

MASTEROPPGAVE
Klinisk sykepleievitenskap
2014

**Hvordan erfarer sykepleiere prosessen med å kombinere faglig skjønn og
prosedyrer i klinisk praksis?**

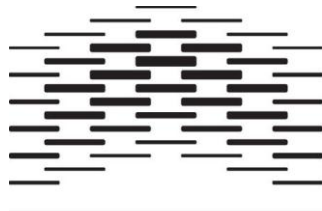
Katrin Lindeflaten

Heltid 2012

15. september 2014

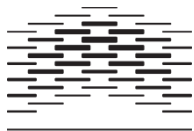
Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Navn på veileder: Bjørg Christiansen



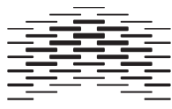
HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS

Institutt for sykepleie

Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo

Navn: Katrin Lindeflaten	Dato: 15.09.14
Tittel: Hvordan erfarer sykepleiere prosessen med å kombinere faglig skjønn og prosedyrer i klinisk praksis?	
Sammendrag: Formål: Studien har som hensikt å beskrive og tolke hvordan sykepleierne kombinerer sitt faglige skjønn med prosedyrer, og hvordan dette påvirker utførelsen av prosedyrer i en klinisk hverdag. Teoretisk forankring: Sykepleiernes erfaringer beskrives og diskuteres i lys av teorier om faglig skjønn. Teoriene beskriver ulike perspektiver på å bruke skjønn, samt hvordan skjønnen utvikles og anvendes i praksis. Metode: Studien er utforskende og beskrivende. Det er benyttet kvalitativ metode bestående av et pilotintervju, to fokusgruppeintervju og fire enkeltintervjuer. Utvalget ble foretatt som et strategisk utvalg. Det ble benyttet semistrukturert intervjuguide. Intervjuene ble tapet på digital båndopptaker og transkribert ordrett. Intervjuene ble analysert basert på Kvale og Brinkmanns (2010) metode for analyse med helhetlig lesing, koding, sammenfattende kategorisering og drøfting av funn. Resultater: Funnet viste at faglig skjønn spiller en stor rolle i sykepleiernes utøvelse av prosedyrer. Skjønnen virker som et filter for kontinuerlig tilpassing og vurdering hos sykepleierne. I denne tilpasningen ble det brukt dialog og observasjoner. Erfaring var også med å påvirke hvordan prosedyrene ble utført. Å utføre prosedyrer ble anerkjent hos kollegaer i større grad enn å utføre oppgaver uten prosedyrer. Prosedyren ble sett på som gullstandard og en kunnskapskilde i praksis. Dersom prosedyren manglet ble eksterne prosedyrer tilpasset, eller skjønnen anvendt selvstendig. Konklusjon: Oppsummert ser faglig skjønn og prosedyrer ut til å komplettere og informere hverandre i klinisk praksis. Skjønnen fremstår likevel noe usikkert som selvstendig kilde til avgjørelser hos enkelte av sykepleierne	
Nøkkelord: skjønn, prosedyrer, erfaring, profesjon, kunnskapsbasert praksis	



OSLO AND AKERSHUS
UNIVERSITY COLLEGE
OF APPLIED SCIENCES

HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS

Institutt for sykepleie

Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo

Name: Katrin Lindeflaten	Date: 15.09.14
Title: How do nurses describe the process combining professional judgment and procedures in clinical practice?	
Abstract: <p>Purpose: The purpose of this study was to describe and interpret how nurses combine professional judgment and procedures, and how this effect on the performance in daily clinical practice.</p> <p>Theory: Nurses' experiences are described and discussed in light of theories of judgment. The theory describes different perspectives on using professional judgment and how judgment are developed and applied in practice.</p> <p>Method: The study is exploratory and descriptive using qualitative approach, consisting of one pilot interview, two focus group interviews and four individual interviews. The selection was made as a strategic choice. It was used semi-structured interview guide. The interviews were taped on a digital tape recorder and transcribed textually. The interviews were analyzed based on Kvale and Brinkmanns (2010) method for analysis, of coherent reading, coding, summarizing categorization and discussion of findings.</p> <p>Results: Findings showed that professional judgment plays a major role in nurses' practice of procedures. The appraisal acts as a filter for continuous adaptation and assessment by nurses. In this adaptation, dialogue and observations was used. How the procedures were performed was also influenced by experience. Performing of procedures was recognized by colleagues to a greater extent than performing of tasks without procedures. The procedure was seen as the golden standard and a source of knowledge in practice. If the procedure was missing external procedures was adapted or judgment applied independently.</p> <p>Conclusion: In summary, the professional judgment and the procedures seem to complement and inform each other in clinical practice. The judgment still stands somewhat uncertain as an independent source of decisions in some of the nurses</p>	
Key words: judgment, procedures, experience, professional, evidence based practice	

