

Masterkompetanse i intensivavdelingens ressursgrupper  
- en styrke for kunnskapsbasert praksis



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Master i spesialsykepleie, spesialisering i intensivsykepleie**

**Masteroppgave (30 studiepoeng)**

**Studenter: Ana-Maria Pricop og Kim Frode Høili**

**Veileder: Professor Britt Sætre Hansen**

**Dato: 10.05.2020**

**MASTER I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i:  
Intensivsykepleie**

**SEMESTER:**

Vår -2020

**FORFATTERE/MASTERKANDIDATER:** Ana Maria Pricop og Kim Frode Høili

**VEILEDER:** Professor Britt Sætre Hansen

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:**

Masterkompetanse i intensivavdelingens ressursgrupper  
– en styrke for kunnskapsbasert praksis

**Engelsk tittel:**

Master's expertise in the intensive care unit's clinical expert groups  
- a strength for evidence-based practice

**EMNEORD/STIKKORD:**

Ressursgrupper	Clinical expert groups
Intensivsykepleie	Intensive care nurses
Masterkompetanse	Master's expertise
Kunnskapsbasert praksis	Evidence-based practice
Implementering	Implementation

**ANTALL ORD:** 18.808

**STAVANGER,** 10.05.2020

## **Forord**

Vi vil gjerne takke ledere og ansatte ved intensivavdelingen som velvillige deltok i studien. Takk til intensivavdelingen som ga oss lov til å komme å jobbe med oppgaven på avdelingen i en periode hvor samarbeidet vårt på digital plattform medførte utfordringer.

Vi vil videre rette en stor takk til våre kjære som har støttet og hjulpet oss gjennom en hektisk periode med oppgaveskriving. Takk for gjennomlesning og konstruktive tilbakemeldinger.

Takk til vår veileder Britt Sætre Hansen for konstruktiv og god veiledning gjennom hele prosessen.

Takk til alle medstudenter for to travle og lærerike år.

Ana Maria Pricop og Kim Frode Høili

Stavanger, mai, 2020

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Medisinsk forskning frembringer stadig ny kunnskap som gir muligheter for mer avanserte behandlingsmetoder. Dette krever at intensivsykepleiere holder seg oppdatert innen forskning og anvender den nye kunnskapen i klinisk praksis. Det forventes at intensivavdelingen utøver pasientbehandling preget av kunnskapsbasert praksis. Masterkompetansen blant intensivsykepleiere styrker deres evne til å jobbe kunnskapsbasert og kan bidra til økt bruk av kunnskapsbasert praksis i intensivavdelingen.

**Formål:** Formålet med studien var å utforske om masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgrupper kan styrke bruk av kunnskapsbasert praksis. Vi ønsket også å utforske hvordan sykepleieledelsen opplevde sin rolle som tilretteleggere for kunnskapsbasert praksis i intensivavdelingen.

**Metode:** Det ble gjennomført en kvalitativ, induktiv studie med tre semistrukturerte fokusgruppeintervju ved en intensivavdeling. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004).

**Resultat:** Det ble identifisert to tema som belyste hva informantene mente skulle være ressursgruppens rolle i intensivavdelingen, når hensikten var å styrke avdelingens bruk av kunnskapsbasert praksis; «Ressursgruppens funksjon må gå fra støttende til førende» og «Ressursgrupper og ledere må ha KBP som et felles mål». Mastergrad gir kunnskap til å innta en førende rolle innen forbedring av praksis. Dette ble forklart med at intensivsykepleiere med denne kompetansen evnet å identifisere forbedringsområder og iverksette tiltak basert på forskningsfunn. Det ble identifisert områder som kunne forbedres for å styrke kvaliteten på pleie og behandling i intensivavdelingen ytterligere: tydeligere koordinering av ressursgruppene, økt tillit til ressursgruppene, sterkere involvering av ressursgruppene i prosedyreutvikling, organisering av drift, innretning av opplærings- og kompetanseinitiativ og knytte enda tettere kontakt mellom ledere og ressursgrupper for å styrke den felles forståelsen av kontinuerlig forbedring.

**Konklusjon:** Masterutdannede intensivsykepleiere styrker ressursgruppens evne å drive det kunnskapsbaserte arbeidet innen sine fagområder mer selvstendig og bidrar til kunnskapsbasert pasientbehandling. Ressursgruppene som bevisst bruker sin faglige og akademiske kompetanse kan sammen med ledere bidra til et delt eierskap til og felles ambisjoner om kontinuerlig læring og forbedring av kvaliteten på pleie og behandling.

## **Abstract**

**Background:** The medical scientific community is continuously generating new knowledge providing new and more advanced medical treatment methods. This requires that intensive care nurses keep up to date on new research and applies this knowledge to clinical practice. It is expected that the Intensive Care Unit provides patient care based on evidence-based practice. The Master's expertise of the intensive care nurses strengthens their ability to perform their tasks based on evidence. This may contribute to an additional application of evidence-based practise.

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate whether intensive care nurses holding a Master's degree participating in clinical expert groups strengthened the application of evidence-based practise. We also wanted to investigate how nursing managers perceived their role as facilitators for the application of evidence-based practise in the intensive care unit.

**Method:** We performed a qualitative, inductive study based on three semi-structured focus group interviews in an intensive care unit. The data was analysed using qualitative content analysis (Graneheim & Lundman, 2004).

**Result:** Two themes were identified that illuminated what informants thought should be the role of expert groups in the intensive care unit, when the intention is to strengthen the department's use of evidence-based practice; "The expert groups must move from having a supportive function to a leading function" and "Clinical expert groups and management needs to have evidence-based practise as a common goal". A Master's degree provides expertise needed to take on a leading role in improvement of practise. This is based on intensive care nurses with this expertise having an ability to identify areas for improvement and initiating corrective measures based on scientific findings. This study have identified areas for improvement to improve the quality of care in the intensive care unit: more active coordination of clinical expert groups, increase the level of trust placed on the clinical expert groups, stronger involvement of the resource groups in development of procedures, ways of organizing the intensive care unit, organizing training and certification efforts, and additional bonding between management and clinical expert groups to strengthen the shared perception of continuous improvement.

**Conclusion:** Intensive care nurses holding a Master's degree strengthen the clinical expert group's ability to run the evidence-based processes within their fields of expertise

independently. This contributes to patient-centred care. When using their professional and clinical skills in a conscious manner the clinical expert groups, along with their managers, may contribute to shared ownership and reaching common goals related to continuous improvement of quality in patient care.

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2 Formål .....	3
1.3 Problemstilling .....	3
1.4 Avgrensning og presisering .....	3
1.5 Tidligere forskning .....	3
<b>2. Teoretisk rammeverk</b> .....	<b>7</b>
2.1 Lover og forskrifter .....	7
2.2 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse .....	8
2.3 Retningslinjer for intensiv virksomhet .....	8
2.4 Kunnskapsbasert praksis .....	9
<b>3. Metode</b> .....	<b>10</b>
3.1 Forfatternes forforståelse .....	11
3.2 Kvalitativt design - det kvalitative forskningsintervjuet .....	12
3.3 Kontekst .....	14
3.4 Utvalg og rekruttering .....	15
3.5 Etske overveielser .....	16
3.6 Datainnsamling .....	18
3.7 Transkribering .....	19
3.8 Fremgangsmåte for dataanalysen .....	19
3.9 Resultatets troverdighet gjennom gyldighet, pålitelighet og overførbarhet .....	22
<b>4. Funn</b> .....	<b>24</b>
4.1 Ressursgruppens funksjon må gå fra støttende til førende .....	25
4.1.1 Ressursgrupper som faglig støtte i intensivavdelingen .....	26
4.1.2 Ressursgrupper som faglig motivasjon .....	27
4.1.3 Identifiserer kunnskap og introduserer det i klinisk praksis .....	28
4.1.4 Oppdager mangelfull praksis og bidrar med løsninger .....	30
4.1.5 Styrke etterlevelsen av etablert praksis .....	31
4.2 Ressursgrupper og ledere må ha KBP som et felles mål .....	33
4.2.1 Avdelingens kompleksitet som barrierer mot innføring av ny kunnskap .....	33
4.2.2 Fagutvikling under utfordrende organisatoriske forhold .....	35
4.2.3 Ressursgruppens fagutviklings arbeid forankret i ledelsen .....	40
4.2.4 Forbedringsområder tilknyttet fagutviklingsarbeid i ressursgrupper .....	41
<b>5. Drøfting</b> .....	<b>45</b>
5.1 Ressursgruppens funksjon må gå fra støttende til førende .....	45
5.2 Ressursgrupper og ledere må ha KBP som et felles mål .....	49
<b>6. Konklusjon</b> .....	<b>55</b>
6.1 Implikasjoner for praksis .....	56

6.2	<i>Begrensninger</i> .....	57
<b>7.</b>	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>58</b>
<b>8.</b>	<b>Vedlegg</b> .....	<b>62</b>
	<i>Vedlegg 1: Intervjuguide</i> .....	62
	<i>Vedlegg 2: PICO-skjema</i> .....	64
	<i>Vedlegg 3: Søkestrategi</i> .....	65
	<i>Vedlegg 4: Informert samtykke</i> .....	66
	<i>Vedlegg 5: Godkjenning fra personvernombudet</i> .....	70
	<i>Vedlegg 6: Spesifisering av studentbidrag</i> .....	71



## 1. Innledning

I løpet av de siste 20 årene har det tilkommet et sterkt fokus på kunnskapsbasert praksis (KBP) innen sykepleiefaget og det forventes at sykepleiere anvender det beste fra forskning i den kliniske praksis slik at pasientsikkerheten ivaretas (Meld. St. 10 (2012–2013), 2013; NSFLIS, 2017) . KBP er introdusert som et viktig initiativ i helsevesenet for å tette gapet som eksisterer mellom nye forskningsfunn og praksisfeltet og på den måten bidra til utvikling av trygge og sikre tjenester (Meld. St. 10 (2012–2013), 2013).

Forskning frembringer stadig ny kunnskap som bidrar til nye behandlingsmetoder innen helsevesenet. Det utvikles nye legemidler og avansert medisinsk utstyr i stort omfang og høyt tempo. Regjeringen vil legge til rette for forskningsbasert kunnskap og at nye måter å levere helsetjenester på tas raskere i bruk (Meld. St. 11 (2015–2016), 2016). Dette krever ansatte med relevant og høy faglig kompetanse. Sykepleiermangelen har satt sitt preg på helse- og omsorgssektoren de siste årene og det er et stort behov for rekruttering av sykepleiere og spesialsykepleiere på landsbasis (Norsk sykepleierforbund, 2019a). Helsetjenesten har et mål om å utdanne, rekruttere og utvikle medarbeidere og styrke kompetansen i helse- og omsorgstjenesten. I de senere årene har det som følge av dette blitt etablert en rekke masterstudier innen sykepleie (Meld. St. 11 (2015–2016), 2016).

Formålet med masterkompetanse i spesialsykepleie er å gi dybdekompetanse på spesielle fagområder og å styrke klinisk kompetanse, både praktisk og teoretisk (Norsk sykepleierforbund, 2005b). Sykepleiere bør ha et bevisst forhold til ulike former for kunnskap, hvordan man tilegner seg disse og utnytter dem til bedre sykepleie. Sykepleierforskning brukes for å bidra til en kunnskapsbasert praksis, som igjen bidrar til bedre kvalitet og bedre pasientbehandling (Norsk sykepleierforbund, 2017-2020).

Vi er begge masterstudenter med lang erfaring ved ulike intensivavdelinger. Vi ser at det har skjedd store endringer i måten man identifiserer og anvender kunnskap på de senere årene. Dette er også understøttet av Norsk sykepleierforbund (2017-2020), som sier at kravene til sykepleiernes kompetanse er i endring på samme vis som samfunnet og helsetjenesten for øvrig endrer seg. I intensivavdelingen er det ressursgrupper tilknyttet forskjellige fagområder. Lokalt består ressursgruppene av ansatte som har særlig interesse innen et fagområde. De møtes når det er tid og anledning i arbeidstiden og jobber da med

å videreutvikle og formidle ny kunnskap innen fagområdet. Eksempler på slike grupper kan være barnegruppen, avansert hjerte-lunge-redning (AHLR)-gruppen, dialysegruppen og respiratorgruppen.

Denne studien retter fokus mot ressursgruppene og deres bidrag til å styrke bruken av kunnskapsbasert praksis i intensivavdelingen.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det utarbeides et stort antall fagprosedyrer hvert år i sammenheng med mastergrad i intensivsykepleie. «Arteriekateter til voksne – stell og bruk», ventilatorassosiert pneumoni (VAP) – forebygging - voksne» og «Håndtering av smerte, uro/agitasjon og delirium hos voksne intensivpasienter» er eksempler på ferdigstilte fagprosedyrer på Helsebiblioteket (Helsebiblioteket.no). Disse fagprosedyrene utarbeides blant annet med bakgrunn i pasientsikkerhetsperspektivet, og understøttes av krav til intensivsykepleiere om forsvarlig og trygg pasientbehandling basert på oppdatert kunnskap.

I forbindelse med valg av tema og problemstilling ble vi oppfordret til å skrive en konkret fagprosedyre. Vi ble overrasket da det viste seg at den aktuelle fagprosedyren allerede var etablert i 2016 og lå tilgjengelig på Helsebiblioteket (Helsebiblioteket.no, 2016). Vi reagerte med undring på at fagmiljøet selv ikke hadde kjennskap til denne fagprosedyren. Det virker som det er et betydelig gap mellom nyetablert kunnskap og praksisfeltet. Hvordan ny kunnskap finner veien til praksis er en utfordring som også større forskningsmiljøer adresserer, blant annet Canadian Institutes of Health Research (CIHR) (Straus, Tetroe, & Graham, 2011).

I følge NSFLIS (2017) er intensivsykepleiere ansvarlig for å holde seg faglig oppdatert innen forskning. Dette kan være utfordrende grunnet stort omfang av publisert forskning. Dette understøttes av Graham, Straus, and Tetroe (2013) som sier at databasen MEDLINE alene indekserer rundt 2000 artikler daglig.

## 1.2 Formål

Formålet med studien er å utforske om masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgrupper kan styrke bruk av KBP. Vi ønsker også å utforske hvordan sykepleieledelsen opplever sin rolle som tilretteleggere for KBP i intensivavdelingen.

## 1.3 Problemstilling

Problemstillingen er:

**Hvordan kan masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgrupper og sykepleieledelsen i intensivavdelingen bidra til økt bruk av kunnskapsbasert praksis?**

Vi har etablert forskningsspørsmål med bakgrunn i problemstillingen:

1. Hvordan kan masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgrupper bruke sin faglige og akademiske kompetanse til økt bruk av KBP i intensivavdelingen?
2. Hvordan kan sykepleieledelsen tilrettelegge for kunnskapsbasert ressursgruppearbeid gjennom bevisst bruk av avdelingens masterkompetanse.

## 1.4 Avgrensning og presisering

Studien er avgrenset til en generell intensivavdeling ved et universitetssykehus i Norge. Studien inkluderer intensivsykepleiere med mastergrad som er medlemmer av en eller flere ressursgrupper i avdelingen og deres sykepleieledere. Masterkompetansen styrker deres evne til kritisk tenkning og refleksjon omkring fag og bedrer forutsetningene for å drive et kunnskapsbasert fagmiljø fremover. Vi mener de er mer fortrolige med å søke ny kunnskap og vurdere kvaliteten på forskning.

## 1.5 Tidligere forskning

For å samle kunnskap og undersøke om det har vært forsket på dette området fra før, har vi gjort et søk i to forskjellige vitenskapelige databaser. Vi har utarbeidet et PICO-skjema som har hjulpet oss i søkeprosessen. PICO skjema og søkestrategi presenteres i vedlegg nr.2 og vedlegg nr.3. Det er utført flere søk i databasene Cinahl og Medline høsten 2019

og våren 2020. I dette kapittelet presenterer vi relevante funn som er gjort i de forskjellige studiene.

Vi har ikke funnet tidligere forskning som fokuserer på ressursgrupper slik begrepet brukes i vår oppgave. Det vi fant og som anses som relevant for vår studie, omhandler intensivsykepleiernes viktige bidrag til implementering av KBP i klinisk praksis. Vi fant også relevante forskningsartikler som fremmer viktigheten av masterkompetanse og hvordan denne kompetansen bedrer intensivsykepleierens evne til å jobbe kunnskapsbasert.

Å levere behandling av høy kvalitet er et viktig mål for helsevesenet. I løpet av de siste 30 årene har bruken av guidelines økt. Guidelines er utviklet basert på de beste tilgjengelige forskningsfunn. De er etablert for å redusere variasjon i praksis, for å øke kvaliteten på pleien og for å sikre at det beste fra forskning brukes i klinisk praksis (Noome, Dijkstra, Leeuwen, & Vloet, 2017; Sciarra, 2011). Flere studier viser at til tross for økt bruk av guidelines, eksisterer det fortsatt et gap mellom anbefalt og klinisk praksis (Darawad et al., 2018; Hauck, Winsett, & Kuric, 2013; Noome et al., 2017). Implementering av guidelines i praksis er ansett som utfordrende og rett anvendelse av implementeringsstrategier er nødvendig for å lykkes (Noome et al., 2017).

CIHR definerer implementering som en dynamisk og gjentakende prosess som involverer sammenstilling, spredning og utveksling av kunnskap innenfor etiske rammer (Straus et al., 2011).

Forskning viser at det ikke finnes skreddersydde strategier for implementering av KBP og en rekke barrierer presenteres som å være til hinder. Disse barrierene varierer fra en institusjon til en annen. For å produsere en endring i praksis må barrierer identifiseres og strategier utvikles for å overvinne disse. I tillegg til barrierene er det viktig med kartlegging av faktorer som er gunstige for implementering (fasilitator), slik at man kan utvikle en strategi for å øke sannsynligheten for vellykket implementering (Darawad et al., 2018; Røkholt, Davidsen, Johnsen, & Hilli, 2017; Waltz, Powell, Fernandez, Abadie, & Damschroder, 2019).

I flere studier fremkommer to typer barrierer. Disse er organisatoriske og individbaserte. Organisatoriske barrierer er ofte forbundet blant annet med mangel på tid, ressurser, redusert bemanning og tung pasientbelastning (Mallion & Brooke, 2016; Noome et al., 2017; Rowley-Conwy, 2018; van Der Goot, Keers, Kuipers, Nieweg, & de Groot, 2018; Williams, Perillo, & Brown, 2015). Individbaserte barrierer er blant annet manglende kompetanse til å utføre søk og kritisk vurdere forskningsfunn, grad av tillit til den enkelte sykepleier sin kompetanse og sykepleierens selvtillit (Mallion & Brooke, 2016; Rowley-Conwy, 2018).

I studien til Mallion and Brooke (2016) uttrykker intensivsykepleiere at det kan være utfordrende å lese og vurdere forskning. De mente at den største utfordringen er forskningens kompleksitet og at det var viktig at de fikk opplæring eller utdanning for å øke kompetansen innen forskning og implementering (Mallion & Brooke, 2016; Sandvik, Stokke, & Nortvedt, 2011).

I Baird and Miller (2015) og Williams et al. (2015) kommer det frem at intensivsykepleiere opplever lavt nivå av autonomi og makt, og at deres meninger og tanker om pasientbehandling ikke blir verdsatt av leger. Studien vektlegger at det er viktig at sykepleiere føler at deres innspill og ideer blir verdsatt, og at de har innflytelse på endringer i organisasjonen (Mallion & Brooke, 2016; Williams et al., 2015). For å gjøre KBP til vanlig praksis på sykehus er det nødvendig med kontinuerlig innsats. Ikke bare intensivsykepleiere må bli bedre kjent med KBP, men også ledere og hele organisasjonen. I tillegg til ferdigheter og kunnskap, er tid og støtte i organisasjonen viktige faktorer for implementering av KBP (van Der Goot et al., 2018; Williams et al., 2015). Kunnskapsbasert praksis må utvikles i samarbeid med de som styrer de organisatoriske ressursene (Sandvik et al., 2011).

Studien til Hauck et al. (2013) vektlegger at det er et lederansvar å tilrettelegge for KBP. Dette innebærer å kommunisere visjon og å sette av tid, menneskelige og økonomiske ressurser. Dette bidrar til at intensivsykepleiere får anledning til å finne og implementere forskningsfunn i klinisk praksis. Studien til Conley (2019) sier at ledelsen bør støtte intensivsykepleiere med interesse for forskning og at dette er viktig for å fremme sykepleiepraksis. Conley (2019) hevder at intensivsykepleiere som driver klinisk

forskning gir en verdifull dimensjon til sykepleiepraksis som gagnar pasientbehandling og i tillegg kan fungere som en ressurs for sine kollegaer.

