagutviklingssykepleierne, sin erfaring og holdning til prosedyrearbeidet kan ha betydning.

Vi ønsker at du ringer oss opp på et avtalt tidspunkt, mens du er på jobb, slik at vi kan intervju deg. Intervjusamtalen vil ta opp mot en time og samtalen vil bli tatt opp på lydbånd. Håper du har mulighet til å foreta samtalen med oss en plass du er uforstyrret av andre. Vi vil også be om tillatelse til å ringe deg opp etter endt intervju dersom vi har ytterligere spørsmål.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen vi får fra deg skal kun brukes til det som her står beskrevet som hensikt og formål i denne studien. Alle opplysninger om deg vil bli behandlet konfidensielt, der navn og arbeidsted vil bli kodet, og opplysninger som kan gjenkjenne deg vil bli behandlet varsomt. Prosjektet er godkjent av NSD. Forventet prosjektslutt er 15.05.2016, og innen den tid vil datamaterialet anonymiseres.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan trekke deg fra studien hvis du måtte ønske det, når som helst og uten å oppgi grunn. Det er kun vi to som skriver masteroppgaven som skal gjennomføre studien, som har adgang til kodelisten med navn og arbeidssted, og dermed kan finne tilbake til deg.

Før intervjuet begynner ber vi deg om å samtykke i deltagelsen ved å undertegne på at du har lest og forstått informasjonen på dette arket og ønsker å delta. Du kan skanne det inn og sende den via mail til [mkartevold@hotmail.com](mailto:mkartevold@hotmail.com) eller sende per post til Marit-Johanne Kartevold, Jadarvegen 26/403, 4365 NÆRBØ.

### **Samtykke**

Jeg har lest og forstått informasjonen over og gir mitt samtykke til å delta i intervjuet

---

Sted og dato

---

Signatur av fagutviklingssykepleier



## Vedlegg 4

NETTSTED FOR 100 000 SYKEPLEIERE

# Sykepleien

## Forfatterveiledning

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer i manuskripthåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster du opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. [Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.](#)

### **Om Sykepleien Forskning**

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt fire ganger i året. Vi ønsker å være den foretrukne kanal for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt med en tydelig klinisk profil. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning har et stort opplag (over 100.000 eksemplarer). Vi er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+ men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer er fritt tilgjengelig for alle via internett. Som regel inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright til teksten og kan lenke publikasjonen til våre nettsider for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som aviser, magasiner og Internett. Dobbeltpublisering og sekundærpublisering aksepteres som hovedregel ikke.

### **Generelt**

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med Times New Roman teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.

Antall ord er maksimalt 3000 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

## **INNHOLD I MANUSKRIFTET SOM SENDES INN:**

**På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften [Skrivetips](#). Artiklene struktureres etter [IMRAD-prinsippet](#). For ytterligere veiledning anbefaler vi "best praksis" sjekklister for publisering av helsefaglig forskning:**

[STROBE](#) (ulike kvantitative studier)

[COREQ](#) (kvalitative studier – intervjuer og fokusgrupper)

[CONSORT](#) (randomiserte studier)

[COSMIN](#) (utvikling av måleinstrumenter)

[TREND](#) (ikke-randomiserte forsøk)

[PRISMA \(SF\)](#) og [Reinar og Jamtvedt 2010](#) (kunnskapsoppsummeringer)

[QUADAS 2](#) (diagnose)

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholaOne skal ha følgende innhold:

### **1. Tittelside:**

Tittel på manuskriptet (maksimalt 90 tegn inkludert mellomrom.

Forfatterens(forfatternes) navn, stilling og arbeidssted.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

For- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn inkludert ordmellomrom (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser).

Antall figurer og tabeller.

### **2. Sammendrag**

Et norsk og et engelsk sammendrag fremstilles på hver sin side.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter

følgende overskrifter: bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon.

Lengde: maksimalt ha 1500 tegn inkludert mellomrom. Neders på siden oppgir du 3–5 nøkkelord fra listen du kan velge fra. Velg minst ett som angir anvendt forskningsdesign.

**Det engelske sammendrag (abstract)** fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets engelskspråklige tittel fremstilles øverst på siden (maksimalt 90 tegn).

Det engelske sammendraget skal være en direkteoversetting av det norske sammendraget.

Lengde: maksimalt 1500 tegn inkludert mellomrom. Nederst på siden oppgir du 3–5 engelske nøkkelord (key words).