FORORD

For meg som praktiker, har det å fordype seg i sykepleiens teoretiske side har alltid vært en drøm. Studiet har vært inspirerende, utfordrende og interessant. Jeg føler meg privilegert som har fått denne muligheten til å studere master i klinisk sykepleie ved HIOA.

Takk til min veileder Bjørg Christiansen som tålmodig har veiledet meg konstruktivt gjennom studiet.

Takk til alle informanter som velvillig stilte opp til intervjuer.

Takk til mine dyktige kollegaer som har kommet med innspill og støtte gjennom studiet.

Særlig takk Erik som har overtatt mange av mine arbeidsoppgaver.

Takk til mine kloke kullinger Randi og Tone for deling av kunnskap og motivasjon i oppoverbakkene.

Tusen takk til min arbeidsplass nevrokirurgisk avdeling RH v/Linda Lindviksmoen som har gjort gjennomføringen av studiet mulig.

Og sist men ikke minst, takk til min kjære mann Jens, som har vist meg enorm støtte og tålmodighet, gjennom to år med skolegang og jobb. Uten din innsats på hjemmefronten og dine datakunnskaper, hadde dette ikke vært mulig!

Også tusen takk til våre to små jenter som har listet seg i dørene og gitt meg ro til å skrive når det har vært behov.

Asker, september 2014

Katrin Lindeflaten

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn.....	1
1.2	Problemstilling og forskningsspørsmål.....	4
1.3	Formål og hensikt	5
1.4	Oppgavens oppbygning	5
2.0	TEORETISK RAMMEVERK	6
2.1	Sykepleieren som profesjonell skjønnsutøver.....	6
2.2	Kunnskapsbasert praksis.....	11
2.3	Sykepleierens bruk og tilpasning av kunnskap	17
2.4	Skjønn og erfaring.....	20
3.0	KVALITATIV METODE.....	23
3.1	Design	24
3.2	Forforståelse.....	25
3.3	Valg av arena, rekruttering og utvalg.....	27
3.4	Utvikling av intervjuguide	30
3.5	Gjennomføring.....	31
3.6	Transkripsjon	33
3.7	Analyse	34
3.8	Validitet, overførbarhet og reliabilitet	41
3.9	Etikk.....	43
4.0	FUNN	45
4.1	Prosedyrer og pasienthensyn.....	45
4.2	Kvalitetssikring og dokumentasjon.....	48
4.3	Skjønn i gjennomføring av prosedyrer.....	50
4.4	Observasjoner	52
4.5	Prosedyrer som kunnskapskilde.....	57
4.6	Kritisk vurdering av prosedyrer	58
4.7	Betydning av erfaring	60
5.0	DISKUSJON.....	63
5.1	Prosedyrene tilpasses pasientene	63
5.2	Prosedyrer som kvalitetssikring og kunnskapskilde	75

6.0	KONKLUSJON	80
7.0	LITTERATURLISTE	82

VEDLEGG

Vedlegg I.	Oversikt over litteratursøk
Vedlegg II.	Godkjenning fra personvernrådgiver
Vedlegg III.	Søknad om fokusgruppeintervju
Vedlegg IV.	Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt
Vedlegg V.	Intervjuguide fokusgruppe
Vedlegg VI.	Intervjuguide individuelle intervju
Vedlegg VII.	Meldeskjema mastergradprosjekt NSD

FIGUR- OG TABELLISTE

Figur 1	Modell for kunnskapsbasert praksis.	13
Tabell 1	Informantene skjematisert fremstilt.	29

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Temaet for denne studien er skjønn og prosedyrer og hvordan disse brukes sammen med prosedyrer i praksis. I mitt kliniske arbeid på sykehus gjennom tolv år, har arbeidet, spesielt de siste 5-7 årene, i økende grad hatt fokus på dokumentasjon og kvalitetssikring. For å imøtekomme kravene omkring dette, er det utarbeidet skriftlige prosedyrer på min arbeidsplass, noen kunnskapsbaserte og andre er ulike former for nedskrevne rutiner. En prosedyre er i følge Thomassen (2006) en angitt fremgangsmåte for å utføre en aktivitet eller en prosess.