Studier viser at sykepleieleddet forskning bidrar til en effektiv ressursutnyttelse i helsevesenet og gir bedre pasientbehandling. Verdien av denne forskningen får stadig mer anerkjennelse (Curtis, Fry, Shaban, & Considine, 2017). De siste 10 årene har det blitt forsket mye på hvordan spredningen av ny kunnskap best skjer i klinisk praksis (Miech et al., 2018).

Forskning viser at intensivsykepleie har helt særegne behov for å styrke overføringen av kunnskap fra forskning til klinisk praksis da helsetjenestene utøves i et stadig mer komplekst og dynamisk miljø (Hickman et al., 2018). Samtidig med at miljøet beskrives som dynamisk er det utfordrende å få implementert nye arbeidsmetoder. Morris, Wooding, and Grant (2011) sier det kan ta opptil 17 år fra det gjøres funn i forskningen til det finner sin vei til klinisk praksis.

Intensivsykepleiere spiller en avgjørende rolle i behandlingen av kritisk syke pasienter ved å ivareta deres helse og forhindre komplikasjoner (Abuejheisheh, Tarawneh, Qaddumi, Almahmoud, & Darawad, 2020). Association of Critical Care Nurses (AACN) sier at sykepleiernes grunnleggende ferdigheter og ekspertkunnskap er avgjørende for pasienter med akutt, kritisk sykdom og deres familier. At intensivsykepleiere har et godt kunnskapsgrunnlag er viktig for å sikre en trygg pasientbehandling (Conley, 2019). Forutsetningen for å yte intensivbehandling av høy kvalitet er at intensivsykepleiere jobber kunnskapsbasert (Abuejheisheh et al., 2020).

For å styrke kunnskapsgrunnlaget i helsevesenet og for å kunne tilby bedre pasientbehandling, har det høsten 2015 blitt innført masterforløp i anesthesi- og intensivsykepleie (Conley, 2019; Skogaas & Valeberg, 2017). I dag er det åtte av 15 utdanningsinstitusjoner som tilbyr mastergradsforløp i anesthesi- og intensivsykepleie (Skogaas & Valeberg, 2017).

Studien til Skogaas and Valeberg (2017) synliggjør at masterkompetanse styrker intensivsykepleierens evne til å tenke nytt og være kritisk, gir bedre grunnlag for å jobbe kunnskapsbasert og bidrar til en kunnskapsbasert kultur. En annen studie viser at

intensivsykepleiere med mastergrad evner å sette seg bedre inn i retningslinjer og viser en bedre forståelse for sin rolle og sitt ansvar. Det er også beskrevet at mastergrad bidrar til en styrket evne til å sammenstille forskningsbasert kunnskap og reflektere over egne ferdigheter (Baird & Miller, 2015).

Baird and Miller (2015) sier at mastergradutdanning bidrar til blant annet økt tillit, selvfølelse, styrkede kommunikasjonsferdigheter, økt kunnskapsnivå, evne til å omsette teori til praksis, styrket analytisk tankesett og -beslutningstagning. Skogaas and Valeberg (2017) vektlegger at disse ovennevnte ferdighetene bidrar til at samarbeidet mellom leger og andre faggrupper blir på et mer likeverdig nivå og bidrar til mer gehør og respekt for intensivsykepleiernes egne standpunkter.

## 2. Teoretisk rammeverk

### 2.1 Lover og forskrifter

Sykepleierfaget er forankret i lov som sier at «helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 2019). Norsk sykepleierforbund (2005a) sier at sykepleiere skal ta «sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes ønsker og behov i den gitte situasjonen». Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere vektlegger at sykepleiere holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis. Sykepleiere har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie og bidrar aktivt til etisk refleksjon i hverdagen (Norsk sykepleierforbund, 2019b).

I følge Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016) har ledelsen også ansvar for å oppdatere nødvendige prosedyrer og rutiner. Dette, for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Ifølge nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring styrkes pasientsikkerheten ved at ledere og ansatte har eierskap til forbedringsprosesser og deler ambisjon om å bli stadig bedre (Helsedirektoratet, 2019-2023).

## 2.2 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse

Funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleier er retningsgivende for den kliniske utøvelse av intensivsykepleie. Den bidrar til at funksjon og ansvar i behandlingsskjeden blir tydelig både for arbeidsgiver og samarbeidende faggrupper. Funksjons- og ansvarsbeskrivelsen er forankret iblant annet helselovgivningen, rammeplaner for utdanning og etiske og faglige retningslinjer. Den stiller krav til kompetanse og bidrag på en rekke områder. I denne sammenheng vil vi fremheve intensivsykepleierens forebyggende funksjon, hvor en tar ansvar for å beskytte pasienter mot komplikasjoner og skader, bruker medisinsk teknisk utstyr (MTU) på en forsvarlig måte, yter kompenserende hjelp og tar medansvar for en forsvarlig pasientbehandling. Den enkelte intensivsykepleier har også et personlig ansvar for å holde seg oppdatert innen forskning og anvende forskningsbasert kunnskap i sin praksis (NSFLIS, 2017). Lovverket sier at sykepleierpersonell, uansett utdanningsnivå, er ansvarlig for å holde seg faglig oppdatert (Helsepersonelloven, 2019). Funksjons- og ansvarsbeskrivelsen sier at intensivsykepleieren skal ha fokus på kompetansebygging, kvalitetsforbedring og utvikling av ny kunnskap og skal bruke relevant og oppdatert kunnskapsbasert tilnærming i sin undervisning, veiledning og rådgivning (NSFLIS, 2017).

## 2.3 Retningslinjer for intensiv virksomhet

En intensivsenhet er en geografisk avgrenset enhet på sykehuset som er bemannet av spesialutdannet personale. Den er organisert som en multidisiplinær enhet og teknisk utstyrt til å behandle pasienter med svikt i ett eller flere organsystemer. For å sikre en best mulig pasientbehandling er et tett samarbeid mellom leger, intensivsykepleiere og andre helsepersonell i intensivavdelingen av stor betydning (Norsk anesthesiologisk forening & NSFLIS, 2014).

I henhold til Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge skal intensivsenhetene ha et dokumentert fagutviklingsprogram. Dette knytter seg blant annet til sertifisering og tverrfaglig simuleringstrening. Det skal også være egne stillinger som fagutviklingssykepleiere. Kurs og etterutdanning inngår i fagutviklingsprogrammet og individuelle kompetanseplaner bør utarbeides på bakgrunn av erfaring og nivå av kompetanse (Norsk anesthesiologisk forening & NSFLIS, 2014).



## 2.4 Kunnskapsbasert praksis

Florence Nightingale eller “The Lady With The Lamp” la ned en stor innsats for sårede soldater under Krim-krigen på 1800-tallet og har bidratt til myten om at sykepleiere er omsorgsfulle og trøstende morsfigurer. Disse mytene er en del av sykepleieidentiteten. Likevel vil sykepleiere helst fortelle om Florence Nightingale, vitenskapskvinnen som forente kunnskapen om sykepleie i Europa, forskeren som benyttet statistikk for å underbygge sine funn og samfunnsreformatoren som tok aktiv del i samfunnsdebatten om helse gjennom faglige underbygde innlegg. Med dette har hun dannet grunnlaget for den moderne sykepleie, et fag som er fokusert på samfunnets behov for kunnskapsbasert sykepleie og som utøves i en unik blanding av håndverk og vitenskap (Lockertsen, 2015).

Det finnes flere definisjoner på kunnskapsbasert praksis. Canadian Nurses Association's standpunkt er at kunnskapsbasert praksis handler om å optimalisere pasientens utfall, forbedre klinisk praksis og sikre at pleie utøves på en forsvarlig måte. International Council of Nurses sier at kunnskapsbasert praksis er en problemløsningsorientert tilnærming til klinisk beslutningstagning som innbefatter søk etter beste og siste forskning, klinisk ekspertise og vurdering sammen med pasientens ønsker (Mackey & Bassendowski, 2017).

Vi velger å ta utgangspunkt i Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, and Reinart (2012) sin definisjon på kunnskapsbasert praksis: «Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen».



Figur 1.1 Modell for kunnskapsbasert praksis.

### 3. Metode

Ordet «metode» er gresk og betyr opprinnelig «veien til målet» (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015). I metode kapittelet presenteres studiens forskningsdesign og metodevalg. Her beskrives fremgangsmåtene for rekruttering av deltakere, gjennomføring av datainnsamling og analyseprosessen. Det redegjøres også for forfatterens forforståelse.

Denne studien har en induktiv, eksplorerende tilnærming og gir oss mulighet til å belyse et område innen intensivsykepleien det er lite kunnskap om fra tidligere. Induktiv tilnærming er basert på utvikling av teoretiske perspektiver på grunnlag av analysen av innsamlede data i et prosjekt (Thagaard, 2018). Det teoretiske rammeverket beskrevet i kapittel 2 «Teoretisk rammeverk» blir brukt som bakteppe og inspirasjon uten at vi gir dem en sentral rolle som analytisk verktøy (Malterud, 2017).

### 3.1 Forfatternes forforståelse

Forforståelse er beskrevet som en ryggsekk som «består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og (...) den teoretiske referanserammen slik den ser ut ved prosjektets innledning». Dette påvirker måten vi samler, leser og tolker data på (Malterud, 2017). Forforståelsen er avgjørende for humanistiske fag og forskning. Dette fordi vi ikke vil være i stand til å erkjenne den sosiale og historiske verden uten forståelse og fortolkning, som igjen hviler på forforståelse og fortolkning (Kvale et al., 2015). Forforståelsen er på denne måten noe en har med seg inn i sosiale relasjoner og som forskere må være bevisst i sine roller som moderator og observatør i fokusgruppeintervju. Refleksivitet i forskning er å ha “en kompetanse og en forskerposisjon”. Dette innebærer at forskeren evner å se betydningen av sin egen rolle i samhandling med deltakerne, de empiriske dataene, de teoretiske perspektivene, og den forforståelsen som forskeren bringer med seg inn i prosjektet” (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Malterud (2012) sier at «forskerne har sterk innvirkning på hvilke historier som blir fortalt». Med det forstås at forskerne kan komme i skade for å prege funnene.

Vi er begge sykepleiere med ulik fartstid fra forskjellige avdelinger. De siste årene har begge to jobbet på intensivavdelingen hvor vi nå gjennomfører vår studie. Vi er kjent med ressursgruppe-ordningen ved avdelingen og kjenner medlemmer i de forskjellige gruppene. Vi har gjennomført sertifiseringer og deltatt på undervisning i regi av disse gruppene, men ingen av oss har vært medlemmer i ressursgrupper og er ikke kjent med deres måte å jobbe på i gruppene for å frembringe kunnskap.

I denne studien bidro forforståelsen til at vi hadde en god kjennskap til sammenhengen ressursgruppene er etablert i og de rammene ressursgruppene fungerer innenfor. Vi har kunnskaper knyttet til diagnoser og behandlingsstrategier som ressursgruppene er involverte i. Dette gjorde at vi hadde evnen til å forstå intervjuobjektens utsagn og opplevelser i den kontekst intervjuobjektene refererte til. Vi var i stand til å følge resonnementer, identifisere sentrale tema og på den måten fange opp utsagn eller retninger intervjuet tok, som burde utdypes nærmere. Dette støttes av Thagaard (2018) som sier at en som forsker innen sitt eget fagmiljø har en særlig god forutsetning for forståelse av fenomenene som studeres.

Å være forsker i sitt eget fagmiljø medfører også utfordringer. Vi intervjuet våre egne kollegaer, og samtlige deltakere kjente hverandre godt. Malterud (2012) sier at fokusgrupper der deltakere kjenner hverandre godt stiller særlige krav til moderator. Om moderator ikke er våken og stiller kritiske spørsmål kan samtalen fort bli gjentakelser av allerede kjente utsagn.

Når forskeren har kjennskap til tema som studeres kan det medføre fare for å overse aspekter i intervjuene som ikke stemmer overens med forskerens egne erfaringer. Eller at forskeren senere i bearbeidelsen av tekstmaterialet «drar en mening ut av teksten» basert på sin forforståelse (Thagaard, 2018). Dette støttes også av Malterud (2017) som beskriver utfordringene med forforståelse som skylappene som hindrer at en ser det store bildet, og gjør at forskeren ikke evner å fange opp nye erfaringer i empirisk materiale ved at forforståelsen «overdøver budskapet fra det empiriske materialet».

### 3.2 Kvalitativt design - det kvalitative forskningsintervjuet

Valg av metode avhenger av hvilket forskningsspørsmål og problemstilling man ønsker å belyse (Malterud, 2017). I kvalitative forskningsintervju produseres kunnskapen sosialt gjennom interaksjon mellom intervjuer og intervjuobjektene (Kvale et al., 2015).

Vi ønsket med denne studien å oppnå en dypere forståelse av utfordringene knyttet til innføring og bruk av ny forskningsbasert kunnskap i den kliniske hverdagen i intensivavdelingen. Vi var interesserte i å utforske ressursgruppene sine muligheter til å påvirke og stimulere til bruk av kunnskapsbasert praksis i intensivavdelingen. Denne studiens problemstilling/forskningsspørsmål åpner opp for en kvalitativ design.

Kvalitativt design brukes for å undersøke subjektive menneskelig erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger (Nortvedt et al., 2012; Thagaard, 2018). Kvalitativt design er fleksibelt ved at det gir forskeren mulighet til å endre prosjektets utforming, innarbeide erfaringer og nye utfordringer underveis. Denne type design skaper nær kontakt mellom forsker og personer i felten og er preget av nærhet og sensitivitet i relasjon til kildene. Målet med kvalitativ forskning er å oppnå en forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av kontakter som etableres i løpet av forskningsprosessen (Thagaard, 2018).

I denne studien har vi benyttet oss av fokusgruppeintervju. Dette er en forskningsmetode for innhenting av kvalitative data ved bruk av gruppeintervju. Fokusgruppene består gjerne av seks til ti personer og er ledet av en moderator som presenterer emnene som skal diskuteres og ser til at ordvekslingen fungerer (Kvale et al., 2015). Ambisjonen med fokusgruppeintervju er å utnytte samhandlingen i gruppen til å få frem historier og fortellinger. Når gruppene settes sammen, tilstrebes en kombinasjon av homogenitet og variasjon mellom deltakerne knyttet til deres erfaringer. Slik får en representert god bredde i erfaringer og synspunkter tilknyttet den aktuelle problemstillingen. Deltakerne oppmuntres til å snakke til hverandre, stille spørsmål og kommentere hverandres erfaringer og synspunkter (Malterud, 2012).

I følge Malterud (2012) kan fokusgruppeintervju medføre at innsamlet data blir noe mindre robust i forhold til tolkning. Av den grunn egner dataene seg bedre til analyse på et deskriptivt nivå enn til mer fortolkende analyse. For vår del var det en fordel med fokusgruppeintervju da det kreves mindre ressursinnsats enn ved individuelle intervjuer. En ulempe med fokusgruppeintervju er at det kan medføre intervjutranskriberinger med et noe kaotisk preg (Kvale et al., 2015). Dette opplevde vi ikke som en utfordring.

Malterud (2012) sier at fokusgruppeintervjuer bør bestå av fem til åtte deltakere. Med et slikt antall har man en fokusgruppe som er stor nok til å skape et godt datamateriale. Videre er gruppen liten nok til at moderator og sekretær klarer å styre samtalen. Vi tok utgangspunkt i minimum seks deltakere i hver intervjugruppe. Begrunnelsene for dette er flere. Malterud (2012) sier det er fornuftig å ha grupper av en slik størrelse da det skaper grunnlag for god interaksjon mellom deltakerne. Dette gjør at mangfoldet i datamaterialet blir bra. Videre sier Malterud (2012) at man bør ta høyde for at deltakere melder forfall og at man kan trenge å omfordele deltakere. Med seks deltakere i hver gruppe kunne vi tåle et forfall, noe vi også opplevde ved en anledning hvor deltaker ikke kunne gå fra sine arbeidsoppgaver.

Når man gjennomfører fokusgruppeintervju, er det opp til moderator å skape en atmosfære av åpenhet og velvillighet der den enkelte kan uttrykke seg (Kvale et al., 2015). Moderatoren samarbeider ofte med en observatør som sørger for å fange stemning, klima og andre uttrykk som ikke lar seg fange på lydopptaker (Malterud, 2012).

Vi valgte å bruke semistrukturerte fokusgruppeintervjuer. Denne metoden er særlig egnet for å utforske fenomener som gjelder felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud, 2012). Underveis i intervjuene var vi nøye på at spørsmålene våre skulle bli besvart av informantene. Det betød at vi var nødt til å være aktive som moderator og observatør og tre inn og styre samtalen tilbake til tema de gangene vi opplevde at samtalen mellom intervjuobjektene tok sin egen retning.

Med bakgrunn i vår problemstilling utarbeidet vi en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 1). Intervjuguiden er et manuskript som strukturerer intervjuet i mer eller mindre grad (Kvale et al., 2015). Vi etablerte to forskningsspørsmål og satte opp et antall kortfattede, konkrete spørsmål for hver av disse forskningsspørsmålene. Når en etablerer intervjuguide er det vanlig å bruke pilotintervju for å kartlegge sentrale aspekter ved et tema og teste at spørsmålene forstås på riktig måte (Kvale et al., 2015). For å sjekke hvorvidt intervjuguiden ville fungere som tiltenkt utførte vi pilotintervjuer. Pilotintervjuene medførte at vi gjorde små endringer i spørsmålsformuleringer i intervjuguiden.

### 3.3 Kontekst

I denne studien tar vi for oss en generell intensivavdeling. Avdelingen har 15 sengeplasser og gir avansert livsunderstøttende behandling til pasienter i alle aldre med akutte, livstruende sykdommer kjennetegnet av potensielt reversibel svikt i vitale organsystemer (Norsk anesthesiologisk forening & NSFLIS, 2014). Personalgruppen består av intensiv- og anestesileger, intensivsykepleiere og offentlig godkjente sykepleiere og helsefagarbeidere. Sykepleierne ruller mellom intensivavdelingen og to postoperative enheter. I perioder leies det inn vikarer med intensivutdanning. Dette er særlig knyttet til helger, ved høytider og i forbindelse med sommerferieavvikling. Intensivavdelingens mål er å ha kun intensivsykepleiere, men avdelingen velger å ansette offentlig godkjente sykepleiere som ledd i rekruttering.

Intensivavdelingen har ressursgrupper på en rekke fagområder. Disse knytter seg blant annet til respiratorbehandling, akutt og kritisk syke barn, organdonasjon, døgndialyse og sirkulasjon. Ressursgruppene består kun av intensivsykepleiere med og uten mastergrad. De bidrar i sertifiseringsaktiviteter og undervisning, oppdatering av aktuelle prosedyrer

samt innføring av ny praksis i samarbeid med fagutviklingssykepleier, ledelse og leger. I noen av ressursgruppene anses lege kompetanse som avgjørende ved utarbeiding av nye prosedyrer.

Deltakelsen i ressursgruppene er frivillig og baserer seg på den faglige interessen den enkelte intensivsykepleier har tilknyttet et fagområde. Fordelingen av intensivsykepleiere til disse gruppene skjer ut ifra interesse og ressursgruppens behov for medlemmer. Det er mål om kontinuitet i gruppenes sammensetning og faglige arbeid og det er ikke definert rutiner som sier noe om når medlemmene skal rullere eller byttes ut. Det er ikke ønskelig å rotere for ofte da det kan medføre at viktig kompetanse forsvinner. Størrelsen på ressursgruppene avhenger av omfanget på det aktuelle fagligområdet.

### 3.4 Utvalg og rekruttering

Når man skal gjøre et utvalg er det hensiktsmessig å tilstrebe en sammensetning av fokusgruppe som balanserer mellom fellesskap og mangfold i gruppen. Det vil si at det rekrutteres informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som gjør de egnet til å belyse problemstillingen (Thagaard, 2018). Når dette gjøres på en god måte skaper det et datamateriale som er rikt og med et godt analysepotensial. Rekruttering er en tidkrevende prosess som forutsetter grundig kjennskap til den aktuelle målgruppen. Det er i tillegg et betydelig logistisk arbeid som må gjøres (Malterud, 2012).

Denne studien retter fokus mot masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgrupper og sykepleieleidelsen i intensivavdelingen. Som illustrert i kapittel 2.4 utgjør forskningsbasert kunnskap en av tre bærende elementer i kunnskapsbasert praksis. Av den grunn vurderte vi det som nødvendig at intensivsykepleierne i studien hadde formell kompetanse innen forskningsbasert kunnskap, slik at kunnskapsbasert praksis som helhet ble ivaretatt. Vi besluttet å gjennomføre et strategisk utvalg av deltakere blant intensivsykepleierne basert på følgende inklusjons kriterier:

- Master i intensivsykepleie.
- Ansatt som intensivsykepleier i intensivavdelingen
- Medlem av ressursgruppe.