## **Tekstsider**

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstaves og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Tidsskriftet tilstreber at språket i artiklene har aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt...)

## **Oppbygging av selve artikkelen**

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

*Hensikt* med studien og problemstilling(er).

*Metodedel* (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

*Resultater*. Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker *kvantitativ metode* får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

*Diskusjon* (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angis hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

*Konklusjon* Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

### Figurer og tabeller

Kun en tabell eller figur pr. siden. Disse kan lastes opp som endel av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking i forbindelse med redaksjonell trykkinsarbeid.

Flytdiagrammer i artikler som bruker flytdiagrammer bør disse følge malen utarbeidet av [CONSORT-gruppen](#)

### **Referanser**

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antall referanser bør ikke overstige 30.

For tidsskrift som har løpende sidenummerering gjennom hele året skal årgang men ikke utgave oppgis. Ved innsendingen lenker manuskripthåndteringsprogrammet referanselisten til andre databaser. Dette forutsetter at forfatterne oppgir referansene korrekt. Dette er spesielt viktig for referanser til artikler på engelsk.

Eksempel:

1. **de Witt L, Ploeg J.** Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. J Adv Nurs 2006;55:215–29.
2. **Fraser DM, Cooper MA.** Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone, London. 2003.
3. **Dahl K, Heggdal K, Standal S.** Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. (red). Grunnleggende Sykepleie. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2005.
4. **Foucault M.** Truth and power. I: Gordon C. (red). Power/Knowledge: Michel Foucault. Pantheon Books, New York. 1980 (s 78 – 101).
5. **Sosialdepartementet.** Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.
6. **Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 15.11.2007).
7. **Karterud D.** Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (Doktoravhandling). Åbo Akademis Förlag, Åbo. 2006.

### **Innsending av manuskript**

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskripthåndteringssystem på få følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

### **Følg brev til redaktør/Cover letter**

I følgebrevet/cover letter må forfatterne oppgi:

1. Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Bruk mellom 180 og 190 tegn inkludert mellomrom.
2. Forslag på minst to aktuelle habile og kompetente fagfeller (navn og kontaktinformasjon). Med habile mens at fagfellene ikke er tidligere kollegaer, har studert sammen eller har en privat relasjon. Med kompetente menes doktorgrad eller tilsvarende, men mastergradskompetanse kan godtas hvis vedkommende har erfaring i tema og/eller metode. Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.
3. En redegjøring på om resultatene er publisert tidligere. For eksempel som poster eller foredrag på en vitenskapelig konferanse

### **Vurderingsprosessen**

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskripthåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt.

Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfellevurdering. Alle

artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle denne veiledningen til forfattere.

Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen vil bli returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

### **Innsending av revidert manuskript**

1. Etter fagfellevurdering blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(e) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.

2. Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatterne har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør og dette lastes opp sammen med revidert manuskript i ScholarOne som Author's response.

3. Alle endringer i revidert mansuskript skal markeres med rødt

4. Revidert manuskript og Author's response lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>, følg lenken i svarbrev fra redaktør

### **Godkjenning av manuskript**

1. Forfatter får beskjed fra redaktør når artikkelen er godkjent for publisering

2. Det er viktig å følge instruksjer fra redaksjonen vedrørende korrektur av endelig manuskript

### **Oversetting til engelsk**

1. Sykepleien forskning vil oversette alle originale forskningsartikler til engelsk

2. Forfatter(ne) vil få tilsendt engelsk versjon til gjennomlesning før publisering.

3. Den engelske versjonen vil være tilgjengelig i nettversjonen av tidsskriftet

### **Krav til medforfatterskap**

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:



1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen. Det åpnes for spesifisering av forfatternes bidrag, for eksempel "XX og YY har bidratt like mye til denne artikkelen". Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

### **Erklæring om interessekonflikter**

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Vi ønsker at signerte erklæringer om interessekonflikter fra alle forfattere laster opp før manuskriptet sendes inn (som Supplemental file NOT for Review).

Adresse til tidsskriftet:

Sykepleien Forskning

P.O. Box 456, Sentrum

0104 Oslo

Skjemaet for [Erklæring om interessekonflikter](http://www.sykepleien.no) finnes på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)

➤ **Forfatterveiledning**

- [Forfatterskap](#)
- [Erklæring om interessekonflikt](#)
- [Veiledning for sammendrag av avhandlinger](#)
- [Nettsted for innsending av manuskripter](#)

Meld deg på vårt nyhetsbrev og få oppdateringer til din e-post

Meld på