Ut i fra min erfaring med både utarbeidelse og praktisk bruk av prosedyrer, har jeg undret meg over grunnen til at prosedyrene, på tross av at de er nedskrevne, likevel fremstår ulike i utførelsen hos pasienten, avhengig av hvilken sykepleier som utfører den. På den andre siden har jeg opplevd at sykepleiere i stor grad legger arbeidet rundt pasienten opp likt etter hvilke prosedyrer som skal gjennomføres. Dette medfører også at oppgaver som ikke er inkludert i prosedyrer, kan bli neglisjert. Hva skyldes dette? Brukes skjønn i samhandling med pasienten når praksis styres av prosedyrer? På hvilken måte utvikles skjønn, når sykepleierne alltid har store mengder prosedyrer å forholde seg til i hverdagen. På hvilken måte blir veien fra novise til ekspert berørt styres av flere oppskrifter? Dette var spørsmål jeg var nysgjerrig på, og ønsket å studere nærmere.

Å bruke prosedyrer er ikke ukjent for sykepleiere. I sin artikkel fra 2010, beskriver Christiansen mfl., at sykepleiere er en del av en arbeidskultur som i stor grad nytte gjør seg av tekstbaserte oppslagsverk, som bøker prosedyrehefter og andre tekstbøker. Det viser seg også at sykepleierne foretrekker lokale oppslagsverk (Christiansen, 2010). Tradisjonelt sett har sykepleiernes arbeid vært vanskelig å sette ord på hevder Hamran (1991). Arbeidet med å gjøre dette arbeidet mer synlig og håndgripelig kom som et krav tidlig på 90- tallet. Målet var at sykepleiernes arbeid skulle synliggjøres, samt at de arbeidet skulle bli mer effektivt og ha

en høyere produktivitet (Hamran, 1991). Det ble også satt fokus på dokumentasjon, og at denne dokumentasjonen skulle danne grunnlag for sykepleierens kunnskapsutvikling. Arbeidet skulle systemiseres og dokumenteres etter fastlagte standarder, kalt sykepleieprosessen (Hamran, 1991). Som et ledd i denne innføringen ble det krevet at det tiltakene sykepleierne hadde iverksatt, hadde gitt effekt i form av måloppnåelse hos pasienten. Det ble også påkrevd at de tiltakene som ble brukt, skulle være de mest effektive i sitt slag. Det gjorde at vitenskapen ble tatt i bruk, og prosedyrene fikk et gradvis inntog i sykepleierens hverdag (Hamran, 1991). Fra midten av 2000 tallet har vi sett at denne tankegangen har fått enda mer fokus på vitenskap i praksis. Det har ført til at kunnskapsbasert praksis hatt en rask fremmarsj i sykepleien som fag i Norge (Boge og Martinsen, 2006).

I sammenheng med innføringen kunnskapsbasert praksis, har og skjønnets og erfaringens plass i kunnskapsbasert praksis vært mye debattert. Debatten om skjønnets plass i pleien av pasienter, sammen spørsmål omkring hvorvidt praksis kan baseres på skjønnsmessige avgjørelser finner vi tilbake til 80-tallet da sykepleie som fag gjennomgikk en profesjonalisering (Martinsen og Wærness, 1991). Med profesjonaliseringen kom positivismen med stor fart inn i faget, og ble av mange sett på som den nye og riktige kunnskapen i følge Martinsen og Wærness (1991). De hevder også at flere opplevde det vanskelig at all kunnskap og alle gjøremål i klinisk praksis skulle dokumenteres for å kunne hevdes å være gyldig. Skjønnets og erfaringen som før hadde vært anerkjent og verdsatt, ble av mange sett på som mindreverdige kunnskap (Martinsen og Wærness, 1991).

Også med innføringen av kunnskapsbasert praksis de siste årene, har det fulgt en debatt. Den har flere likheter med debatten på 80-tallet. Debatten har i grove trekk handlet om hvordan vitenskap skal anvendes i praksis. Kan forskningsbasert kunnskap direkte overføres og standardiseres i prosedyrer? Og i hvilken grad etterleves prosedyrene, og hva påvirker graden av etterlevelse? Det har også vært diskutert hvilken kunnskap som skal veie tyngst i kunnskapsbaserte avgjørelser, og hvilken plass erfaring og skjønn skal ha i kunnskapsbasert praksis (Vandvik, 2009).