Problemstillingen vår gjorde det nødvendig å rekruttere intensivsykepleiere med mastergrad. Det var basert på en antakelse av at de var kjent med å anvende databaser og tidsskrifter i søken etter oppdatert kunnskap. I tillegg antok vi at mastergrad bidro til å utvikle intensivsykepleierens evne til kritisk refleksjon omkring fagutøvelse, noe vi mente ville bidra til å belyse vår problemstilling. Det vi ikke hadde tatt tilstrekkelig høyde for var at kriteriene utgjorde en relativt sjelden kombinasjon av egenskaper. Vi møtte utfordringer knyttet til gjennomføring av intervjuene. Disse utfordringene handlet om at det sjelden var seks egnede intervjudeltakere på jobb samtidig, høyt pasientbelegg la beslag på de aktuelle intervjudeltakerne som var på jobb eller sykdomsfravær medførte at vi ikke kunne få det antallet deltakere vi trengte. Slike kontrabeskjeder kom på kort varsel og vi opplevde etter hvert å komme i tidspress. Det vi også så, var at inklusjonskriteriene i sin natur inkluderte en gruppe informanter som kan ha hatt en noe høy homogenitet og lite variasjon. Dette kan ha hatt konsekvenser for rikdommen i datamaterialet (Malterud, 2012).

For utvelgelse blant ledere ble det ikke etablert konkrete inklusjons- og eksklusjonskriterier ut over at de skulle ha et lederansvar for daglig drift i intensivavdelingen. Vi var av den oppfatning at de svært ofte ville stå i situasjoner hvor prioriteringer mellom driftsmessige hensyn og fagutviklingsinitiativ ville ha direkte innvirkning på ressursgruppens arbeid.

### 3.5 Ethiske overveielser

Et grunnleggende prinsipp når det gjelder forskningsetiske overveielser er at forskeren forholder seg til etiske prinsipper og følger etiske retningslinjer for forskningsvirksomhet (Thagaard, 2018). Respekt, velgjørenhet og rettferdighet danner grunnlaget for de forskningsetiske prinsippene. Disse gjenspeiler seg iblant annet i deltakeres rett til innsyn i data lagret om ham/henne, å retten til å kunne trekke seg fra studien uten grunn og med krav om aidentifisering av egne data. I tillegg til de forskningsetiske reglene må man også være bevisst de uforutsigbare situasjonene man kan komme opp i forbindelse med gjennomføring av fokusgruppeintervjuer. På den måten kan man sammen med intervjudeltakere fatte gode og ansvarlige valg (Malterud, 2012). Vår studie krevde ikke godkjennelse fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig etikk [REK] siden vi ikke skulle forske på pasienter (Helseforskningsloven, 2008). Vi søkte og fikk



godkjennelse hos Personvernombud (id:MA213) ved Universitetssykehuset der intervjuene ble gjennomført (vedlegg 5).

Prosjektet ble presentert for avdelingssjef ved intensivavdelingen etter at godkjennelsen fra Personvernombud var innhentet. Siden vår studie fant sted på egen arbeidsplass ble det spesielt viktig at rekruttering til prosjektet ble utført av en tredjeperson. I dette tilfelle ble avdelingssykepleier ansvarlig for rekruttering. På den måten unngikk vi å sette kollegaer i en situasjon hvor de skulle oppleve press fra oss til å gi samtykke (Helseforskningsloven, 2008). Avdelingssykepleier delte ut samtykke-skjema til deltakere som ble rekruttert og som oppfylte våre inklusjonskriterier og ønsket å delta i studien. Det ble også gitt informasjon om at det var frivillig deltakelse og at alle hadde rett til å trekke seg fra studien når som helst uten å oppgi årsak. Informasjon om studiens formål og problemstilling, fordeler og ulemper med deltakelsen ble presentert i skjemaet «Informert samtykke». Alle deltakerne signerte på samtykket i forkant av intervjuet. Samtykkeskjemaene ble oppbevart i et låst skap på et låst kontor, slik at ingen andre enn studiens forfattere hadde tilgang til disse. Samtykkeskjema og koblingsnøkkelen til studiens deltakere ble oppbevart separat bak to låsbare hindringer.

Lydopptakene inneholdt noen personopplysninger siden studiens deltakere i enkelte tilfeller brukte hverandres navn. Lydfilen ble oppbevart forsvarlig slik at kun studiens forfattere hadde tilgang til den. Transkribert datamateriale ble aidentifisert og vil bli slettet senest 30.06.20.

Vi har ivaretatt integriteten og konfidensialiteten til alle deltakerne gjennom hele forløpet fra samtykkeskjema ble signert til prosjektslutt. Konfidensialitet er ansett som en rettighet for studiens deltaker og brudd på det undergraver forskningens tillit og troverdighet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Det er kun studiens forfattere som har hatt tilgang til opplysninger som ble behandlet i vårt prosjekt.

Når vi i denne studien intervjuet kollegaer var det viktig å være bevisst på hvordan vår tilstedeværelse kunne påvirke intervjuobjektet. Når man intervjuer arbeidskollegaer kan det medføre at intervjuobjektene er tilbakeholdne med å dele personlige erfaringer og motsatt kan det være at intervjusettingen kan bli noe uformell og på den måten prege data. Dette er ansett som en ulempe for studien. En annen ulempe er at spørsmål som blir stilt

kan oppleves som nærgående og av den grunn ubehagelige. Thagaard (2018) sier at «forskeren har ansvar for å unngå at deltakerne blir utsatt for urimelige belastninger som følge av forskningen». Videre sier hun at «Forskeren skal respektere deltakernes autonomi, integritet, frihet og medbestemmelse».

Fordeler ved deltakelse kan være at deltakerne får være med i en prosess som kan føre til positive endringer i ressursgruppens rolle i klinikken. Videre kan deltakerne få fornyet interesse for kunnskapsbasert praksis i sin arbeidshverdag.

### 3.6 Datainnsamling

Studien ble presentert til avdelingssjef i intensivavdelingen i midten av november 2019. Hun delegerte ansvaret for videre oppfølging av vår studie til avdelingssykepleier. Avdelingsledelsen bestemte dag, tidspunkt og sted for intervjuene. Intervjuene foregikk på sykehuset på dagtid. Avdelingens ledelse la til rette for at deltakerne kunne intervjues i arbeidstiden.

Vi gjorde en rolleavklaring i god tid før det første intervjuet. Vi vurderte om vi skulle dele rollen som moderator og observatør slik at begge fikk gjort dette. Vi fant imidlertid ut at det ville være en styrke for gjennomføringene at vi ikke byttet. Moderator ledet intervjuet i tråd med intervjuguiden mens observatøren lyttet og skrev ned viktige observasjoner som ikke kunne oppdages på lydopptak, blant annet stemning og kroppsspråk. Både moderator og observatør stilte oppfølgingsspørsmål når det var nødvendig. Intervjudeltakerne ble informert om vår rollefordeling før intervjuet startet.

Vi så etter hvert at inklusjonskriteriene i vår studie medførte praktiske utfordringer knyttet til gjennomføring av intervjuene. En utfordring for avdelingen ble å ta seks intensivsykepleiere med master grad ut av drift på en og samme vakt. En annen utfordring var å finne de dagene hvor det var seks intensivsykepleiere samtidig på jobb som oppfylte inklusjonskriteriene.

Siden vi opplevde disse utfordringene ved gjentatte anledninger måtte vi til slutt benytte oss av de anledningene som bød seg. Dette medførte at to av tre intervjuer hadde fem deltakere isteden for seks. Intervjuene varte mellom 50 minutter og 1 time. Det var en

god flyt i kommunikasjonen mellom intervjuer og deltakerne. Deltakerne ble oppfattet som avslappet og engasjerte i å bidra med deres erfaringer og opplevelser om tema.

### 3.7 Transkribering

Transkribering er en fortolkningsprosess hvor tale blir til tekst (Kvale et al., 2015). Vi kjøpte en digital lydopptaker som vi brukte under alle tre intervjuene. Lydopptakeren ble testet før starten av hvert intervju for å sikre at alt fungerte som det skulle. I forkant av intervju nummer to opplevde vi utfordringer med å starte lydopptakeren. Det viste seg at den tappet batteriene selv når den var avslått. Vi hadde reservebatteri og fullførte intervjuet uten problemer. For gjennomføring av intervju nummer tre ble det kjøpt ny lydopptaker og vi opplevde ikke problemer etter dette.

Transkriberingen ble utført av både moderator og observatør. Alle intervjuene ble bevisst transkribert kort tid etter gjennomføring da det var ferskt i minne. Hvert enkelt intervju ble delt i to slik at arbeidet med transkribering ble fordelt likt mellom oss. Når transkriberingen av alle tre intervjuene var gjennomført, gikk vi gjennom hele transkriberingen på nytt. Dette ble gjort hver for seg for å sikre at ikke noe var blitt oversett. Vi transkriberte alt, inkludert våre egne spørsmål, pauser og nøling. Totalt 68 sider ble transkribert.

I løpet av dataanalyse kom vi opp i situasjoner der enkelte utsagn ikke ga en tydelig mening. For å unngå feil tolkning av data gikk vi gjennom opptaket på nytt. I noen få tilfeller viste det seg at vi hadde gått glipp av sentrale ord i transkriberingen.

### 3.8 Fremgangsmåte for dataanalysen

Vi valgte å analysere data ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004). Dette er en metode som egner seg når hensikten er å beskrive og analysere variasjon. Kvalitativ innholdsanalyse identifiserer både et manifest og et latent innhold av teksten. Manifest innhold fokuserer på det synlige, det åpenbare innholdet i en tekst mens i det latente innholdet tolker forskeren den underliggende meningen i teksten. Både manifest og latent innhold omhandler tolkning, men tolkningen varierer i dybde og nivå av abstraksjon (Graneheim & Lundman, 2004).

Vi startet innholdsanalysen med å lese gjennom hele transkriberingen flere ganger slik at vi fikk et helhetlig bilde av innholdet. Første steg i innholdsanalysen er å finne meningsenheter i teksten, det vil si ord eller deler av tekst som relaterer til samme mening (Graneheim & Lundman, 2004). Vi fant til sammen 535 meningsenheter hvorav 40 ble ekskludert grunnet utfordringer i å forstå meningen i teksten eller fordi de ikke var aktuelle nok for vår problemstilling.

Neste steg i analysen var kondenseringen av meningsenheter. Kondensering betyr at teksten forkortes slik at det blir letthåndterlig samtidig som man passer på at kjernen i budskapet ikke blir endret (Graneheim & Lundman, 2004). Under etablering av meningsenheter og kondensering forholdt vi oss til tekst uten å tolke denne.

Tabell 1: Et eksempel fra meningsenhet til kondensert meningsenhet

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter
"Det er ganske overveldende, hvor mange grupper det er, alt i fra MIT til hygiene, det tunge faglige, brannskade som kanskje er et veldig lite område som vi er nødt å ivareta sant, fordi vi har de pasientene, ikke så ofte men ja."	Det er svært mange grupper alt fra det tunge faglige til små områder som vi er nødt til å ivareta.
"Så det er på en måte for å ivareta de fagområdene som også vi er sjelden borti, sant at vi har en spisskompetanse for å kunne se på akkurat de tingene."	De bidrar til å ivareta fagområder vi sjelden er borti. Vi har en spisskompetanse for å kunne se på alt.
"Også tenker jeg at som avdeling total sett det å ha et miljø prega av fag, fagutvikling, det er det som bidrar til et arbeidsmiljø der folk ønsker å søke seg inn og fortsette å jobbe. Så det er og et punkt i den modellen med ressursgruppe."	Å ha et miljø preget av fagutvikling gjør at folk ønsker å søke seg inn og fortsette å jobbe.
"Der ser jeg at det er en av de tingene som jeg ser at de er sterke ressurser i avdelingen fordi de har den kunnskapen og sitter på mye mer enn de fleste."	De er sterke ressurser i avdelingen og sitter med mer kunnskap enn de fleste.
"Det er for at de skal holde seg spesielt oppdatert innen det feltet da gjerne, at du fokuserer på at den ressursgruppen du tilhører er der gjerne der du holder deg, at du spesielt ... ja ... fokuserer på de områdene der innen din ressursgruppe da."	Du skal holde deg spesielt oppdatert på områdene innen din ressursgruppe.

Etter kondensering av meningsenheter gikk vi til neste steg, som var koding av kondenserte meningsenheter. Merking av en kondensert meningsenhet med en kode tillater forskeren å reflektere over sine data på nye og forskjellige måter. En kode er en kortfattet beskrivelse av innholdet i en kondensert meningsenhet (Graneheim & Lundman, 2004).

Neste steg i analysen var å sortere de kondenserte meningsenhetene i underkategorier og kategorier (Graneheim, Lindgren, & Lundman, 2017). En kategori svarer på spørsmålet «Hva?» og kan identifiseres som en tråd gjennom kodene. Kategorier må være

uttømmende og gjensidig utelukkende, det vil si at ingen data faller mellom to kategorier eller passe inn i mer enn en kategori (Graneheim & Lundman, 2004).

Vi begynte sorteringen av de kondenserte meningsenhetene og samlet de i underkategorier. Sorteringen har vært en utfordrende prosess. Flere kondenserte meningsenheter passet ikke inn i de etablerte underkategoriene og de som gjensto hadde heller ikke fellestrekk slik at vi kunne lage nye underkategorier. Vi analyserte transkriberingen av intervjuer på nytt og fant at i enkelte tilfeller hadde vi mistolket budskapet i teksten. På den måten klarte vi å finne plass til alle de kondenserte meningsenhetene i underkategorier.

Tabell 2: Eksempler på sortering av kondensert meningsenhet i underkategorier.

Kondenserte meningsenheter	Underkategorier
Det er svært mange grupper alt fra det tunge faglige til små områder som vi er nødt til å ivareta	<b>Å bidra til forsvarlig pasientbehandling i en kompleks avdeling.</b>
De driver kvalitetssikring av pasientbehandling og sykepleie.	
Holde kunnskapen oppdatert hos ansatte	
De er en forlengelse av leder for å opprettholde fagkompetansen	
Der ressursgrupper har ansvar har de også ansvar for at alle tar del i opplæringen.	
De er en ressurs på vakt som kan veilede ny ansatte innen et fagfelt.	
Du har ansvar for å lære videre til kollegene dine.	
Opplæring. Det går mye på praktisk opplæring og veiledning.	
De går bedside og er rollemodeller på hvordan en skal utøve sykepleie praksis.	
De bidrar til å ivareta fagområder vi sjelden er borti. Vi har en spisskompetanse for å kunne se på alt.	
Vi har ressursgrupper slik at ansatte alltid skal ha noen med spisskompetanse å spørre	<b>Å være kompetanse bærere innen fagområder</b>
Du skal holde deg spesielt oppdatert på områdene innen din ressursgruppe	
Være ressursperson innen feltet	
Man må sørge å holde kunnskapen man har vedlike og være en ressurs på området.	
Du skal ha en dyptgående kunnskap om det som er nytt.	
Jeg opplever at folk ser på oss som er ressurs og spør hvis det er noe.	
Det skal være god dekningsgrad for kunnskap i helgene og ferie.	
Det er et rekrutteringstiltak og det hjelper å beholde fagkompetansen.	
De er sterke ressurser i avdelingen og sitter med mer kunnskap enn de fleste.	
Ressursgruppene er blitt mer styrket faglig. De er mer løsningsorientert i måten å jobbe på.	
De er en viktig ressurs og en viktig kilde til kunnskapsbasert praksis i avdelingen.	

De etablerte underkategoriene ble samlet til kategorier. Etter kategoriene er blitt etablert søker forskeren etter latent innhold og formulerer dette som temaer på ulike nivåer. I kvalitativ innholdsanalyse er et tema beskrevet som en samlende 'rød tråd' som går gjennom flere kategorier som gir mening til et gjentatt emne eller erfaringer. Temaer er vanligvis ganske abstrakte og derfor vanskelige å fange. De kan tre tydeligere frem hvis forskeren stiller seg spørsmålet «Hva er det disse menneskene som prøver å fortelle meg?» eller «Hva handler dette om?». Temaet kan være under tekstenes overflate, men når det er identifisert, ser det ut til å være åpenbart (Graneheim et al., 2017).

Tabell 3 og 4: Eksempler på analyseprosessen, fra meningsenhet frem til tema.

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Underkategorier	Kategorier	Tema
"Det er for at de skal holde seg spesielt oppdatert innen det feltet da gjerne, at du fokuserer på at den ressursgruppen du tilhører er der gjerne der du holder deg, at du spesielt ... ja ... fokuserer på de områdene der innen din ressursgruppe da. Ja, du skal være en ressursperson innen feltet»	Du skal holde deg spesielt oppdatert på områdene innen din ressursgruppe og være ressursperson på område.	Å være kompetanse bærere innen fagområder	Ressursgrupper som faglig støtte i intensivavdelingen	<b>Ressursgruppens funksjon må gå fra støttende til førende</b>
"Vi leiter etter mye artikler, blant annet i forhold til det å stanse maskinen under picco måling og jeg prøvde å finne om det fantes sånn forskning på forskjellige tema rundt dette for å implementere det i våre prosedyrer."	Vi leter etter artikler for å finne forskning på forskjellige tema som kan implementeres i våre prosedyrer.	Søker forskning for å oppdatere prosedyrer	Identifiserer kunnskap og introduserer det i klinisk praksis	
"Det er litt på at den skal ha med kliniske... holdt på si tilhørighetene, at de er i klinikken, de er bedside, de kjenner på hvor problemet er hva som skjer på en måte inn i håndtering av ny kunnskap og hva som fremmer det, sant."	De er klinikken og er bedside og kjenner på hvor problemet er og hva som skjer i håndtering av ny kunnskap og hva som fremmer det.	Bidrar til gode løsninger på faglige utfordringer	Oppdager mangelfull praksis og bidrar med løsninger	

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Underkategorier	Kategorier	Tema
«Ja, så det er en enorm sant det er jo en personalgruppe og noen som bare jobber helger altså det er jo veldig, veldig krevende å få... alle vet det samme til enhver tid (enighet), ja det er faktisk det.	Det er en veldig stor avdeling og er veldig vanskelig å sikre at alle vet det samme til enhver tid.	Å gå glipp av undervisning	Fagutvikling under utfordrende organisatoriske forhold	<b>Ressursgrupper og ledere må ha KBP som et felles mål</b>
Fordi at alle i ressursgruppen får jo den dagen i halvåret i turnus men så blir vi jo trukket inn... kan bli trukket inn på grunn av drift.	Alle ressursgrupper får en dag i halvåret i turnus men blir trukket inn grunnet drift.	Driftsmessige hensyn har prioritet		
Men det som jeg la merke til da det var jo at det var veldig splittelse i ledelsen, hvem som synes at dette var en god ide og hvem som ikke synes det og da tror jeg jo med en gang du ikke engang er enige i ledelsen da er det sånn «failure prosjekt» og det ble jo.	Jeg la merke at det var veldig splittelse i ledelsen og jeg tror at når ledelsen ikke er enige slår prosjektet feil.	Forankring av implementeringsprosessen i ledelsen	Ressursgruppens fagutviklings arbeid forankret i ledelsen	
«Tenker det kommer veldig an på hva type gruppe en har. i min gruppe føler jeg at det er mye lettere å jobbe hvis det er en mindre gruppe i forhold til å være en større gruppe. Mye lettere å samle for det store områder å kartlegge og da er det litt lettere å være mindre i forhold til det å kunne jobbe sammen og samkjøre ting i forhold til turnus. Det er noe jeg har merket i vår gruppe.	Jeg har merket at det er lettere å jobbe i mindre grupper. Det er lettere å samles og samkjøre ting i turnus.	En bedre måte å arbeide effektivt på i ressursgrupper	Forbedringsområder tilknyttet fagutviklings arbeid i ressursgruppe	

### 3.9 Resultatets troverdighet gjennom gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

I kvalitativ forskning har begrepet gyldighet (credibility), pålitelighet (dependability) og overførbarhet (transferability) blitt brukt til å beskrive ulike aspekter av troverdighet (trustworthiness) (Graneheim & Lundman, 2004).

Gyldighet handler om forskningens fokus og refererer til tillit og hvor godt data og analyseprosesser adresserer ønsket fokus. Det første spørsmålet om gyldighet oppstår når man bestemmer seg for studiens fokus, valg av kontekst, deltakere og tilgang til innsamling av data. Valg av den mest hensiktsmessige metoden for datainnsamling og mengden data er også viktig for å etablere gyldighet (Graneheim & Lundman, 2004). Vi har beskrevet bakgrunnen for valg av metode, fremgangsmåte for datainnsamling og analyse slik at leseren utvikler tillit til vår studie. Vi har vært to forfattere som har jobbet sammen gjennom hele studiens forløp, samt at vi har hatt en tett dialog med vår veileder som har hjulpet oss underveis. Vi har også presentert og diskutert vår oppgave på

masterseminar. På masterseminar har medstudenter og veiledere bidratt med forslag til forbedring. Gyldighet til forskningsresultater omhandler hvor godt kategorier og temaer dekker data. Dette vil si at ingen relevante data har blitt utelukkende eller systematisk utelukket eller irrelevante data inkludert (Graneheim & Lundman, 2004).

Overførbarhet refererer til i hvilken grad funnene kan overføres til andre settinger eller grupper. Forfatterne kan gi forslag om overførbarhet, men det er leserens avgjørelse hvorvidt funnene kan overføres til en annen kontekst. For å legge til rette for overførbarheten er det verdifullt å gi en klar og tydelig beskrivelse av kultur og kontekst, utvalg og karakteristikker av deltakere, datainnsamling og analyseprosess. En rik og sterk presentasjon av funnene sammen med passende sitater vil også øke overførbarheten (Graneheim & Lundman, 2004). Vi har beskrevet kontekst, utvalg og datainnsamling under metode kapittelet som gir leseren grunnlag for å vurdere studiens overførbarhet. I presentasjonen av studiens funn har vi trukket fram flere sitater, slik at leseren får en innsikt i hva informantene eksakt beskrev. Variasjon av datafunn ble ivaretatt ved å vise til hvem som har sagt hva. Dette vil også styrke studiens overførbarhet.

I kvalitativ forskning omhandler pålitelighet av tolkninger å etablere argumenter for de mest sannsynlige tolkninger. Troverdighet kan styrkes dersom funnene presenteres på en måte som gjør det mulig for leseren å lete etter alternative tolkninger (Graneheim & Lundman, 2004). I fasen når kategorier opprettes, er det en utfordring å bestemme hvilke koder og støttende sitater fra den opprinnelige teksten som skal inkluderes i en kategori. Dette er et spørsmål om pålitelighet (Graneheim et al., 2017). Pålitelighet blir ivaretatt ved å presentere fremgangsmåten for dataanalyse, vise måten vi har kondensert meningsenhetene, kodet og utviklet underkategorier, kategorier og tema.

En annen utfordring til pålitelighet er at intervjuene samvirkes mellom forsker og intervjuobjektet, og mellom teksten og forskeren i analyseprosessen. Det er derfor nødvendig å være oppmerksom på og være åpne om forskernes forforståelser, da disse kan påvirke måten spørsmålene blir spurt på, hvilke oppfølgingsspørsmål som stilles, og hvordan intervjuernes fortellinger blir oppfattet og tolket. Å være flere enn en forsker i analysen, er en måte å styrke studiens pålitelighet, da forskernes tolkning kan variere og en medforsker kan komme med alternative tolkninger (Graneheim et al., 2017). Vi har gjennomført hele analyseprosessen i fellesskap og gått gjennom denne flere ganger med

den hensikt å sikre at vi har fått med oss alt. Forskernes forforståelse er redegjort for under forfatterens forforståelse (3.1) i metode kapitlet.

Troverdighet refererer i sin helhet til hele studien. Det er leseren som dømmer kvaliteten på en rapport. Forfatterens ansvar er å presentere rapporten på en slik måte at de overtaler leserne om sin troverdighet. Dette gjøres ved å etablere nøyaktighet i forskningsprosessen og ved å gi informasjon som lar leserne forstå hvordan og hvorfor beslutninger ble tatt (Graneheim et al., 2017).

## 4. Funn

I dette kapitlet presenteres studiens resultater. Ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse Graneheim and Lundman (2004) har vi sammenfattet vårt datafunn i 37 underkategorier. Oversikt over underkategorier, kategorier og tema blir presentert i tabeller i dette kapitlet.

Studiens problemstilling er:

**Hvordan kan masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgrupper og sykepleieledelsen i intensivavdelingen bidra til økt bruk av kunnskapsbasert praksis?**

Studiens forskningsspørsmål:

1. Hvordan kan masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgrupper bruke sin faglige og akademiske kompetanse til økt bruk av KBP i intensivavdelingen?
2. Hvordan kan sykepleieledelsen tilrettelegge for kunnskapsbasert ressursgruppearbeid gjennom bevisst bruk av avdelingens masterkompetanse?

I vår arbeid med datafunn har vi kommet frem til to tema:

1. Ressursgruppens funksjon må gå fra støttende til førende
2. Ressursgrupper og ledere må ha KBP som et felles mål



Tabell 5 og 6: Disse to temaene kom vi frem til på grunnlag av ni kategorier slik de framgår under:

Underkategorier	Kategorier	Tema
Å dele sin kunnskap med kolleger	Ressursgrupper som faglig støtte i intensivavdelingen	<b>Ressursgruppenes funksjon må gå fra støttende til førende</b>
Å være kompetanse bærere innen fagområder		
Å bidra til forsvarlig pasientbehandling i en kompleks avdeling.		
Opplevelse av mestring når en får øvet seg	Ressursgrupper som faglig motivasjon	
Å ville bli god i noe		
Positive til ny kunnskap		
Å bruke sentrale kilder til kunnskap	Identifiserer kunnskap og introduserer det i klinisk praksis	
Søker forskning for å oppdatere prosedyrer		
Evne til kritisk refleksjon omkring hva som er god praksis		
Identifisere omstendigheter i praksis som krever korreksjon	Oppdager mangelfull praksis og bidrar med løsninger	
Å bidrar til gode løsninger på faglige utfordringer		
Å bruke masterstudenter for utarbeidelse av nødvendige fagprosedyrer		
Å dele kunnskap forankret i forskning	Styrke etterlevelsen av etablert praksis	
Å ha enkel og lett tilgjengelig informasjon		
Følge opp iverksatte endringer når fokus rettes mot nytt område		

Underkategorier	Kategorier	Tema
Praksisendring som medfører ekstra belastning møttes med negativ holdning	Avdelingens kompleksitet som barrierer mot innføring av ny kunnskap	<b>Ressursgrupper og ledere må ha KBP som et felles mål</b>
Mye utstyr medfører lite mengdetrening		
Lettere å implementere teknisk utstyr enn prosedyrer		
Prosedyrer som krever mye personalressurser er vanskelig å gjennomføre		
Samtidighetskonflikt medfører at implementering ikke blir sluttført		
Avdelingen mangler rutiner på implementering	Fagutvikling under utfordrende organisatoriske forhold	
Å gå glipp av undervisning		
Skjev prioritering mellom fagområder		
Manglende koordinering av ressursgrupper		
Driftsmessige hensyn har prioritet		
Opplevelse av manglende tillit og ansvar til ressursgrupper	Ressursgruppene fagutviklings arbeid forankret i ledelsen	
Å bruke egen fritid på ressursgruppearbeid		
Opplevelse å være overlatt til seg selv som nytt ressursgruppedlem		
Forankring av implementeringsprosessen i ledelsen	Forbedringsområder tilknyttet fagutviklings arbeid i ressursgruppe	
Ledergruppa bidrar i drift for å sikre at undervisning blir gjennomført		
Ledelsens initiativ for tilrettelegging av ressursgruppearbeid		
Sette retningslinjer som gir mandat til ressursgruppedlemmer		
En bedre måte å arbeide effektivt på i ressursgrupper		
Opprettholde kompetansen innen sitt fagområdet uavhengig av fokus i avdeling		
Åpenhet mellom ressursgrupper og ledelse		
Være spontan og benytte anledningene som byr seg		
Å se løsninger for å bedre kunnskapsdeling		

I dette kapittelet presenterer vi de ni kategoriene tilknyttet sine respektive tema. For å styrke troverdigheten av våre funn presenterer vi sitater fra intervjuene som eksempler slik at leseren selv kan vurdere kvaliteten på vårt arbeid i analyseprosessen.

#### 4.1 Ressursgruppene funksjon må gå fra støttende til førende

Dette temaet svarer på forskningsspørsmål nummer en. Det handler om hvordan masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgrupper kan bruke sin faglige og akademiske kompetanse til å øke bruken av KBP i intensivavdelingen. Ressursgrupper har gjennom mange år bidratt til fagutvikling innen intensivavdelingen. Modellen er blitt mer satt i system gjennom årene. Dette er gjort ved at arbeidet er nedfelt i turnus og at flere av gruppene driver undervisningsopplegg. Gruppene har gjennom årene blitt viktige for den kunnskapsbaserte tilnærmingen til intensivsykepleie som innbefatter søk etter forskningsbasert kunnskap, spredning av kunnskap i arbeidsmiljøet og at gruppene har en

kompetansebærende rolle. Dette temaet tar for seg ressursgruppene utvikling gjennom årene. Masterkompetanse har bidratt til at ressursgruppene har gått fra en faglig støttefunksjon til å ta mer ansvar for måten avdelingen utvikler seg faglig.

#### 4.1.1 Ressursgrupper som faglig støtte i intensivavdelingen

Lederne presenterte ressursgrupper som en gammel etablert modell som er blitt mer formalisert og satt i system gjennom årene. Nå blir det mer tilrettelagt for ressursgruppearbeid i turnus slik at de får jobbe med de fagområdene de er ansvarlige for. Ressursgrupper har fått tildelt et ansvar fra ledelsen for å gjennomføre fagdager, drive opplæring og spre den kunnskapen de tilegner seg til ansatte i intensivavdelingen.

Leder D beskrev ressursgrupper som ambassadører for å opprettholde kompetansen og kvalitetssikre pasientbehandling. Leder A understrekte at intensivavdelingen er en kompleks avdeling som behandler alle pasientkategorier. Hun fortalte at det kan være overveldende med det høye antallet ressursgrupper i intensivavdelingen, men også at det er nødvendig for å kunne ivareta alle fagområdene og tilby tilstrekkelig pasientbehandling. Leder A beskrev ressursgrupper som «en forlengelse av leder for å opprettholde fagkompetansen».

*«Vi er jo en ganske kompleks avdeling som skal ivareta en mengde pasienter med ulike diagnoser, ulike lidelser uavhengig av hvilken type organ som svikter. Vi tar imot alt fra barn til voksne kirurgiske, medisinske, nevrologiske, så vi er ganske kompleks avdeling, i tillegg så er det postoperativ som skal ivaretas. Også for å kunne ivareta fagområdene og holde oss oppdatert faglig så er det naturlig at vi trenger hjelp og ressursgruppene er vel en forlengelse av leder for å opprettholde fagkompetansen.»*

Intensivsykepleier A2 beskrev ressursgrupper som superbrukere med spisskompetanse på det som er nytt innenfor fagfeltet og som har ansvar for å dele det videre med ansatte i avdelingen. Intensivsykepleier E1 og A1 fortalte at ressursgruppene holder seg oppdatert innen sitt fagfelt slik at det er en god kompetansedekning i intensivavdelingen til enhver tid. Dette gjør at ansatte alltid har noen å spørre om råd. Intensivsykepleier D1 opplevde at ressursgruppede medlemmer hadde autoritet og at ansatte så på de som en ressurs og brukte de ved behov. Hun sa det slik:

*«Men jeg opplever at folk ser på oss som en ressurs og spør hvis det er noe, jeg gjør jo det selv, hvis det er de gruppene jeg er ikke er med i, i barn for eksempel der jeg føler mest usikker, og der spør jeg alltid stort sett hvis jeg har barn. Da spør jeg noen andre i barnegruppa, absolutt rom for det, så det er.»*

Intensivsykepleier A1 fortalte at det var viktig at ressursgruppemedlemmer gjorde seg tilgjengelige for spørsmål. Hun pleide å gi beskjed til ansatte at de kunne spørre hvis de lurte på noe. Leder B understrekte at det er en trygghet for ansatte å ha folk fra ressursgrupper på vakt som kan tre inn og hjelpe ved behov.

*«Og du merker at de, at de når du er på jobb på en vakt så er det veldig trygghet i det hvis noen er usikre at det er en fra en ressursgruppe i den casen det gjelde. Så føler de seg mye tryggere, og ... «Ja det kan jeg gå og høre hvordan hun ville gjort det» Så da kan hun få hjelp til å gjøre det.»*

Intensivsykepleier B2 fortalte at de delte sine erfaringer og kunnskap med andre ansatte når de jobbet sammen på rommet eller «i to-spenn på isolatet». Intensivsykepleier D2 fortalte at en god måte å spre kunnskap på var å korrigere ansatte som gjorde ting feil ved å undervise dem mens de var i drift. Hun opplevde at ansatte var takknemlige for det.

Leder E hevdet at de i ledergruppa har en forventning til at ressursgruppene holder seg faglig oppdatert med «forskningsbasert kunnskap» og er en viktig kilde til kunnskapsbasert praksis. Det er også forventet at de går «bedside» og er rollemodeller og går foran med et godt eksempel på hvordan man skal utøve en god praksis. Leder A fortalte at intensivavdelingen kunne aldri jobbet forsvarlig uten ressursgrupper. Hun beskrev en intensivavdeling uten ressursgrupper som «en blekksprut uten armer».

#### 4.1.2 Ressursgrupper som faglig motivasjon

Faglig motivasjon blant ansatte i intensivavdelingen er avgjørende for å kunne opprettholde fagkompetansen og utøve en bedre sykepleiepraksis. Leder D fortalte at ressursgruppene er et rekrutteringstiltak. Med dette menes at ansatte i intensivavdelingen har mulighet til å bli medlem i en av ressursgruppene og kan bygge seg en spisskompetanse innen et fagfelt og bli en ressursperson i avdelingen. Et annet rekrutteringstiltak er at eksistensen av ressursgrupper i intensivavdelingen bidrar til et miljø preget av fagutvikling og hvor det oppleves motiverende å jobbe.

*«Jeg tenker at det er ett rekrutteringstiltak og hjelper å beholde fagkompetansen for ansatte får en mulighet til å gå i et fagfelt og opparbeider seg spisskompetanse som de kan dele, de bruker seg selv som fagperson på en annen måte, og så tenker jeg at som avdeling total sett det å ha et miljø prega av fag, fagutvikling, det er det som bidrar til et arbeidsmiljø der folk ønsker å søke seg inn og fortsette å jobbe, så det er og et punkt til den avdeling med ressursgruppen.»*

Ressursgruppene viktige rolle i rekruttering er også understøttet av Leder B og intensivsykepleier A1. De fortalte at ressursgruppene er en stor motivasjon for ansatte og at de opplevde at ansatte er veldig «ivrige» og «står i kø» for å komme inn i en ressursgruppe. Intensivsykepleier A1 hevdet at hun ble medlem i en ressursgruppe fordi hun ønsket seg å bli god i noe. Hun fortalte at dette var den eneste muligheten til å kunne oppnå spisskompetanse i et fagområde. Flere intensivsykepleiere i intervju nummer en fortalte at det er veldig kjekt og motiverende for dem å kunne føle seg god i noe og få mestringsfølelse.

*«Jeg tror det er en god måte å jobbe på og fordi, sånn som du sier, du kunne ikke så mye om det derfor ville du bli god, og det var akkurat derfor jeg og ble medlem i dialysegruppen, tenker det er vanskelig å bli god i det om du ikke er med i gruppen, derfor meldte jeg min interesse for den. For det var et usikkerhetsmoment for meg. Det er veldig kjekt å kunne si at man er god i en ting. Du får litt sånn mestring.»*

Leder C understrekte at medlemmene i ressursgrupper representerer en stor motivasjon for ledelsen også ved at de viser stor interesse for å lære ny kunnskap. De fortalte at ansatte skal ha skryt for sin kunnskapsiver.

#### 4.1.3 Identifiserer kunnskap og introduserer det i klinisk praksis

Masterkompetanse i intensivsykepleie anses som viktig for å kunne utøve en kunnskapsbasert praksis. Leder A hevdet at masterkompetansen gir en selvstendighet i måten intensivsykepleiere utøver sitt arbeid på. Man utvikler kompetanse innen søk av forskning, er mer løsningsorientert og jobber mer effektivt. Hun sa det slik:

*«Opplever vel at det er blitt mer styrket sånn faglig, kompetansemessig, at spesielt at det er masterprogram på intensiv du må ha mer kunnskap om hvordan du søker forskning og hvordan en skal jobbe kunnskapsbasert at det er et visst hold og relevans i det man gjør.. Men at man jobber nok mer konstruktivt og effektivt enn tidligere. Jeg ser på en måte progresjon, også er det litt mer løsningsorientert synes jeg i forhold til måten å jobbe på.»*

Intensivsykepleiere i intervju en og to fortalte at mye av deres arbeid i ressursgrupper forankres i forskning. Alle intensivsykepleierne sa at de søker i databaser for å finne ny kunnskap til å oppdatere prosedyrer.

*«Vi leiter etter mye artikler, blant annet i forhold til det å stanse maskinen under picco måling og jeg prøvde å finne om det fantes sånn forskning på forskjellige tema rundt dette for å implementere det i våre prosedyrer.»*

I intervjuene ble det nevnt at det kan være utfordrende å finne forskning innen enkelte fagområder. I disse tilfellene har intensivavdelingen mange gode prosedyrer basert på erfaring. Flere intensivsykepleiere fortalte også at de har innhentet prosedyrer fra andre intensivavdelinger i Norge som har blitt etablert på bakgrunn av erfaring. Intensivsykepleier D1 beskrev at enkelte fagområder får årlige oppdateringer fra Guideline og at de ikke kan oppdatere prosedyrer selv. I slike situasjoner er deres rolle å introdusere den nye kunnskapen i avdelingen, presentere det til ansatte og gi opplæring.

Intensivsykepleier B2 understrekte viktigheten av å kunne vurdere hva som er god forskning og hevdet at masterkompetanse er viktig for akkurat det. Intensivsykepleier B1 fortalte at det føles betryggende å ha flere kollegaer med masterkompetanse. Dette gav også intensivsykepleier C2 utrykk for, da hun tok til ordet for at det gir trygghet å ha flere kollegaer med masterkompetanse i avdelingen. På den måten kunne man støtte og oppmuntre hverandre i vurdering og evaluering av ny kunnskap.

*«Og med den masteren så blir du jo mer oppmerksom på at du ikke skal stole på alt, da. At du ser hva du kan, hvordan du kan kritisk vurdere de prosedyrene som er.»*

*«Nå er det kanskje litt mer miljø for det, og man kan støtte hverandre litt mer, oppmuntre hverandre tror jeg. At det er en fordel sånn.»*

Leder E hevdet at masterkompetansen gir et bedre grunnlag for å jobbe kunnskapsbasert. Hun fortalte at erfaringsbasert kunnskap har vært styrken i sykepleien opp gjennom årene, mens nå bruker man i større grad forskning i tillegg. Leder A understrekte at de har et mål om å inkludere intensivsykepleiere med masterkompetanse inn i alle de ulike ressursgruppene, slik at de kan bistå gruppene å jobbe mer kunnskapsbasert.

#### 4.1.4 Oppdager mangelfull praksis og bidrar med løsninger

Leder D hevdet at ressursgruppene i intensivavdelingen har en viktig rolle i å bygge sikkerhetskultur. De fokuserer på områder hvor det blir rapportert om avvik og har ansvar for å lage undervisningsopplegg til ansatte med det formål å kunne forebygge fremtidige avvik.

*«Et annet viktig aspekt er jo det å bygge sikkerhetskultur. Og ressursgruppene har jo blitt brukt med hell i forhold til dette med avviksmelding (...) Vi hadde en periode mange synergimeldinger på at de var feilkoblet som kan være en kritisk faktor og da satt ... ble respiratorgruppen ... fikk et ansvar for å lage et faglig opplegg for ... og lukke avviket. Og etter den gjennomgangen har vi ikke hatt en synergi på kobling av bag. Så det er en måte å jobbe på.»*

Flere intensivsykepleiere i intervju en og to fortalte at de tok ansvar for å melde fra om prosedyrer som trengte oppdatering eller som hadde mangler. De meldte fra ved å sende meldinger til de som var dokumentansvarlig eller skrive synergier hvis prosedyrer var utilstrekkelig og kunne føre til pasientskader.

Intensivsykepleier D2 beskrev at hun søker opp kunnskap når det oppstår situasjoner hvor hun føler seg usikker på utføring av prosedyrer eller observerer noe som kan gå ut over pasientsikkerheten. Intensivsykepleier C2, E1 og B1 fortalte at diskusjoner og uenigheter om hva som er beste praksis trigger behov for å søke opp forskning, for eksempel når kollegaer fra andre sykehus gjør ting annerledes. Intensivsykepleier E1 understrekte at i dag kan man ikke lenger si at «vi har alltid gjort det sånn».

*«Når vi får nye kolleger fra andre sykehus for eksempel, som gjerne er vant til å gjøre på andre måte enn det vi gjør, det kan trigge at du har lyst til å søke informasjon om hva egentlig er mest effektivt eller hva er den beste måten å gjøre det på.»*

Leder E understrekte at ledelsen har en forventning om at ressursgruppene korrigerer og fanger opp ting som ikke fungerer optimalt mens de er i drift. Det er også en forventning om at de tingene som fanges opp tas med tilbake til ressursgruppene for vurdering og eventuelt korreksjon.