I 2010 gjorde Eiring Ø, Pedersen MS, Borgen K, Jamtvedt G (2010), en kvantitativ spørreundersøkelse i alle landets helseforetak, med hensyn til hvor mange prosedyrer det enkelte foretak hadde. Det ble også studert hvordan prosedyrene ble utviklet og implementert, hvordan kvaliteten ble kontrollert, hva prosedyrene inneholdt, og hvordan de ble brukt i praksis. Undersøkelsen viste at totalt i de undersøkte helseforetakene fantes det 126 430 prosedyrer. Utarbeidelsen og tilgjengeliggjøring av prosedyrene ble gjort på ulike måter. Kontrollen med bruk og kvalitet på prosedyrene ble også gjort på ulike måter. Konklusjonen av undersøkelsen ble at det nok gjøres mye dobbeltarbeid i helseforetakene med hensyn til utarbeiding av prosedyrer og at et samarbeid på tvers i helse-Norge nok ville være lønnsomt (Eiring et.al, 2009). Undersøkelsen gir også et bilde av at blant andre sykepleierne i praksis har mange prosedyrer og ta hensyn til i sin kliniske praksis.

Som et ledd i det videre arbeidet med å koordinere og kvalitet sikre arbeidet med prosedyrer, er det laget nasjonalt råd for utarbeiding av prosedyrer, samt utarbeidet en delekultur mellom foretakene (Fagprosedyrer.no, 2013). Helse og omsorgsdepartementet (2012) vektlegger også utarbeidelse og bruk av standardiseringsverktøy som inkluderer prosedyrer:

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal bidra til å sette beslutningstakere på alle nivåer i helse- og omsorgssektoren bedre i stand til å fatte kunnskapsbaserte beslutninger. Kunnskapssenteret utarbeider systematiske oversikter og metodevurderinger om effekt og sikkerhet av tiltak i helsetjenesten, og støtter utvikling av faglige retningslinjer og fagprosedyrer og innføring av system for vurdering av nye metoder.

I undersøkelsen til Eiring et.al (2009), ble fagprosedyre differensiert fra retningslinjer og veiledere, med definisjonen på fagprosedyre, som er:

Kortfattet, veiledende beskrivelse av aktivitet eller prosess for en bestemt pasientgruppe i en bestemt situasjon, beregnet for direkte bruk i pasientmøtet.

For å få en forståelse omkring hva sykepleierne i studien kaller prosedyreboka, vil jeg kort redegjøre for hva den inneholder. Disse beskrivelsene blir gjort på bakgrunn av egen erfaring

med samme kvalitetssystem. I den aktuelle databasen kalt «prosedyreboka», ligger varierte dokumenter, både fagprosedyrer, retningslinjer og beskrivelse av rutiner. Det dreier seg om rutiner for hvordan mottak av en pasient skal foregå, hanskestørrelse for leger, til oppdaterte og kunnskapsbaserte prosedyrer om eksterne ventrikkeldren. Prosedyrene er delt inn i kategori en og to der en er ment til å brukes på alle avdelinger, og kategori to er avdeling spesifikke, men det er åpent for bruk av disse på tvers av avdelinger og seksjoner. I tillegg er flere av sykepleierne i besittelse av ulike håndbøker med prosedyrer, som også anvendes i praksis. Det eksisterer likevel regler om hvilken prosedyre som er mest gyldig. Kategori en innad i sykehuset er mest valid, deretter kategori to, mens private prosedyrebøkene blir brukt som personlige huskelister.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

På bakgrunn av teori og erfaring har jeg valgt problemstillingen:

Hvordan erfarer sykepleiere prosessen med å bruke faglig skjønn og prosedyrer i klinisk praksis?

Forskningsspørsmål:

Hvordan erfarer sykepleierne at deres faglige skjønn påvirker bruken av prosedyrer i klinisk praksis?