#### 4.1.5 Styrke etterlevelsen av etablert praksis

Flere ledere og intensivsykepleiere fortalte at god informasjon og opplæring er nøkkelen til en vellykket implementering av nye retningslinjer. Intensivsykepleier C2 hevdet at det er viktig at man møter negativitet til praksisendring med gode forskningsbaserte svar. Hun understrekte at det er viktig å vise til forskningsfunn som beskriver konsekvenser av å ikke endre praksis. Dette er også støttet av intensivsykepleier D2. Hun sa at ved å begrunne at den gamle praksisen kan være til skade for pasienten, gjør det at ansatte aksepterer endringer og implementerer det i deres daglige arbeid. Hun sa det slik:

*«Men når du har liksom bakgrunnskunnskapen og kan forklare hvorfor vi gjør og hvorfor vi kom fram til at vi er nødt til å endre for eksempel praksis da, så er folk mer med når de forstår, for det handle om å forstå hvorfor vi gjør ting. Det er med på å gjøre at ting blir mer akseptert tror jeg, at du faktisk kan forstå at du påfører pasienten skade eller deg selv eller andre pasienter.»*

Intensivsykepleier A2 fortalte at det var viktig at folk forsto hvorfor de skulle gjøre ting vel så mye som hva de skulle gjøre. Intensivsykepleier A2 sa det slik:

*«(...) jeg er enige i det at hvis du forstår det så det er vel gjerne det som er halve arbeidet da når du skal implementere noe som kompliserer noe at du er veldig, du må være veldig nøye på å fortelle hvorfor man skal gjøre det sånn, at folk forstår viktigheten av det og liksom at det fokuset er mye mer på hvorfor man gjør det, men ikke liksom nødvendigvis hva du skal gjøre.»*

Intensivsykepleier D2 beskrev viktigheten av gjentatt informasjon og opplæring. Hun mente at det var viktig at ansatte fikk opplæring mer enn en gang og hadde mulighet til å prøve ting selv for å bli fortrolig med utstyret. Hun påpekte også viktigheten av å ha lett tilgjengelig informasjon. Intensivsykepleier B1 mente også at det er viktig at informasjonen er enkel og lett å forholde seg til, slik at ansatte klarer å ta til seg den nye kunnskapen.

*«Det må terpes mange ganger, informasjon må gis mange ganger, så må folk på en måte få lov, på en måte å prøve ting selv, da ... Det er jo det som ofte ... Sånn som dere har jo ofte vært og vist hvordan det skal gjøres mange ganger. Det er jo det som gir trygghet. Ikke at det bare plutselig, fra nå av er det sånn, finn ut av det.»*

Leder E sa at i prosessen med implementering av ny praksis er det ikke bare opplæring av ansatte som betyr noe, men det å sikre at den nye praksisen blir tatt i bruk og vedvarer over tid. Hun fortalte at ressursgruppene har en viktig rolle i å sørge for at endringsarbeidet blir gjennomført og følge opp endringene over tid, hvilket er den vanskeligste delen av implementeringen. Hun beskrev ressursgruppene som en “pådriver” i endringsarbeidet.

Leder A hevdet at kompleksiteten i avdelingen gjør det nødvendig at man må «hoppe fra tue til tue» for å kunne ivareta alle fagområdene. Det ble nevnt at utfordringen ved å implementere stadig nye ting i avdelingen er at folk glemmer det som ble implementert for noen måneder siden. Her har ressursgruppene et ansvar i å sørge for at endringene blir varige når fokuset i avdelingen går videre til nye områder. Hun sa det slik:

*«Vi er nødt til å hoppe fra tue til tue for å si det på den måten, sant, for å ivareta alle områder. Den dagen du forlate den ene tua og den flyter av seg selv sant, at ressursgruppene ivaretar den på en måte, sant. Når det stadig kommer nye ting så glemmer du det du lærte for tre måneder siden (...)For det blir hele tiden nye ting de må forholde seg til og det er jo begrenset hvor mye man klarer å ta inn over seg. Så repetisjon og gå tilbake og ha ressursgruppene som ivaretar når vi må inn på et annet område er jo det mest ideelle og der har vi sikkert en vei å gå.»*



Leder A presiserte at det var viktig at ansatte hadde en forståelse av at endringsprosesser tar tid og at man måtte «være på hugget» hele tiden.

#### 4.2 Ressursgrupper og ledere må ha KBP som et felles mål

Dette temaet svarer på forskningsspørsmål nummer to, som handler om hvordan sykepleieledere kan tilrettelegge for kunnskapsbasert ressursgruppearbeid gjennom bevisst bruk av avdelingens masterkompetanse. Det er utfordrende å drive god opplæring og undervisning i et komplekst, høyteknologisk miljø som er preget av uforutsigbarhet. Ressursgruppene bidrag til KBP avhenger i stor grad av at den er forankret i ledelsen. Godt samarbeid mellom ressursgrupper og ledere er av stor betydning. Felles mål og ambisjoner for kompetanseheving blant ansatte i intensivavdelingen er ansett som et avgjørende bidrag til KBP.

##### 4.2.1 Avdelingens kompleksitet som barrierer mot innføring av ny kunnskap

Avdelingen beskrives i vårt materiale som kompleks med bakgrunn i to utpregede trekk. Den er satt opp med omfattende medisinsk-teknisk utstyr (MTU) med tilhørende retningslinjer og krav til dokumentasjon av kompetanse. Videre gir intensivavdelingen avansert livsunderstøttende behandling til pasienter fra de aller yngste til de eldste, innen både kirurgiske og medisinske problemstillinger. Dette medfører at avdelingen må sørge for å opprettholde et forsvarlig ferdighetsnivå også innen behandling som svært sjelden utøves.

For MTU kreves det at brukere har kompetanse til å bruke dette på en forsvarlig måte. Flere intensivsykepleiere fortalte at de ikke fikk nok mengdetrening på MTU og løfter særlig frem utstyr som brukes til behandling av barn. Utstyret brukes sjelden og det medfører usikkerhet blant intensivsykepleierne og skaper frustrasjon og misnøye. Intensivsykepleier A1 sier om opplæring: «... du setter opp et opplegg og så får folk så vidt touch`e det (utstyret), og så «Neste!», touch`e, «Neste!». Du får ikke den der mengden, som gjør at det alltid vil være et sånn usikkerhetsmoment likevel». Denne typen opplæring gir den ovennevnte minimumskompetansen, mens mengden trening kommer i klinisk bruk.

Noen intensivsykepleiere tok til orde for at det var enklere å implementere MTU enn å implementere prosedyrer som rettet seg mot å endre adferd hos intensivsykepleieren, eller som rettet seg mot å gjøre manuelle kontroller av pasienten. Dette ble forklart med at: *«Teknisk utstyr blir du på en måte avhengig av for å få gjennomført det, sant»*. Dette handler om at MTU har en programvare som krever visse steg for at dette skal fungere. Når det gjelder analoge prosesser eller manuelle oppgaver, som for eksempel pH-kontroll av innhold fra ernæringssonde hos små barn, sier intensivsykepleier E1 det slik:

*«Ser jo det med pH-papiret når du skal sjekke pH-en på mageinnholdet på de små babyene og, det er ikke veldig lett å innføre. «Nei, men jeg får bare normal pH og sånn og hvorfor må vi gjøre det etter, ja, føler det er i ferd med å skli litt ut igjen, ja»*.

Likeledes sier intensivsykepleier B2 at det er krevende å få til en lik måte å drive smittevern på. Dette er prosedyrer som virker inngripende på hvordan den enkelte jobber, og er avgjørende for at fellesskapet skal oppleve at beskyttelsen mot smitte fungerer. Intensivsykepleier E2 påpekte også at smittevern avhenger av at personell jobber på en lik måte for å oppnå ønsket effekt.

*«Når det gjelder håndtering av smitteutstyr så er det veldig vanskelig å nå inn til kollegaene. Det er nesten som de ikke orker å høre etter, så det er veldig vanskelig»*.

*«For at prosedyrer skal ha effekt er det viktig at alle gjør likt, .... Men praksis sklir ut»*.

Intensivsykepleierne beskriver en avdeling hvor det foregår mye fagrelatert arbeid hele tiden. Det krever mye av den enkelte å være del av et slikt miljø. Intensivsykepleier D1 sier det slik: *«Det er hele tiden noe nytt å forholde seg til. Veldig mye nytt på en gang gjør at jeg mister motet»*. Dette er også understøttet av intensivsykepleier D2 som sier at *«det er et problem når det blir så mange baller som ikke landes på skikkelig vis. Når det innføres mange ting, blir prosjekter gjort halvveis»*.

#### 4.2.2 Fagutvikling under utfordrende organisatoriske forhold

I det kommende kapitlet skal vi si noe om de organisatoriske forholdene som yter sin påvirkning på fagutvikling.

Flere intensivsykepleiere fortalte at de har behov for å arbeide med fagrelaterte tema i sine respektive ressursgrupper, men opplever at dette må vike av hensyn til pasientrettet arbeid. Fokus på kunnskapsbasert praksis og viktigheten av å sikre at man jobber kunnskapsbasert beskrives som viktig av intensivsykepleierne. Ledelsen er enig i og det settes av tid til ressursgruppearbeid i turnus slik at dette skal kunne gjennomføres. Intensivsykepleier E1 og F2 hevdet at selv om det tilrettelegges for ressursgruppearbeid i turnus blir dette ikke gjennomførbart i praksis da de ofte må trekkes inn i drift. De sier det slik:

*«Vi har i turnus to dager i året ... så står det på min turnus, men de dagene blir fort flyttet (...).»*

*«Og noen ganger blir den dagen, på grunn av drift inndratt, og så har man egentlig ikke tid til å holde på med noen ting.»*

Intensivsykepleier B2 påpekte også at dagene i turnus satt av til gruppearbeid fort blir kansellert fra morgenen av eller blir oppløst i løpet av dagen. Hun fortalte at de ikke fikk den roen de trengte for å sitte å jobbe med faget og at de ofte måtte hjelpe i drift. Hun fortalte det slik:

*«Det begynte vi med på den oppsatte dagen, så ble vi ikke ferdig, og så har vi liksom ikke hatt tid etterpå. Du får liksom ikke ro og fred(...). Du klarer ikke det på et kvarter imellom alle klokkene som ringer. Og da må du få tildelt tid, men du trenger ikke en hel dag. Hvis du får levere klokken fra deg og sitte på et lukket rom så får du gjort ganske mye.»*

Flere intensivsykepleiere oppfattet økonomi og prioritering av drift som det største problemet for deres ressursgruppeaktivitet. Intensivsykepleier D2 sa det slik:

*«Men det som jeg savner er rett og slett at ... det blir prioritert penger eller tid til at vi skal jobbe videre med det arbeidet. Jeg har sittet og gjort mye på dugnad*

*kan du si ... hjemme og ekstra. Jeg mener at det er kjempeviktig at du har gode verktøy og det får du ikke ... det klarer du ikke å lage hvis du ikke bruker tid på det».*

Flere intensivsykepleiere understrekte at avdelingens organisering gjør det vanskeligere å sikre at alle ansatte er oppdatert. Turnus og rullering av intensivpersonell på tre forskjellige avdelinger har konsekvenser for informasjonsdelingen i avdelingen. Intensivsykepleier B2 sa det slik:

*«Og det som er utfordringen er jo det at vi er tre avdelinger. Sant, så du har ikke oversikt over hvem du har nådd».*

Dette støttes av leder C, som også er enig når hun uttrykker:

*«Og en veldig stor avdeling ...». «Ja, så det er en enorm (...) personalgruppe og noen som bare jobber helger altså det er jo veldig, veldig krevende å få ... alle vet det samme til enhver tid, ja det er faktisk det».*

Fra ledelsen uttrykkes det at man ser at det mangler systematikk i kunnskapsformidlingen, blant annet at *«faglig 10-minutt er vel og bra, men du må jobbe systematisk for å lykkes, sånn at ikke bare halvparten av staben får det, sant, for det ser jeg en tendens til»*. Fra intensivsykepleiere uttrykkes det at når viktig informasjon ikke kommuniseres tilstrekkelig godt, kan man komme i situasjoner hvor en skaper brudd mot retningslinjer fordi organisasjonen ikke henger sammen. Intensivsykepleier D2 ga følgende eksempel:

*«Men så blir det ikke kommunisert skikkelig ut. For eksempel det at du skal blande antibiotika konsentrert. Sånn som det med ... CVK (...) når det er konsentrert så bør det ikke gis på PVK, og sånne ting kan fort falle ut. Og det ... ja, som du sier 120 ansatte ... og beskjeder forsvinner og det kommer ikke godt nok ut og det er tilfeldig hvilken avdeling du er på.»*

Mange av informantene opplevde at de i ressursgruppene fikk for liten tillit og ansvar til å utføre sine oppgaver. Intensivsykepleier B1 fortalte at det er *«vanskelig å drive fram noe av disse gruppene»* når *«kontrollen skal være så stor»*. Hun uttrykte ønske om at

fagutviklingssykepleier skulle gi litt mer slipp på ressursgruppearbeidet og på den måten bidra til en bedre flyt i dette arbeidet.

Intensivsykepleier F2 og C2 opplevde at de ikke blir involvert når legen utarbeidet prosedyrer. De mente at legene gir den siste forskningen «*servert på et sølvfat til ressursgruppa*» og at deres ansvar kun er å bringe det videre til ansatte i avdelingen. De fortalte også at de opplevde at legene var raske å komme med prosedyrer uten å diskutere dette med ressursgruppene. Intensivsykepleier C2 hevdet at når ressursgruppen ikke inkluderes i fagutviklingen har det sine ulemper. Hun sa det slik:

*«Når optiflow kom så bare satt dem og skrev uten å snakke med oss i respiratorgruppen, og andre ganger så har vi påpekt ting som kan misforstås og er feil og ikke er så lett for oss».*

Flere intensivsykepleiere opplever at det er en betydelig skjevhet i prioriteringen mellom fagområdene. De fortalte at i intensivavdelingen oppstår det alltid noe uventet. Dette kan være blant annet at nytt utstyr blir introdusert. Intensivsykepleier A1 viste til prosessen med nye dialysemaskiner. Nye maskiner måtte innføres tidligere enn planlagt. Dette medførte behov for opplæring tidligere enn tenkt. Slike prosesser er som tidligere nevnt ressurs- og tidskrevende, noe som medfører at andre ressursgrupper «*... ikke får jobbe i det hele tatt*».

Flere intensivsykepleiere fortalte at det ikke finnes et system for hvordan man skal holde seg faglig oppdatert i ressursgruppene. Man skal finne tid til faget, enten det er i arbeidstid eller på fritid. Fra ledernes perspektiv er det viktig at den enkelte tar ansvar og at ledere i ressursgrupper står på for sin gruppe. Leder C uttrykker at:

*«Jeg tror og at det handler mye om de som er i ressursgruppene for det er noe med å bruke seg, de må være litt, sånn som du sa, de må ta litt ansvar selv og, og være litt på, det tror jeg er kjempeviktig».*

Flere intensivsykepleiere sa at deltakelsen i ressursgrupper baserer seg i stor grad på den interessen den enkelte har for det konkrete fagområdet og at den enkelte personen tar initiativ til å bli med. Intensivsykepleier F2 fortalte at man måtte finne veien selv når man

kommer inn i en ressursgruppe. Ressursgrupper er ikke organisert på en måte som gjør at nye medlemmer læres opp.

*«Ja det er jo ikke sånn at når man kommer inn i en ressursgruppe at man tror at man skal få ... ja få undervisning i det området. Det er jo ikke sånn. Du må jo på en måte ... finne ... Altså finne veien litt selv på hvordan man vil jobbe i gruppa».*

Mange av intensivsykepleierne i ressursgruppene beskriver at de har jobbet med saker relatert til ressursgruppene på fritiden. De uttrykker at de forsøker å følge med innen fagområdet og at dette krever at man jobber mye selv. Intensivsykepleier A1 sa det slik:

*«Vi måtte sitte hjemme hos meg ... på kveldstid i min ressursgruppe. Så vi var noen få som satt hjemme hos meg om kvelden så vi måtte skrive ekstra timer i forhold til det» ... «for det var umulig å få til å bli løsreven mens vi var på jobb».*

Holdningen til å bruke egen fritid på ressursgruppearbeid er ikke entydig positiv blant intensivsykepleierne. Det er ikke interessant for flere av dem å bruke fritiden på jobbrelaterte ting. Intensivsykepleier D1 uttalte:

*«Jeg er blitt såpass gammel at jeg ikke er interessert å jobbe med ting på fritiden min hjemme. Jeg er slik at jeg er på jobb, og så vil jeg hjem».*

Aktiviteten i ressursgruppene koordineres ikke på en god nok måte, slik intensivsykepleierne ser det. De ser sin aktivitet som knyttet til fagutvikling og da som en støtte for fagutviklingssykepleier i avdelingen. Fagutviklingssykepleier er inkludert i ledergruppen og dette medfører at oppgaver skyfles til fagutviklingssykepleier. Intensivsykepleier B2 beskrev dette som at *«lederne har så mange oppgaver og de prøver å skyfle litt ned sant, men da ser vi ikke fagsykepleier i drift, og den må følge opp studenter, nyansatte og koordinere faggruppe utviklingen»*. Den samme informanten uttrykte at han savner en koordinator av ressursgruppearbeidet som kan bidra til en bedre fordeling mellom gruppene, mens intensivsykepleier C2 uttrykker at fagutviklingssykepleier:

*«... bør ... inspirere og utfordre ressursgruppa, for eksempel: nå skal dere jobbe med det, dere må finne litt mer om det, her er det en svakhet, jobb med det, da skal dere være ferdig til det da skal dere være ferdig til da».*

Intensivavdelingen beskrives som så kompleks i sin natur at man trenger en fagutviklingssykepleier som arbeider kun med det og ikke andre driftsrelaterte ting. Intensivsykepleier B2 beskrev fagutviklingssykepleierens rolle som svært endret gjennom årene fra å ikke ha lederansvar til å være involvert i ledelsen i dag.

Avdelingen mangler rutiner for implementering av varige endringer i klinisk praksis. I intervjuene ble det trukket frem eksempler på hvordan prosessene for implementering kan være i avdelingen, og det som gikk igjen var at man ikke klarer å sikre at endringer blir av varig karakter. Intensivsykepleier D2 sa følgende om implementering:

*«... også tror jeg kanskje avdelingen burde ha jobbet med rutinene sine for implementering, at det ikke blir tilfeldig at den blir implementert på den måten ... og den på den og den på den, men at vi har en lik tilnærming til hvordan man implementerer ulike nye prosedyrer eller utstyr eller hva det nå enn er, sånn at du får likt fokus da på de ulike tingene, det er kanskje viktig».*

Man klarer å beholde fokuset en periode og så dør det ut, sa intensivsykepleier C1 mens leder E supplerte med:

*«Så akkurat der kan det være noe som glipper. Det er det som er den store utfordringen, å holde ting varmt ... ja sikre at nyansatte får den samme kunnskap, at man beholder den endringen man la opp til».*

Det kom fram at det legges ned store ressurser i nye ting. Når endringer besluttes er det fordi de er ønsket. Det er fokus på dette området og man finner tid til opplæring. Men etter hvert som tiden går så dukker det opp nye fokus. Leder E sa at:

*«implementeringen er jo ikke bare det å ha opplæring av de ansatte, det er jo faktisk å sikre at det er tatt i bruk. Og der er ressursgruppene viktige i å sørge for endringsarbeid blir gjennomført, altså det blir implementert prosedyrer og*

*MTU og de er da en sikkerhet i avdelingen i ... eller en pådriver for å få til denne endringen».*

#### 4.2.3 Ressursgruppens fagutviklings arbeid forankret i ledelsen

I det forrige kapittel tok vi for oss organisatoriske forhold i intensivavdelingen som skaper utfordringer for ressursgruppens fagutviklingsarbeid. I det påfølgende vil vi presentere betydningen av forankring av fagutvikling i ledelsen.

Forankring av implementeringsprosessen i ledelsen oppfattes av informantene å være helt avgjørende for hvordan ny praksis tas i bruk og blir en del av avdelingens måte å gjøre ting på. Ledelsen må ha evnen til å prioritere og organisere slik at nye beslutninger kan settes ut i praksis, og de må stå samlet bak en slik beslutning. Intensivsykepleier D2 sa: *«det er jo en av tingene det når du skal implementere, at det må forankres først i ledelsen også må det gå videre ... hvis du ikke har forankret det der så det er ikke vits en gang».*

Prosjektet med digital kurve løftes frem som et godt eksempel på hvor viktig forankring i ledelsen er for at noe skal lykkes. Intensivsykepleier B1 sa om dette: *«de skal ha ros ... både ledelsen og gruppen for hvordan de har systematisert opplæringen og innføringen».* Ledere har en sentral rolle i arbeidet med å opprettholde den faglige kompetansen i avdelingen. For å få dette til, bidrar de i det pasientrettede, kliniske arbeidet i avdelingen for å sikre at undervisning som er planlagt faktisk blir gjennomført. Leder A sa at: *«vi ledergruppen bruker seg selv også når en må. Trår til og er ute i driften for å frigjøre ressurser. Det skjer rett som det er».* Det er viktig å sørge for at de som er sendt på undervisning eller liknende får deltatt. Leder C sa at:

*«Vi jobber mye med tilrettelegging ... og jeg gjør mitt ytterste for at det skal gå», og videre at «jeg tror at vi kan si at veldig, veldig mye av alt det vi får til det får vi ofte til på tross av og ikke på grunn av. Så du skal mobilisere ganske mye hele tiden».*

Ledelsen må tilrettelegge for fagutvikling. Det gjøres gjennom at det settes opp dager for ressursgruppearbeid i turnus. Dette bidrar til at samlinger i ressursgruppene blir enklere å få til. Dersom man kommer opp i særlige problemstillinger vil man kunne organisere driften på en måte som gjør at ressursgruppen det gjelder kan få arbeide med fag. Dette



kan for eksempel være dialysegruppen som må forberede innføringen av nytt utstyr. Ledelsen opplever at det er en utfordring å legge til rette for alle ressursgruppene og oppfordrer de til å bruke seg selv. Leder D sa at: *«Det er den kampen om ressurser og satsingsområder. Det må harmonere i avdelingens totale plan og behov»*. Ledere erkjenner at de kunne vært enda flinkere å bruke ressursgruppen, men som leder B sa: *«det er tida det går på og mange ganger så ser vi driften sluker det»*.

#### 4.2.4 Forbedringsområder tilknyttet fagutviklingsarbeid i ressursgrupper

I intervjuene våre har det kommet frem oppfatninger og forslag knyttet til hvordan man kan arbeide mer effektivt i ressursgruppene. Leder D mente følgende: *«Vi må avgi tid for ressursgruppene, men vi er jo i 2020, de kan og kommunisere på andre arenaer enn å samles på samme bord. Det er en viktig diskusjon synes jeg»*. Det handler om at man med dagens teknologi kan arbeide elektronisk mer enn å sitte fysisk sammen. Intensivsykepleier A1 mente at omorganisering av arbeidet i de respektive gruppene burde vurderes, da man kan samles i mindre grupper og ha effektive arbeidsøker:

*«I min gruppe er det lettere å være mindre for å jobbe sammen og samkjøre ting i forhold til turnus. Det er noe jeg har merket i vår gruppe. Vi har begynt med nye maskiner, det er ... snart et år siden, og det er ennå ting som ikke er på plass, litt delvis på grunn av for stor gruppe og at det er for lite dager gjort tilgjengelig for OSS»*.

Ansatte er for en ordning med færre personer i møtene, men at møtene er hyppigere og av kortere varighet, gjerne ikke mer enn en halv dag. Dersom man blir mer effektiv i gruppearbeid så blir det produsert mer kunnskapsbasert materiale. Her er det flere som gjerne ser at det utvikles flere superbrukere i miljøet, særlig knyttet til bruk av utstyr. Superbrukere vil si at de er særlig godt opplært. Når man har mange superbrukere kan det bidra til at man har personell med den spesifikke kompetansen til stede på alle vakter.

Det forventes at ressursgruppene i intensivavdelingen ivaretar sine fagområder på en slik måte at etablert praksis videreføres når avdelingens fokus rettes mot et annet område. For ledelsen er ressursgruppene viktige for kontinuitet innen fagområder og opprettholdelsen av kompetanse i personalgruppen. Leder D sa at: *«det er en forventning til medlemmene at de er oppdatert på god praksis, altså forskningsbasert kunnskap på en måte»*. Leder A

løftet frem kreativitet og oppfinnsomhet som nødvendige egenskaper i gruppene; «... jeg tenker, kreativitet og innovativitet er en viktig egenskap hos en ressursperson. Det at de er løsningsorienterte i forhold til å få ting til, på en måte». Flere ledere løftet frem viktigheten av at ressursgruppemedlemmene bruker seg selv og at de klarer å finne anledninger som kan brukes til ressursgruppeaktiviteter, enten det er arbeid i gruppene eller innsats rettet mot veiledning ute i det kliniske arbeidet. Leder A beskrev ressursgruppemedlemmene som «disipler som sprer erfaring».

Det kom fram at man bør vurdere endringer i hvordan man organiserer ressursgruppene. Fra flere informanter uttryktes det et ønske om og behov for å fornye retningslinjene for hvordan disse skal settes sammen, med tanke på kompetanse og ferdigheter hos medlemmene. Videre gav de også uttrykk for et behov for nytenkning, med tanke på hvordan gruppene skal kunne drive mer enn kun veiledende virksomhet i klinisk praksis, slik det er i dag. Det tas til orde for at et styrket mandat kan bidra til at den kunnskapsbaserte praksisen styrkes. Leder A sa:

*«Med tanke på sammensetning av ressursgruppa, det virker jo ... tilfeldig kanskje noen ganger .... Om man hadde vurdert for eksempel egenskapen til menneskene som man puttet i gruppen da, ... liksom team, ... for eksempel å ha noen som elsker undervisning, bør jo være i en gruppe, men du trenger gjerne ... fordele de litt. Du må ha noen som er leder på gruppen, står på for gruppen, går til ledelsen, hvis man hadde hatt litt mer ... tanke bak gruppesammensetningen.*

Leder B uttrykte tilfredshet med at de største gruppene hadde blitt noe mer strukturerte gjennom krav til referater fra fagdager og forventninger knyttet til måloppnåelse:

*«Jeg opplever at de og tar ansvar. De skriver mer referat når de har hatt en fagdag, de sender det ut, og de formidler hva de har gått gjennom, og hva de har som mål. Så det har jo og hjulpet».*

Leder D mente at avdelingen gjerne kan bli tydeligere og sette ... «retningslinjer for måten en ressursgruppe skal jobbe på ... sånn at de som går inn i en ressursgruppe har et ... mandat. Det tror jeg har et forbedringspotensial, faktisk».

Leder C mente at det er en forpliktelse å være i en ressursgruppe siden det går mange dagsverk på en ressursgruppedag. *«Det er ikke til å komme forbi at vi bruker utrolig mye tid på fagutvikling, og det skal vi gjøre ... vi kan sikkert bruke enda mer ... men det er veldig stort ansvar å bruke en dag i en ressursgruppe ... Da skal du på en måte produsere noe. Ha planer videre».*

Fra ledelsen sin side kom det fram det at det er svært viktig at det er åpenhet mellom ressursgruppene og ledelsen. Fra ledelsens side oppleves det som vanskelig å vite nøyaktig hva som skjer i de respektive gruppene. Det krever at ressursgruppene informerer ledelsen dersom det er ønsker om å ha undervisning eller liknende. Dette medfører, ifølge ledelsen, at noen blir stående tilbake med en opplevelse av å bli forbigått av andre grupper eller oversett av ledelsen. Som leder B beskrev det:

*“Jeg opplever og at det er enkelte som ikke .... de sier ingenting før det er nær sagt for sent. At de har blitt forbigått, men de har ikke sagt noe (...) Og så er det gjerne noen som føler seg litt forbigått og litt såret da, men det handler veldig mye om det ... at de må gi beskjed, være åpne og komme til oss. Så tilrettelegger eller fordeler eller har avdelingen eller, ja. Det er jo kjempeviktig».*

En ressursgrupperepresentant sa at de har utarbeidet en fagprosedyre, men den har ikke blitt presentert skikkelig. Intensivsykepleier E2 sa følgende:

*«Vi har jo ... laget en kunnskapsbasert fagprosedyre som veldig få i avdelingen vet at er lagt ut for det har ikke kommet ut i noe ukeshutt. Altså ikke informert om at det er lagt ut en prosedyre og det er jo litt dumt når du har lagt veldig mye arbeid i... så hadde det vært kjekt at ledelsen og var litt med...å kommenterte litt, satte av tid, hatt undervisning og gått gjennom».*

Intensivsykepleier D2, som selv hadde vært involvert i implementering av fagprosedyre uttrykte at det var viktig å *«stå på for å få den implementert».*

Det er viktig at ressursgruppene kan samles spontant. I en avdeling hvor omstendighetene skifter raskt er det viktig at ressursgruppene ser mulighetene som byr seg i den daglige driften. Fra et lederperspektiv ansees dette som viktig, og som et område hvor

ressursgruppene kan bli flinkere på. Av ledere ble det gitt uttrykk for at det er vanskelig for dem å legge konkrete planer for den enkelte gruppen. De gruppene som forventer at de skal få tildelt tid, vil oppleve at det sjelden blir noe av. Leder C sa at:

*«Det er jo noen som er med i ressursgruppe, men som må få tildelt tid der og da. Og sånn er ikke vår hverdag. Så det er veldig viktig, tror jeg at ressursgruppene kjenner på den der spontaniteten, at «ok, nå har vi litt tid, da gjør vi det...».*

I en avdeling som beskrives å ha høyt tempo og uforutsigbarhet, har omfattende utstyr og pasienter i alle kategorier, er det viktig at kunnskap deles slik at alle arbeider kunnskapsbasert. I intervjuene framkom det to forslag til hvordan dette kan gjøres. Det ble foreslått at utviklingen av superbrukere styrkes og at avdelingen setter «faglige ti-minutter» i system. Gjennom superbrukere mener man at en får styrket veiledningen i klinisk praksis. I tillegg vil det gi ressursgruppene større rom for å jobbe med prosedyrer og undervisningsopplegg. Informantene mente at faglige ti-minutter skaper grunnlag for gode diskusjoner i miljøet og på den måten kan det bidra til å skape lik praksis. I tillegg gjør det at de enkelte ressursgruppene har bedre muligheter for å løfte frem sitt fagfelt. Dette lar seg best illustrere gjennom sitater fra intervjuene hvor leder A sa:

*«det mest ideelle hadde vært for eksempel hvis superbrukere på barn kunne vært veiledere i settingen der det er barn og den som ikke er superbruker ... får lov å være den som er klinisk, bedside ... Superbrukeren bare står tilbaketrasket og opptrer som veileder. Det er jo mest ideelle, men så sliter vi med å få til.*

Intensivsykepleier E2 mente at:

*«den 10-minutteren er jo også ganske grei. Den er lettere å få til i hverdagen. Den 10-minutteren kan være ganske effektiv». B2 sa seg enig og sa at «det er vel ressursgruppen som tar initiativet, lager en liten presentasjon på 10 min, og det er faktisk veldig greit å få det gjennomført».*

Intensivsykepleier C2 sa: *«Du kan jo ... på vekten når som helst, ta ut 2 stykker fra rommet, ja».* Intensivsykepleier E1 opplevde at slike små undervisningsøkter skaper debatt i miljøet og skaper samtaler omkring fag.

## 5. Drøfting

Vi ønsket å utforske hvordan masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgrupper kan styrke bruk av KBP. I tillegg ønsket vi å utforske hvordan sykepleieledelsen opplevde sin rolle som tilretteleggere for KBP i intensivavdelingen. Vi fant to tema som fremstod som helt sentrale for å besvare problemstillingen. De er 1) Ressursgruppens funksjon må gå fra støttende til førende; og 2) Ressursgrupper og ledere må ha KBP som et felles mål. I det følgende vil vi drøfte funnene og svare på problemstillingen: Hvordan kan masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgrupper og sykepleieledelsen i intensivavdelingen bidra til økt bruk av kunnskapsbasert praksis?

### 5.1 Ressursgruppens funksjon må gå fra støttende til førende

Ressursgrupper har gjennom årene gått fra en støttende funksjon til en mer førende. Ressursgruppens støttende funksjon utøves overfor ledere og kollegaer i intensivavdelingen gjennom å drive organiserte opplærings- og sertifiseringsopplegg og veiledning av kollegaer i den kliniske hverdagen. Den førende funksjonen uttrykker seg gjennom en større grad av selvstendighet når det gjelder identifikasjon av ny kunnskap og anvendelse av denne i praksis. Dette kommer som en følge av at flere intensivsykepleiere har en mastergrad som gir en styrket evne til å drive forskningsarbeid.

Våre funn viser at ressursgruppene har en viktig rolle som faglig støtte i intensivavdelingen ved å bidra innen kompetansehevende arbeid. På et overordnet nivå er ressursgruppene til hjelp for ledelsen i arbeidet med å kartlegge avdelingens tilstand knyttet til lovpålagte krav. Ledere har etter Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016) et ansvar for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helselovgivningen og sikre at tjenestene er forsvarlige. Dette pålegger ledere å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere forhold ved driften som ikke tilfredsstillende. I den sammenheng bidrar ressursgruppene gjennom regelmessige ordninger med arrangering av fagdager og sertifiseringer på utvalgte områder. Fagutviklingsprogrammer, som innebærer sertifiseringer og simuleringstrening omtales i Retningslinjer for intensivvirksomhet som viktig for å øke kompetansen blant ansatte på ulike intensivområder (Norsk anesthesiologisk forening & NSFLIS, 2014). Ressursgruppene har en spisskompetanse innen konkrete fagområder. De gir faglig støtte til kollegaer ved personlig veiledning, gir anbefalinger knyttet til praksis og

tilbakemeldinger når de observerer feilhandlinger i daglig arbeid. På den måten bidrar ressursgruppene til at intensivsykepleiere kan utøve faglig forsvarlig pleie og behandling.

Ledere sier at intensivavdelingen ikke kunne fungert uten ressursgrupper. Videre uttrykkes det blant annet at ressursgruppene er ambassadører for kompetanse, for kvalitetssikrede pasientforløp og at de er en viktig kilde til KBP. Det forventes at ressursgruppene er faglig oppdatert. Ressursgruppemedlemmene er tydelige på at de selv opplever at de er tildelt et ansvar for opplæring og kunnskapsspredning i avdelingen og at de ønsker å være tilgjengelig for kollegaer.

Slik ressursgruppene omtales så har de en nøkkelrolle i intensivavdelingen. Man kan spørre seg om det er realistisk at de skal levere i henhold til forventningene gitt de rammene de har. Funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere stiller krav om KBP og forsvarlig fagutøvelse (NSFLIS, 2017). Conley (2019) og Abuejheisheh et al. (2020) fokuserer på betydningen av kompetanse for å kunne yte pasientbehandling av høy kvalitet, og at dette krever et miljø hvor KBP utøves. Sandvik et al. (2011) sier at dette krever at ledere og ansatte samarbeider for å finne de beste løsningene. For at kompetansen skal utvikles og opprettholdes er det viktig at det legges til rette for at ressursgruppene kan ha oversikt over forskning innen sitt fagområde. Dette gjøres best gjennom regelmessig og systematisk arbeid, noe som har vist seg å være utfordrende grunnet uforutsigbarhet i drift. Det er opp til ledere og ressursgrupper å finne de beste løsningene slik at man evner å dekke behovene både på et overordnet nivå og på individnivå. På den måten utøves faget på en forsvarlig måte og i tråd med utviklingen innen forskningen.

Faglig motivasjon er viktig for å kunne opprettholde kompetansen og utøve en bedre sykepleiepraksis. Ressursgruppene har i denne forbindelse en viktig funksjon. På den ene siden drives det fagutvikling i ressursgruppene som styrker den enkeltes faglige kompetanse. Opplevelsen av å utvikle seg faglig og i tillegg til å få bidratt innen opplæring og undervisning av kollegaer gjør at man føler seg nyttig. Det skaper motivasjon at kompetansen blir anerkjent og brukt. Mange intensivsykepleiere ønsker å være del av en ressursgruppe for å tilegne seg kunnskap og ferdigheter som gir mestringfølelse og selvtillit. Ressursgruppemedlemmer har en faglig autoritet som blir respektert av kollegaer. En slik posisjon er attraktiv for mange. På den andre siden så

krever deltakelse i ressursgruppene en betydelig innsats fra den enkelte for å kunne oppnå den spisskompetansen som forventes. Dette forutsetter at man bruker egen fritid på fagrelaterte tema. Mange er motiverte til å jobbe med fag og bruker egen fritid på dette, men foretrekker at fagutviklingsarbeidet foregår i arbeidstiden.

Rekrutteringsarbeidet er ansett som veldig viktig, siden mangelen på spesialsykepleiere på landsbasis er stor og det er utfordrende å rekruttere og beholde disse (Norsk sykepleierforbund, 2019a). Intensivavdelingen bruker ressursgruppene som ledd i rekrutteringsarbeidet da man opplever at ansatte trives i et intensivmiljø preget av fagutvikling og ønsker å bli værende i sine stillinger. Ifølge (NSFLIS, 2017) skal intensivsykepleieren bidra til undervisning, veiledning og rådgiving basert på en oppdatert kunnskapsbasert tilnærming. I den sammenheng har ressursgruppene en viktig funksjon i opplæringsøyemed. God opplæring av nyansatte kan bidra til at intensivavdelingen blir en attraktiv arbeidsplass.

Funn viser at ressursgruppene har et viktig bidrag når det gjelder identifikasjon av relevant kunnskap og introduksjon av dette i klinisk praksis. Helsevesenet har som mål å styrke anvendelsen av kunnskapsbasert praksis i pasientrettet arbeid (Meld. St. 10 (2012–2013), 2013). Masterkompetansen blant intensivsykepleiere er en styrke for det kunnskapsbaserte intensivmiljøet. I dag er det flere ansatte i intensivavdelingen som har masterkompetanse og har styrket evne til å søke og vurdere påliteligheten til forskning. Skogaas and Valeberg (2017) og Baird and Miller (2015) vektlegger også at masterkompetansen styrker intensivsykepleierens evne til å søke og kritisk reflektere over forskningsfunn. Når det er flere som har denne kompetansen gjør det at forskning kan diskuteres og vurderes i felleskap. På den måten kan man sikre at den kunnskapen som identifiseres er relevant og pålitelig og lar seg implementere i klinisk praksis.

Våre funn viser at masterkompetansen i ressursgrupper bidrar til at man lettere oppdager mangelfull praksis da masterutdannede intensivsykepleiere har en kritisk tilnærming til egen praksis. Masterkompetansen fører til at intensivsykepleierne er mer innovative, løsningsorientert og jobber mer effektivt. Dette er også støttet av Baird and Miller (2015); Fry and Attawet (2018); Mallion and Brooke (2016) og Skogaas and Valeberg (2017) som i sine studier hevder at masterkompetanse gir et godt fundament for å finne nye løsninger. Ressursgrupper har en viktig funksjon knyttet til kvalitetsforbedringsarbeid.

Dette handler både om å rapportere avvik og bidrag til at identifiserte avvik korrigeres. Dette gjøres gjennom undervisningsopplegg. Der man oppdaget variasjon i utførelse av pasientrettede oppgaver tok ressursgruppene ansvar for å avklare hva som var beste praksis. Når praksisen blir lik og i tråd med prosedyre, kan det bidra til en opplevelse av økt trygghet blant de ansatte og bedre pasientsikkerhet.

Funn viser at masterkompetansen styrker intensivsykepleierens evne for å argumentere for sine forslag. Forskning viser at mastergrad styrker intensivsykepleierens selvtillit. Dette kommer til uttrykk ved at de i større grad fremmer sine synspunkter og diskuterer behovet til praksis endring på en reflektert og kritisk måte (Baird & Miller, 2015; Fry & Attawet, 2018; Mallion & Brooke, 2016; Skogaas & Valeberg, 2017). Det er interessant å se likhetstrekkene mellom dagens masterutdanning i intensivsykepleie og den forskningsbaserte tilnærmingen til sykepleie som Florence Nightingale representerte i sin tid. Intensivsykepleiere er omsorgsfulle og støttende i møte med kritisk syke pasienter, men også vitenskapspersoner som kjemper for et kunnskapsbasert intensivmiljø (Lockertsen, 2015).

I våre funn fremkommer det at ressursgruppene er viktig for å styrke etterlevelsen av etablert praksis. Å sikre etterlevelse av praksis er målet med implementerings arbeidet. Dette er også synliggjort i Noome et al. (2017) som sier at det er viktig å finne den beste måten å implementere den nye kunnskapen på for sikre etterlevelsen. Dette kan være vanskelig å oppnå. Våre funn viser at det å kunne finne frem til ny kunnskap er en viktig del av kunnskapsbasert praksis, men at implementering er det største arbeidet.

Straus et al. (2011) sier at implementering er en kontinuerlig og gjentagende prosess hvor man sammenfatter, kommuniserer ut og tar i bruk ny kunnskap. For helsetjenestens del bidrar dette til at man anvender de best tilgjengelige forskningsfunn i pasientbehandlingen. Våre funn viser at en vellykket implementering er avhengig av flere aspekter. Dette handler om tilstrekkelig informasjon og opplæring. Innen forskningsmiljøet snakkes det om viktigheten av å identifisere særegne forhold i organisasjonen og skreddersy implementeringsstrategier (Darawad et al., 2018; Røkholt et al., 2017; Waltz et al., 2019). Det er viktig at ressursgruppede medlemmer er forberedt på å møte negativitet til praksisendring med god og konkret informasjon. Det er lettere å akseptere endringer når man forstår bakgrunnen for endringen og konsekvensene av



gammel praksis. Funn fremmer også viktigheten av å gi organisert og gjentatt opplæring. Å bli fortrolig med den nye praksisen og at informasjon er lett tilgjengelig gjorde at ansatte følte seg mer komfortable og villige til å følge de nye prosedyrene.