I litteraturen er skjønn beskrevet med flere begreper. Jeg har valgt å støtte meg på et utvalg av det jeg mener er best dekkende for å beskrive skjønn i denne studien. Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinart (2007) beskriver skjønn som erfaringskunnskap. Erfaringskunnskap beskrives som kunnskap som utvikles ved å praktisere sykepleiefaget. Nortvedt et.al (2007), beskriver at erfaringskunnskap, også kalt skjønn, intuisjon, klinisk blikk, taus kunnskap og klinisk ekspertise, er en hjørnestein i sykepleien. Nortvedt e.al (2007) hevder at det er nettopp denne ekspertisen som er viktig i prosessen med å anvende evidensbasert sykepleie i møtet med pasienten. De hevder at det er denne ekspertisen som gjør at sykepleierne er i stand til å

ta kvalifiserte valg med hensyn til hvilken evidensbasert kunnskap som skal anvendes i hvert enkelt tilfelle.

Terum og Grimen (2009 s.13) beskriver at skjønn er en måte å resonnerer og argumentere og at det finnes god og dårlig skjønnsutøvelse. Martinsen hevder at skjønn er «nærvær-gjennom distansering». Det vil i denne sammenheng si at skjønn består av både personlige egenskaper og en faglighet. Martinsen (2003) beskriver også at skjønn læres i kliniske sammenhenger, men at det også i stor grad gjenspeiler personlige egenskaper som dyder i form av barmhjertighet, tilit og medmenneskelighet. Videre hevder Martinsen (2003) at skjønn er av gammel tradisjon i sykepleierket, og henviser til Aristoteles som beskrev skjønn som praktisk-moralsk handingskunnskap, eller personorientert profesjonalitet. Skjønn kommer til uttrykk gjennom sykepleiernes handlinger. Sykepleierne bruker alle sanser i sitt arbeid men å utøve sitt faglige skjønn i følge Martinsen (2003). Det presiseres fra Martinsen (2003) at skjønn ikke kan settes fast i begerper regler, eller prinsipper.

1.3 Formål og hensikt

Studien har som hensikt å beskrive og tolke hvordan sykepleierne erfarer og kombinerer sitt faglige skjønn med prosedyrer, og hvordan dette påvirker utførelsen av prosedyrer i en klinisk hverdag. Dette med bakgrunn i den store mengden av prosedyrer og retningslinjer, som er ment å følges, for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen.

1.4 Oppgavens oppbygning

Innledningsvis i presenteres bakgrunn og inspirasjonen bak studien, samt problemstilling og forskningsspørsmål. I kapittel to presenteres relevante teorier og studier som er aktuelle for å beskrive og forstå hovedtemaene i studien. Det vil si teori om skjønn, profesjon, kunnskapsbasert praksis, erfaring og prosedyrer. Kapittel tre omhandler metoden oppgaven er bygget på. I kapittel fire presenteres funn i studien. Kapittel frem diskuterer studiens funn i lys av relevant teori og forskning. Kapittel seks oppsummeres hovedfunn og gir pekepinn på hva som anbefales å forskes videre på i tillegg til mulig implikasjoner for praksis.

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapittelet skal jeg presentere teoretiske perspektiver og forskning gjort på denne studiens sentrale tema og begreper. Innledningsvis i studien ble det gjort søk i bibsys for å finne bøker som kunne være med på å danne et teoretisk grunnlag for videre arbeid med oppgaven. Dette var til hjelp når søkeord skulle utformes og settes i system, slik at systematiske søk ble mulig. De systematiske søkene ble gjort i samarbeid med bibliotekar. For søkeord og databaser, se, kapittel 3. Det ble også utført søk i databaser i ettertid på bakgrunn av andres referanselister.

2.1 Sykepleieren som profesjonell skjønnstøver

Det å være profesjonsutøver, hevdes av Smeby (2013) å være en som innehar kunnskap som er spesiell for et bestemt yrke. Sykepleiere er en av flere offentlige grupper med profesjonsutøvere. Som profesjonsutøver har man makt til å ta avgjørelser som påvirker andres liv i følge Terum og Grimen (2009). Profesjonsutøvere arbeider i asymmetriske forhold til sine pasienter og klienter, der disse er avhengige av den profesjonelle. profesjonsutøveren er avhengig av tillit fra pasienten for å kunne gjennomføre bestemte oppgaver (Terum & Grimen, 2009).