Intensivavdelingen driver ofte implementeringsarbeid. Dette knytter seg til nytt utstyr men også endring i arbeidsmetoder som er ansett som nødvendig for å yte forsvarlig intensivbehandling. Fra en leders perspektiv oppfattes implementeringsarbeidet som utfordrende grunnet høy aktivitet og stadige endringer i driften som virker inn på implementeringsarbeidet. Dette gjør at det blir vanskelig å følge opp etterlevelsen av alle de nye prosessene i klinisk praksis. Siden intensivavdelingen har så høy aktivitet og endringer skjer kontinuerlig kan man spørre seg om det er realistisk at ressursgruppene klarer å gi tilstrekkelig opplæring og informasjon til alle ansatte til enhver tid. Funn viser også at det kan være utfordrende for ansatte å forholde seg til stadig nye endringer fordi det blir for mye informasjon på en gang. Dette kan skape usikkerhetsmomenter og frustrasjon som kan virke mot sin hensikt. Her har ledelsen en viktig rolle i å tilrettelegge for at ressursgruppene har god tid til å drive opplæring og være tilgjengelig for ansatte slik at etterlevelse av ny praksis kan være mulig.

Hickman et al. (2018) sier at helsevesenet er et veldig aktivt miljø som er preget av stadig mer avanserte helsetjenester. Hyppig utvikling av ny kunnskap gjør at man får store gap mellom nye forskningsfunn og klinisk praksis. Våre funn viser at ressursgruppene i intensivavdelingen har en viktig rolle i implementering. De anses å være pådrivere i endringsarbeidet. Ressursgruppene bidrar til å opprettholde fokuset på etablerte endringer når ledelsens oppmerksomhet rettes mot et annet fagområdet. På den måten styrker det etterlevelsen av etablert praksis.

## 5.2 Ressursgrupper og ledere må ha KBP som et felles mål

Godt samarbeid mellom helsepersonell er viktig for å styrke kunnskapsbasert praksis og sikre en forsvarlig pasientbehandling i intensivavdelingen. Retningslinjer for intensiv virksomhet har fokus på samarbeid og løfter frem faggruppenes ansvar for å utøve forsvarlig helsehjelp i henhold til Helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 2019; Norsk anestesilogisk forening & NSFLIS, 2014).

Intensivavdelingen beskrives som kompleks. Kompleksiteten utgjøres av omfattende MTU og krav til bredde i klinisk kompetanse. Ifølge NSFLIS ( 2017) skal intensivsykepleierne bruke MTU på en forsvarlig måte, yte kompenserende hjelp og ta medansvar for forsvarligheten i pasientbehandlingen. Intensivsykepleierne opplever at det ikke er tid til å vedlikeholde praktiske ferdigheter og teoretisk fagkunnskap i arbeidstiden. På den ene siden er mye MTU sjelden brukt av den enkelte intensivsykepleier. De opplever av den grunn at de ikke har tid til å opparbeide seg tilstrekkelig trygghet og kompetanse på utstyret. På den andre siden er det slik at en generell intensivavdeling behandler pasienter i alle aldre, med alle mulige sykdommer og skader. Det gjør at det er behov for å bygge og vedlikeholde kompetanse knyttet til et bredere spekter av sykdommer og skader sammenliknet med de mer spesialiserte intensivavdelingene. Dette gjør at det kan være vanskelig å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap om et mindre fagfelt, da det er fokus på breddekompetanse.

Å opparbeide seg breddekompetanse krever tid og oppmerksomhet. Grunnleggende sett handler det om å kunne utøve forsvarlig intensivsykepleie i tråd med Helsepersonelloven (2019) i akutte, livstruende situasjoner som man svært sjelden står i. Dette kan for eksempel være brannskader. En kunnskapsbasert og forsvarlig tilnærming bidrar til å forebygge pasientskader under behandling. Dokumentasjonen av denne kompetansen påhviler ledelsen i avdelingen og er et krav blant annet i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016). Men lovgivningen sier ikke konkret hvordan denne kompetansen skal dokumenteres. Det er det opp til avdelingen å avgjøre. Tid er en begrenset ressurs og må utnyttes godt dersom en skal rekke å gjennomføre alle aktiviteter som skal dokumentere at pasientene får kompetent og forsvarlig behandling. Det kan være at avdelingen burde prioritert sertifiseringsaktiviteter og kompetansehevende tiltak annerledes. En informant uttrykte at det kanskje ikke er nødvendig for alle å re-sertifiseres på respirator og AHLR hvert år etter hvert som man blir mer erfaren. Re-sertifisering på noe utstyr kunne vært gjort med lengre tidsintervall basert på individuelle vurderinger. Retningslinjer for intensivvirksomhet sier at det skal være et dokumentert fagutviklingsprogram og at det bør utarbeides kompetanseplaner for den enkelte som er mer målrettet enn å gjennomføre svært ressurskrevende aktiviteter for å dokumentere etterlevelse av krav (Norsk anesthesiologisk forening & NSFLIS, 2014). En kan spørre seg om store ressurser skal gå til ferdighetstrening på utstyr som er helt grunnleggende for pasientbehandlingen og som brukes hele tiden, eller om denne tiden burde vært brukt på

utstyr som brukes sjelden og har et betydelig potensial for pasientskade. Om en ser på handlingsplanen for pasientsikkerhet og beredskap så sier denne at det er viktig at både ledere og ansatte tar eierskap til prosesser som fører til bedre kvalitet på helsetjenestene Helsedirektoratet (2019-2023). Ledere og ansatte skal ha felles ambisjoner om å bli stadig bedre. Det kan være at ressursgruppene bør spille en nøkkelrolle i denne sammenheng da disse består av motivert personell med særlig interesse i fagområdene. Mange har masterkompetanse og evner å jobbe selvstendig med fag og på den måten bidra på bred front for å møte avdelingsledelsen sine målsetninger og imøtekomme krav i lovverket. Ressursgruppene vil kunne være støttespiller for ledelsen for å oppnå de mål som settes.

Ressursgruppene sier de er involverte i faste, årlige sertifiseringsopplegg og bidrar innen undervisning, men at anledningen til å treffes regelmessig for å arbeide med fagrelaterte tema ut over dette er begrenset. Slik det fremgår av funnene våre så er ressursgruppearbeid krevende å få til for ledelsen i avdelingen også. Krav til bemanning og beredskap er helt avgjørende i driften av en intensivavdeling (Norsk anesthesiologisk forening & NSFLIS, 2014). Økonomi er sentralt. Ledelsen trekker frem at ressursgruppene er kostbare i den forstand at personale som er tatt ut av turnus blir lønnet uten å gjøre sin egentlige jobb. Mange dagsverk går med til dette og dette må man kunne rettferdiggjøre. Det vil si at ressursgruppene må skape resultater som er nyttige for avdelingen. Gjennom tydeligere krav til målsetninger for arbeidet og krav til referater fra ressursgruppemøter opplever ledelsen at de har mer innsyn i hva ressursgruppene jobber med.

Funn viser at intensivsykepleiere opplever at ressursgruppene ikke har den tillit og ansvar de mener gruppene bør ha. Dette kan virke inn på ressursgruppenes arbeid for å styrke kunnskapsbasert praksis. Tid og økonomi er viktige faktorer når ledere skal legge til rette for ressursgruppearbeid, men kanskje like viktig er det at ressursgruppene opplever tillit og ansvar tilknyttet deres funksjon og at man opplever at arbeidet med kunnskapsbasert praksis er sterkt forankret i ledelsen. Williams et al. (2015) sier at sykepleiere opplever at de har lite innvirkning på pasientbehandlingen og på egen situasjon, mens Mallion and Brooke (2016) sier at det er viktig for sykepleiere å oppleve at de kan påvirke utviklingen i avdelingen. For at dette skal kunne skje er man avhengig av støtte i avdelingen (van Der Goot et al., 2018; Williams et al., 2015). For at kunnskapsbasert praksis skal kunne utvikles i avdelingen må det være et felles mål for ressursgrupper, ledelse og andre

ansatte. Når man ser avdelingens praksis opp mot hva tidligere studier viser, så kan det være mye å tjene på å legge enda bedre til rette for ressursgruppene. Kompetansen i ressursgruppene er stor, og utdanning til mastergrad i spesialsykepleie vil styrke denne kompetansen ytterligere. Disse gruppene vil kunne drive faget fremover, bidra til bedre pasientbehandling og redusert pasientdødelighet. I tillegg vil denne kompetansen styrke kommunikasjonsferdigheter som vil ha verdi både i et kollegium og ut mot pårørende og pasienter (Baird & Miller, 2015; Conley, 2019). På den måten kan en anta at ressursgruppene vil bidra sterkt i avdelingen slik at krav til kvalitet og pasientsikkerhet imøtekommes. I tillegg kan dette være den arena hvor ledelse og ansatte finner sammen og etablerer et delt eierskap til forbedringsarbeid og enes om ambisjoner for dette arbeidet slik som handlingsplanen for pasientsikkerhet og beredskap (Helsedirektoratet, 2019-2023) uttrykker. Intensivsykepleieren vil i større grad oppleve autonomi i fagutøvelsen og autoritet og eierskap til faget.

Våre funn viser at intensivsykepleiere i ressursgrupper ikke blir tilstrekkelig involvert når nye prosedyrer utarbeides av leger. Det er tankevekkende å høre at mange intensivsykepleiere med master grad og betydelig klinisk erfaring ikke blir spurt om råd. Retningslinjer for intensivvirksomhet sier at arbeidet mellom intensivsykepleiere og leger skal være teambasert og koordinert (Norsk anesthesiologisk forening & NSFLIS, 2014). Det er grunn til å løfte denne relasjonen frem. Dette er særlig viktig når en beslutning kan få utilsiktede konsekvenser for en annen. Det fremkommer eksempler på prosedyrer som er utarbeidet av leger som har medført misforståelser og har gjort det praktiske arbeidet vanskeligere enn nødvendig. At beslutninger som har innvirkning på intensivsykepleierens arbeidsforhold fattes uten at de blir spurt om råd kan ha uheldige konsekvenser, noe som også poengteres av informantene. Sykepleiere generelt har et etisk ansvar for å bidra til en faglig forsvarlig og god praksis. Norsk sykepleierforbund (2019b) og NSFLIS (2017) sier videre at intensivsykepleiere skal bidra med kritisk refleksjon og etisk bevissthet om spesialitetens kontekst, praksis og rammer. Sett i lys av dette er det rimelig at intensivsykepleierne involveres i utviklingen av prosedyrer. Videre sier NSFLIS (2017) at intensivsykepleiere både skal initiere, samarbeide om og ta ansvar for kvalitetsforbedring, fagutvikling og forskning. Også i en internasjonal sammenheng løftes sykepleierens rolle frem. Curtis et al. (2017) sier at det er flere sykepleiere i direkte pasientbehandling enn noen annen helseprofesjon og sykepleieforskning er helt

avgjørende for å etablere praktiske og effektive metoder for å bedre utkomme for pasientene.

Flere av intensivsykepleierne sier de mange ganger har brukt egen fritid til ressursgruppearbeid. Det er ikke ønskelig å bruke egen fritid på utarbeidelse av opplæringsmateriale, men egen interesse for fag gjør at noen intensivsykepleiere allikevel gjør dette. Når fagrelaterte arbeid må gjøres på egen fritid skaper det over tid en viss slitasje. Enkelte uttrykte at de hadde gjort mye på dugnad, og at man ikke ønsker å bruke fritiden på arbeidsrelaterte ting.

Ressursgruppene er etablert på frivillig basis av og med personale med særlig interesse innen fagområder. Det er ikke lovmessige krav som gjør at ressursgrupper eksisterer i intensivavdelingen. Av den grunn er det gjerne begrenset hvor sterke krav som skal stilles til arbeidsgiver om tilretteleggelse. Samtidig er det gjerne rimelig å forvente at ledelsen tilrettelegger for ressursgruppearbeid, da disse har bidratt sterkt til intensivavdelingens fagutvikling gjennom mange år. Ledelsen har et ansvar for å sikre at krav til kompetanse blir ivaretatt (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016). Lederne er veldig tydelig på at en intensivavdeling uten ressursgrupper er nærsagt utenkelig og det kommer også frem at de burde brukt de mer aktivt. Forskning produseres i stort omfang, og det tar for lang tid før denne kunnskapen når klinisk praksis. Sykepleiefaget generelt, og kanskje intensivsykepleien spesielt utøves i et komplekst og dynamisk miljø (Hickman et al., 2018). Det kan jo i så måte beskrives som et paradoks når Morris et al. (2011) sier det kan ta opptil 17 år før forskningsbasert kunnskap når klinisk praksis. Dette er ikke akseptabelt i et moderne helsevesen. Kanskje kan ressursgruppene være nettopp den innretningen intensivavdelingen trenger for å holde oversikt over relevant forskning. Da kan muligens avdelingen klare å oppdatere praksis i takt med kunnskapsutviklingen.

Ressursgruppene bidrar til fagutviklingsrelatert arbeid og anses på den måten som en støtte for fagutviklingssykepleier. I våre funn fremkommer det at ressursgruppene etterlyser koordinering av aktivitetene i de respektive gruppene. Intensivsykepleiere mener at fagutviklingssykepleier er den som bør inspirere og utfordre gruppene på konkrete områder. De savner å jobbe mot tydelige mål innen fagutvikling og at det knytter seg forventninger til både fremdrift og resultater. Dersom fagutviklingssykepleier har

tydelig styring på prosjekter som foregår i avdelingen, kan det bidra til strukturert arbeid og fremdrift innen fagutviklingsinitiativer. Det viser seg imidlertid at denne rollen er tillagt mye annet arbeid tilknyttet ledelse og administrasjon. På den måten oppleves rollen som lite til stede for ressursgruppene. Ressursgruppene bidrag til kunnskapsbasert praksis virker å være hemmet av dette. Ifølge Hauck et al. (2013) er tilrettelegging en prosess som bidrar til styrket engasjement og fremdrift i arbeidet med å etablere kunnskapsbasert praksis. Det kan være at et tydelig mandat til ressursgruppene kan styrke produktiviteten og gruppenes innvirkning på anvendelsen av kunnskapsbasert praksis. Gruppene uttrykker dette, og ledere er også med på tanken at et tydelig mandat styrker ressursgruppene arbeid med fag og anledning til å påvirke miljøet.

Funn viser at intensivavdelingen mangler kompetanse innen implementering. Det viser at noen ting lett lar seg implementere mens andre ting faller tilbake til gammel praksis så snart avdelingen retter fokus mot et nytt område. Avdelingen sliter med å sikre at endringer som introduseres i avdelingen blir varig. Forskning viser at det er store forskjeller på implementering av teknologi og implementering av adferds-endrende tiltak. Ett individ kan være tilstrekkelig for å implementere teknologi, mens adferds-endrende tiltak krever flere personer for å drive integreringsarbeidet (Miech et al., 2018). Dette har betydning for hvordan man planlegger ressurser til implementeringsarbeid i intensivavdelingen. Ressursgruppene har en viktig rolle i dette arbeidet og beskrives som pådrivere og viktige bidragsyttere til å holde fokus på endringer, når avdelingens fokus rettes mot andre utfordringer. Ifølge blant annet Røkholt et al. (2017) så finnes det ingen «kokebok-oppskrift» på implementering. I enhver organisasjon vil man støte på en rekke barrierer ved implementering. Nøkkelen er å avdekke barrierene som står i veien og overvinne disse, og å gjøre seg nytte av de gunstige forholdene (Darawad et al., 2018; Waltz et al., 2019).

En rekke studier tydeliggjør viktigheten av å identifisere fasilitatorer for å effektivisere implementerings arbeidet (Darawad et al., 2018; Waltz et al., 2019). Basert på uttalelser fra ressursgruppedlemmer og ledere er det en fasilitator at det faktisk eksisterer ressursgrupper i dag. Ressursgruppene kan bidra til at forskning utøves nærmere klinisk praksis, at ny forskning tilpasses intensivavdelingen og raskere finner veien til klinisk setting. Som tidligere nevnt finnes kompetent personell i intensivavdelingen med grunnleggende interesse for fagområdene, som lar seg motivere av fag og evner å jobbe

kunnskapsbasert med intensivsykepleie. Det som ytterligere må på plass, ifølge vårt materiale er mer utstrakt bruk av elektronisk kommunikasjon for å organisere og effektivisere arbeidet i gruppene. Forslag som presenteres i våre funn er at møter må struktureres bedre. Det foreslås blant annet at man gjennomfører møter med kortere varighet, færre deltakere og hyppigere treff. En positiv konsekvens av dette er at ressursgruppene kan jobbe med ulike prosjekter samtidig. Det bør etableres flere superbrukere slik at disse alltid er representert på vakter. Avslutningsvis ønskes det et styrket mandat til ressursgruppene slik at fagutvikling og oppfølging av adferd i praksis kan følges opp med mer autoritet.

## 6. Konklusjon

Formålet med denne studien var å utforske hvordan masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgruppene kan styrke bruk av KBP. Vi ønsket også å utforske hvordan sykepleieleidelse opplever sin rolle som tilretteleggere for KBP i intensivavdelingen. Studiens problemstilling var “Hvordan kan masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgrupper og sykepleieleidelsen i intensivavdelingen bidra til økt bruk av kunnskapsbasert praksis?”

Ressursgruppene har en sentral rolle innen fagutvikling i intensivavdelingen. Fra et ledelsesperspektiv løftes ressursgruppene frem som en nødvendighet for at avdelingen skal kunne fungere. De uttrykker at de er avhengige av ressursgruppenes bidrag, særlig innenfor større sertifiserings- og opplæringsprosesser. Ressursgruppene er ansett som pådrivere i arbeidet med å opprettholde kompetansen blant ansatte i intensivavdelingen.

Det er et stort antall ressursgrupper i intensivavdelingen med fokus innen forskjellige fagområder. Aktiviteten i gruppene er avhengig av avdelingens ressurser, fokus og prioriteringer. Ressursgrupper innen de mest sentrale fagområder får mest tid og ressurser. Dette fører til at gruppene med lavere prioritet ikke får tid avsatt til fagrelatert arbeid. Deltakerne uttrykker behov for en koordinator med ansvar for koordinering av aktiviteten i ressursgruppene. De uttrykker også et ønske om å endre ressursgruppenes status fra å ha en støttende funksjon til å bli mer førende for å få til et mer målrettet fagutviklingsarbeid i intensivavdelingen. Anledningen til å drive fagutvikling er prisgitt de prioriteringer som ledelsen til enhver tid må gjøre avhengig av pasientbelegg og

beredskap. Denne oppfattelsen deles både av ledelsen og ressursgruppene. Alle uttaler at et tydeligere mandat kan bidra til å styrke produktiviteten i ressursgruppene og på den måten fremme anvendelsen av KBP ved intensivavdelingen.

Masterkompetansen blant intensivsykepleiere i intensivavdelingen har økt de siste årene. Dette har bidratt til at intensivsykepleiere har fått større selvtillit og nyter større respekt hos andre faggrupper ved å kunne argumentere for sine standpunkter. Masterkompetansen har bidratt til bedre kommunikasjonsferdigheter og styrket evne til kritisk refleksjon omkring fagutøvelse. Denne kompetansen bidrar til at arbeidet i ressursgruppene forankres i forskning og fremmer KBP i intensivavdelingen.

Intensivavdelingen er presentert som en dynamisk avdeling hvor implementeringsarbeid skjer kontinuerlig. Ressursgruppene har en sentral rolle i implementeringsarbeidet ved og anses av ledelsen å være pådrivere i dette arbeidet. De bidrar til at implementeringsarbeid på ett område videreføres når fokus i avdelingen rettes mot et nytt område. Når det gjelder implementering er deres rolle å følge opp endringer og sikre etterlevelse av ny praksis.

Det er viktig at ledere involverer ressursgruppene i arbeidet med kvalitetsforbedrende prosesser i intensivavdelingen og masterkompetansen gir ressursgruppene gode forutsetninger for å bidra i dette arbeidet. I etablering av prosedyrer er det viktig at intensivsykepleierne er involvert, slik at prosedyrene er tilpasset klinisk praksis. Kompetansen, motivasjonen og interessen for fag hos intensivsykepleieren bør utnyttes i enda større grad slik at den kunnskapsbaserte tilnærmingen i intensivavdelingen styrkes og bidrar til forsvarlig pasientbehandling.

### 6.1 Implikasjoner for praksis

Ny kunnskap utarbeides i stort omfang, og det kreves en systematisk tilnærming for å kunne identifisere dette. Mastergrad i intensivsykepleie gir intensivsykepleieren en særlig kompetanse som også gir ressursgruppene bedre forutsetning for å jobbe kunnskapsbasert. Masterkompetanse i ressursgrupper skaper et faglig miljø forankret i forskning. Denne kompetansen bidrar til at ny kunnskap blir identifisert, tilpasset lokale forhold og implementert av en gruppe intensivsykepleiere som jobber i direkte



pasientrelasjon. Sykepleieledelsen må i mye større grad bruke den akademiske kompetansen blant intensivsykepleiere.

Arbeidet i ressursgrupper må organiseres og koordineres bedre. Ressursgruppene i sitt mangfold bidrar hver på sin måte med viktig kompetanse. Ressursgrupper er kostbare for en intensivavdeling. Ledelsen bør legge til rette for et tett samarbeid med tydelig mål og klare forventninger til fremdrift og resultater. Det er viktig at både ledere og ansatte tar eierskap til prosesser som fører til bedre kvalitet på helsetjenestene og har felles ambisjoner om å bli stadig bedre. Intensivsykepleiere må ha en selvsagt plass når nye prosedyrer etableres i intensivavdelingen.

## 6.2 Begrensninger

Studien er gjennomført i en generell intensivavdeling ved et universitetssykehus i Norge. Funnene er relevante for den aktuelle intensivavdelingen men kan ikke generaliseres.

## 7. Litteraturliste

- Abuejheisheh, A., Tarawneh, O., Qaddumi, J. A. S., Almahmoud, O., & Darawad, M. W. (2020). Predictors of Intensive Care Unit Nurses' Practice of Evidence-Based Practice Guidelines. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 57, 46958020902323. doi:10.1177/0046958020902323
- Baird, L. M. G., & Miller, T. (2015). Factors influencing evidence-based practice for community nurses. *British journal of community nursing*, 20(5), 233-242. doi:10.12968/bjcn.2015.20.5.233
- Conley, P. (2019). Certified and Advanced Degree Critical Care Nurses Improve Patient Outcomes. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 38(2), 108-112. doi:10.1097/DCC.0000000000000342
- Curtis, K., Fry, M., Shaban, R. Z., & Considine, J. (2017). Translating research findings to clinical nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 862-872. doi:10.1111/jocn.13586
- Darawad, M. W., Alfasos, N., Zaki, I., Alnajar, M., Hammad, S., Samarkandi, O. A., & Darawad, M. W. (2018). ICU Nurses' Perceived Barriers to Effective Enteral Nutrition Practices: A Multicenter Survey Study. *The open nursing journal*, 12(1), 67-75. doi:10.2174/1874434601812010067
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). *Forskerrollen*. Retrieved from <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/5-Forskerrollen/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2015). Kvalitativ metode. Retrieved from <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Graham, I. D., Straus, S. E., & Tetroe, J. (2013). *Knowledge translation in health care : moving from evidence to practice*(2nd ed. ed.).
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002
- 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
- Hauck, S., Winsett, R. P., & Kuric, J. (2013). Leadership facilitation strategies to establish evidence-based practice in an acute care hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 664-674.
- Helsebiblioteket.no. Kunnskapsbaserte fagprosedyrer fra norske helseforetak og kommuner. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/?sort=chronological&subject=246609>
- Helsebiblioteket.no. (2016). Transport av respiratorpasienter – intrahospitalt. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/transport-av-respiratorpasienter-intrahospitalt>
- Helsedirektoratet. (2019-2023). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*. Oslo Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og->

[omsorgstjenesten/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/\\_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44)

- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (2019). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hickman, L., Digiacomo, M., Phillips, J., Rao, A., Newton, P., Jackson, D., & Ferguson, C. (2018). Improving evidence based practice in postgraduate nursing programs: A systematic review: Bridging the evidence practice gap (BRIDGE project). *Nurse Education Today*, 63, 69.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lockertsen, J.-T. (2015). Nightingale – rett kvinne til rett tid. *Sykepleien*. Retrieved from <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2015/05/nightingale-rett-kvinne-til-rett-tid>
- Mackey, A., & Bassendowski, S. (2017). The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice. *Journal of Professional Nursing*, 33(1), 51-55. doi:10.1016/j.profnurs.2016.05.009
- Mallion, J., & Brooke, J. (2016). Community- and hospital-based nurses' implementation of evidence-based practice: are there any differences? *British journal of community nursing*, 21(3), 148. doi:10.12968/bjcn.2016.21.3.148
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Meld. St. 10 (2012–2013). (2013). *God kvalitet – trygge tjenester — Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 11 (2015–2016). (2016). *Nasjonalt helse- og sykehusplan*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
- Miech, E. J., Rattray, N. A., Flanagan, M. E., Damschroder, L., Schmid, A. A., & Damush, T. M. (2018). Inside help: An integrative review of champions in healthcare-related implementation. *SAGE Open Medicine*, 6. doi:10.1177/2050312118773261
- Morris, Z. S., Wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. In (Vol. 104, pp. 510-520). London, England.
- Noome, M., Dijkstra, B. M., Leeuwen, E., & Vloet, L. C. M. (2017). Effectiveness of supporting intensive care units on implementing the guideline 'End-of-life care in the intensive care unit, nursing care': a cluster randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 73(6), 1339-1354. doi:10.1111/jan.13219
- Norsk anesthesiologisk forening, & NSFLIS. (2014). *Retningslinjer for*

- intensivvirksomhet i Norge* Retrieved from [https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer\\_for\\_IntensivvirksomhetNO\\_RGE\\_23.10.2014.pdf](https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer_for_IntensivvirksomhetNO_RGE_23.10.2014.pdf)
- Norsk sykepleierforbund. (2005a). *Sykepleie : et selvstendig og allsidig fag*. Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>
- Norsk sykepleierforbund. (2005b). *Sykepleierutdanning og forskning – mangfold og muligheter*. Retrieved from <https://www.nsf.no/Content/158920/NSF>
- Norsk sykepleierforbund. (2017-2020). *Politisk plattform for forskning*. Retrieved from <https://www.nsf.no/Content/3339295/cache=20171804141037/Politisk%20plattform%20Forskning%20revidert%20utgave%20endelig%20versjon..pdf>
- Norsk sykepleierforbund. (2019a). *Rekruttering av sykepleiere*. Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/4392620/17036/Rekruttering-av-sykepleiere>
- Norsk sykepleierforbund. (2019b). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. ed.). Oslo: Akribe.
- NSFLIS. (2017). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. NSFLIS Retrieved from [https://www.nsf.no/Content/3653453/cache=1512504484000/FA\\_intensivsykepleiere.pdf](https://www.nsf.no/Content/3653453/cache=1512504484000/FA_intensivsykepleiere.pdf)
- Rowley-Conwy, G. (2018). Barriers to delirium assessment in the intensive care unit: A literature review. *Intensive & Critical Care Nursing, 44*, 99-104. doi:10.1016/j.iccn.2017.09.001
- Røkholt, G., Davidsen, L.-S., Johnsen, H. N., & Hilli, Y. (2017). Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge. *Nordisk sykeplejeforskning [elektronisk ressurs], 7*, 195-208.
- Sandvik, G. K., Stokke, K., & Nortvedt, M. W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? *Sykepleien*. Retrieved from <https://sykepleien.no/forskning/2011/05/hvilke-strategier-er-effektive-ved-implementering-av-kunnskapsbasert-praksis-i>
- Sciarra, E. (2011). Impacting Practice Through Evidence-Based Education. *Dimensions of Critical Care Nursing, 30*(5), 269-275. doi:10.1097/DCC.0b013e318227738c
- Skogaas, B., & Valeberg, B. T. (2017). The contribution of a master's degree to clinical practice. *Hva mastergrads-kompetanse kan bidra med i klinisk praksis, 12*(e-63396).
- Straus, S. E., Tetroe, J. M., & Graham, I. D. (2011). Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *Journal of Clinical Epidemiology, 64*(1), 6-10. doi:10.1016/j.jclinepi.2009.08.016
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- van Der Goot, W. E., Keers, J. C., Kuipers, R., Nieweg, R. M. B., & de Groot, M. (2018). The effect of a multifaceted evidence-based practice programme for nurses on knowledge, skills, attitudes, and perceived barriers: A cohort study. *Nurse Education Today, 63*, 6-11. doi:10.1016/j.nedt.2018.01.008
- Waltz, T. J., Powell, B. J., Fernandez, M. E., Abadie, B., & Damschroder, L. J. (2019). Choosing implementation strategies to address contextual barriers: diversity in recommendations and future directions. *Implementation Science, 14*(1). doi:10.1186/s13012-019-0892-4

Williams, B., Perillo, S., & Brown, T. (2015). What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review. *Nurse Education Today*, 35(2), e34-e41. doi:10.1016/j.nedt.2014.11.012

## 8. Vedlegg

### Vedlegg 1: Intervjuguide

Formålet med studien er å utforske om masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgrupper kan styrke bruk av KBP. Vi ønsker også å utforske hvordan sykepleieleidelsen opplever sin rolle som tilretteleggere for KBP i intensivavdelingen.

Problemstilling:

***Hvordan kan masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgrupper og sykepleieleidelsen i intensivavdelingen bidra til økt bruk av kunnskapsbasert praksis?***

<b>Intervjuguide, Intensivsykepleiere</b>
---

Problemstilling	Forskningsspørsmål	Spørsmål til intervjuguiden
<b>Hvordan kan masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgrupper og sykepleieleidelsen i intensivavdelingen bidra til økt bruk av kunnskapsbasert praksis?</b>	<b>1. Hvordan kan masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgrupper bruke sin faglige og akademiske kompetanse til økt bruk av KBP i intensivavdelingen?</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hvilken rolle og funksjon har ressursgruppene i intensivavdelingen?</li><li>2. Hvordan kan ressursgrupper bidra til mer bruk av kunnskapsbasert praksis?<ul style="list-style-type: none"><li>- Fortell hvordan?</li></ul></li><li>3. Hvordan jobber ressursgrupper for å holde seg faglig oppdatert?</li><li>4. Hvordan søker dere opp eller finner frem til ny kunnskap i ressursgruppen?<ul style="list-style-type: none"><li>• Søk i databaser</li><li>• Fagblader</li><li>• Kollegaer</li><li>• Andre kilder?</li></ul></li><li>5. Hvordan bruker dere egen kunnskap og erfaring i den hensikt å forbedre gruppeprosesser og læringseffekter? (løfte kunnskapsnivå internt i gruppen).</li></ol>

	<p><b>2. Hvordan kan sykepleieledelsen tilrettelegge for kunnskapsbasert ressursgruppearbeid gjennom bevisst bruk av avdelingens masterkompetanse.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan du gi et eksempel?</li> <li>- Når det avdekkes behov for oppdatering av prosedyre - hvem tar ansvar for endring av prosedyrer?</li> </ul> <p>6. Hva kjennetegner situasjoner som fører til at dere søker ny forskning?</p> <p>7. Hvordan opplever dere at kollegiet tar imot ny kunnskap som dere formidler? Hvordan opplever dere endringsviljen i kollegiet?</p> <p>8. Hvordan opplever dere prosessen for innføring av ny kunnskap i intensivavdelingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva er de største utfordringene?</li> <li>- Har dere forslag til forbedring?</li> </ul>
--	--	---

**Intervjuguide, ledere**

<b>Problemstilling</b>	<b>Forskningsspørsmål</b>	<b>Spørsmål til intervjuguiden</b>
<p><b>Hvordan kan masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgrupper og sykepleieledelsen i intensivavdelingen bidra til økt bruk av kunnskapsbasert praksis?</b></p>	<p><b>1. Hvordan kan masterutdannede intensivsykepleiere i ressursgrupper bruke sin faglige og akademiske kompetanse til økt bruk av KBP i intensivavdelingen?</b></p>	<p>1. Hvilken rolle og funksjon har ressursgruppene i intensivavdelingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er den rollen styrket eller svekket gjennom årene? Hva tenker du er grunnen til det?</li> </ul> <p>2. Slik dere ser det - hva mener dere er ressursgruppens viktigste bidrag til fagutvikling?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser man et forbedringspotensial eventuell andre måter å organisere seg på?</li> </ul> <p>3. Hvordan ser dere på masterkompetanse blant intensivsykepleiere i ressursgrupper?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilke forventninger har dere til intensivsykepleiere med masterkompetanse?</li> </ul>

	<p><b>2. Hvordan kan sykepleieledelsen tilrettelegge for kunnskapsbasert ressursgruppearbeid gjennom bevisst bruk av avdelingens masterkompetanse.</b></p>	<p>4. Er ressursgruppene slik de er innrettet i dag egnet til å spre kunnskap i intensivavdelingen? Forklar hvordan? Er det noe som kunne blitt gjort annerledes?</p> <p>5. Hvordan legger dere som ledere til rette for ressursgruppenes arbeid med kunnskapsbasert praksis i intensivavdelingen?</p> <p>6. Hvordan opplever dere prosessen for innføring av ny kunnskap i intensivavdelingen?</p> <p>7. Hvordan ser dere for dere en intensivavdeling uten ressursgrupper?</p>
--	--	--

### Vedlegg 2: PICO-skjema

<p><b>P:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensive care unit</li> <li>- ICU nurses with a master's degree</li> <li>- ICU nursing leadership</li> </ul>	Population/patient/problem	Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om?
<p><b>I:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- How ICU nurses with master's degree contribute to increased use of evidence-based practice.</li> <li>- How ICU management facilitate increased use of evidence-based practice.</li> </ul>	Intervention	Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?
<b>C:</b>	Comparison	Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (f.eks. dagens praksis).
<p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Increased use of evidence-based practice in the ICU</li> </ul>	Outcome	Hvilke endepunkter er du interessert i?



### Vedlegg 3: Søkestrategi

1. Evidence based practice	7. Nursing leadership
2. Intensive care unit	8. Implementation
3.Barriers	9. Implementation barriers
4. Masters degree in nursing	10. Critical care nursing
5. ICU nurs*	11. Intensive care nurs*
6.Facilitate	
7. Nursing practice	

<b>Kombinasjoner</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Database</b>
barriers AND evidence-based practice	2244	Medline
Barriers AND evidence-based practice	2798	Cinahl
Implementation barriers AND Critical care nursing AND nursing practice	17/35	Medline/Cinahl
nursing practice AND implementation barriers AND barriers	34	Medline
evidence based practice AND intensive care unit AND icu nurs*	28/55	Medline/Cinahl
evidence based practice AND masters degree in nursing	3/10	Medline/Cinahl
masters degree in icu nurs* AND evidence based practice	31/31	Medline/Cinahl
nursing leadership AND evidence based practice AND facilitate	11/17	Medline/Cinahl
evidence based practice AND icu nurs*	38	Medline
evidence based practice AND intensive care nurs*	223	Cinahl

Inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"><li>- fagfellevurdert (peer reviewed)</li><li>- Engelsk og Norsk tekst</li><li>- Utgitt 2011-2020</li><li>- Full tekst</li></ul>	

Vedlegg 4: Informert samtykke

## FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

### **Ressursgrupper- en kilde til oppdatert kunnskap?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som har som mål å utforske hvordan intensivsykepleiere og deres ledere mener at intensivavdelingens ressursgrupper kan bidra til å fremme kunnskapsbasert praksis i avdelingen.

Mange fagprosedyrer er tilgjengelige i Helsebiblioteket.no. Dette er kunnskapsbasert praksis som er utarbeidet for å styrke den kunnskapsbaserte tilnærmingen til pasientbehandling ved norske sykehus. Samtidig vet en at innføring av ny kunnskap i praksis er en krevende prosess. Vi oppfatter at innføring av ny kunnskap i praksis er utfordrende og tror at dette kan medføre en stor kløft mellom ny kunnskap og praksisfeltet.

Vår invitasjon går til intensivsykepleiere med mastergrad og som er medlem i en av ressursgruppene og til ledere ved intensivavdelingen (2M,1G,2ØST). Bakgrunnen for dette valget er at vi antar intensivsykepleiere med mastergrad er mer fortrolig med avansert bruk av databaser og tidsskrifter, har bedre forutsetninger for å kritisk vurdere ny forskning og er øvet i kritisk refleksjon i forhold til fagutøvelsen. Disse aspektene tror vi kan bidra til å belyse vår problemstilling.

## HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Vi skal gjennomføre intervjuer, hvor du er invitert til å delta. Det blir fokusgruppeintervju og individuelle intervju. Det blir to fokusgruppeintervju med ulike intensivsykepleiere i

hver gruppe og individuelle intervju med ledere. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd. Lyddopptak vil bli transkribert og aidentifisert og lagret på en kryptert minnepinne. Intervjuet inneholder spørsmål relatert til intensivsykepleie og kunnskapsbasert praksis i hverdagen ved intensivavdelingen. Det vil blant annet være spørsmål knyttet til hvordan en holder seg faglig oppdatert innen sitt fagfelt. Vi vil også ha spørsmål som omhandler ressursgruppene og betydningen av fagutvikling. Fokusgruppeintervju vil ta 1 - 1.5 timer, individuelt intervju opp til 1 time.

I prosjektet vil vi innhente og registrere aidentifiserte opplysninger om deg. Vi begrenser oss til opplysninger som er relatert til din rolle i intensivavdelingen.

### MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltakelse i dette forskningsprosjektet skal ikke være forbundet med ulemper av noe slag. Deltakelse i intervjugruppen vil det ta 1- 1.5 timer. Mulige fordeler med å delta i forskningsprosjektet kan være at du reflekterer over viktigheten for bruk av kunnskapsbasert praksis i ditt daglig arbeid.

### FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Kim Frode Høili, [kf.hoili@stud.uis.no](mailto:kf.hoili@stud.uis.no), 97065123 Ana Maria Pricop, [a.pricop@stud.uis.no](mailto:a.pricop@stud.uis.no), 93972730.

### HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun studentene Kim Frode Høili og Ana Maria Pricop og veileder Britt Sætre Hansen

som har tilgang til denne listen. Opplysningene om deg vil bli aidentifisert og slettet 30.06.2020.

Samtykkeskjema og koblingsnøkkel vil oppbevares separat bak to låsbare hindringer. Lagring og sletting av data etter studiet er gjennomført vil skje i tråd med forskningsavdelingens sine regler. Dette er for å sikre en trygg oppbevaring av informasjon slik at ingen andre får tilgang til denne. Ingen av studiets deltakere skal kunne gjenkjennes i masteroppgaven.

## GODKJENNING

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig Universitetet i Stavanger og prosjektleder Kim Frode Høili og Ana Maria Pricop et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

## KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med:

Britt Sætre Hansen, [britt.s.hansen@uis.no](mailto:britt.s.hansen@uis.no) , [britt.setre.hansen@sus.no](mailto:britt.setre.hansen@sus.no), tlf. 99021954

Kim Frode Høili, [kf.hoili@stud.uis.no](mailto:kf.hoili@stud.uis.no) , tlf. 97065123

Ana Maria Pricop, [a.pricop@stud.uis.no](mailto:a.pricop@stud.uis.no) , tlf. 93972730.

Personvernombud ved institusjonen er Helse Stavanger, [personvernombudet@sus.no](mailto:personvernombudet@sus.no), tlf. 51512929.

**(DELTAKER) JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET**

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

(Forsker) Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet.

---

Sted og dato

Signatur

---

Rolle i prosjektet

## Notat

**Til:**

Ana-Maria Pricop, Kim Frode Høili

**Fra:**

Fagsjef Kirsten Lode/mv

**Kopimottakere:**

Klinikksjef, Juridisk rådgiver

**Dato:** 14.11.2019

**Arkivref:** 2019/17680 - 142739/2019

---

### Godkjent masterprosjekt - MA213

Masterprosjektet: «Ressursgruppene - kilde til oppdatert kunnskap?»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA213.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares sikkert
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra SUS vurderes i de tilfeller hvor sjukehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

## Vedlegg 6: Spesifisering av studentbidrag

### UNIVERSITETET I STAVANGER

Studentene som skriver sammen forplikter seg til å bidra likt. Den enkeltes bidrag skal spesifiseres, og signeres av studentene og veileder ved innlevering av masteroppgave.

#### STUDENT 1

Ana Maria Pricop

Spesialisering i: intensivsykepleie

Bidrag: Bidraget mitt inn i oppgaven samsvarer med min medstudent. Det aller av arbeid har vært gjort i fellesskap inntil nedstengningen av universitetet i forbindelse med korona-pandemien. På hjemmekontor har vi delt oppgaver mellom oss og samarbeidet via Teams.

#### STUDENT 2

Navn Kim Frode Høili

Spesialisering i: intensivsykepleie

Bidrag: Bidraget mitt inn i oppgaven samsvarer med min medstudent. Det aller av arbeid har vært gjort i fellesskap inntil nedstengningen av universitetet i forbindelse med korona-pandemien. På hjemmekontor har vi delt oppgaver mellom oss og samarbeidet via Teams.

Signatur:

Student 1

Ana Maria Pricop

Student 2

Kim Frode Høili

Veileder:

Britt Sævre Hansen