Terum og Grimen (2009 s. 9) skriver videre at profesjonsutøvelse foregår innenfor store og viktige samfunninstitusjoner, og at det er derfor viktig å stille spørsmål til om disse institusjonene og profesjonsutøverene til en hver tid utfører oppgavene adekvat og forsvarlig med hensyn til kunnskapsmessige, moralske, rettslige og økonomiske sider. Det er på bakgrunn av dette at kravet om at oppgavene som utføres her skal være forankret i vitenskap er kommet på banen. Her starter også debatten om «evidens» i følge Terum og Grimen (2009).

Martinsen beskriver skjønnnet som kunnskap hos en profesjonsutøver som har arbeidsoppgaver som omhandler andre mennesker (Martinsen, 2003). Skjønnnet fremstår som egenskaper i handlinger hos en omsorgsfull og reflektert praktiker. Det gir profesjonsutøveren mulighet til å utføre oppgaver i området mellom nærhet og avstand i kontakten med mennesker som trenger støtte (Martinsen, 2008).

Kirkebøen (2013) på sin side beskriver at det å bruke skjønn, og gjøre en skjønnsmessig vurdering, vil si å gjøre vurderinger på bakgrunn av erfaringer og personlig kunnskap, uten andre hjelpemidler. Kirkebøen (2013) hevder videre at intelligens, utdanning og erfaring i seg selv ikke er en garanti for utvikling av godt skjønn. Han fremhever sykepleiere som en faggruppe som utmerker seg med godt faglig skjønn. Dette mener han skyldes at sykepleiere har mulighet til å møte på samme problem flere ganger, problemene kan deles opp, de får fortløpende tilbakemeldinger, de kan bruke beslutningshjelpemidler og det aksepteres at det gjøres feil til tider (Kirkebøen, 2013). Jo flere av disse faktorene som er til stede, skriver han, desto større sannsynlighet for at godt faglig skjønn utvikles.

Kirkevold (2002) beskriver i detalj hvordan personlig kompetanse kommer til uttrykk i praktisk sykepleie. Hun hevder at den praktiske utførelsen også har en etisk faktor i tillegg til den teoretiske og praktiske kunnskapen. Dette til sammen utgjør sykepleierens praktiske handlinger. Teoretisk kunnskap består vanligvis av abstrakte og generelle teorier. Denne formen for kunnskap er som regel skriftlig nedtegnet og kan tilegnes av en hver som vil ta den i bruk (Kirkevold, 2002). Praktisk kunnskap på den andre siden er konkretisert, spesiell og har et opphav, det vil si at den er personlig. Den er knyttet til spesielle opplevelser og erfaringer, og er forbundet med dette (Kirkevold, 2002).

Kirkevold (2002) beskriver det som kunnskap som er indeksert hos den enkelte yrkesutøver. Det vil si at den er avhengig av personen som innehar den, slik også Nortvedt og Grimen (2009) hevder. Slik kunnskap kan deles ved for eksempel mester-svenn læring, der den som er svenn integrerer det mesteren formidler av egne erfaringer, inn i sin egen kunnskap. Det er vanlig å tenke at man får denne type ved å arbeide og erfare det praktiske feltet (Kirkevold 2002). Den praktiske kunnskapen krever refleksjon for å gå fra opplevelse til å bli en erfaring.

På den måten øker kunnskapen hos den enkelte, og den kan dra nytte av disse erfaringene i en lignende situasjon (Kirkevold, 2002).

Kirkevold (2002), hevder at sykepleiere ofte står i situasjoner der det er vanskelig å ta beslutninger og å ivareta alle hensyn som er nødvendige. Dette gjelder i følge Kirkevold (2002) situasjoner der verdimeslige og etiske spørsmål er inne i bildet. Disse spørsmålene kan være vanskelig å besvare. Her kommer den personlige kunnskapen hos sykepleieren frem. Resultatet av disse viser seg i sykepleierens handlinger i slike situasjoner (Kirkevold, 2002).

Nortvedt og Grimen (2009) eksemplifiserer den praktiske kunnskapen og legger til at den også finnes som skjønn, og kommer til uttrykk ikke utelukkende som praktisk utførelse, men også som bedømmelser, og vurderinger. De bekrefter og understreker også at den praktiske kunnskapen er personlig, og kan ikke skilles fra personer som innehar den spesielle kunnskapen. Denne kunnskapen er også merket av konteksten hvor den blir lært og anvendt. Den har på den måten overføringsverdi for enkeltpersoner i like eller lignende situasjoner under lignende forhold (Nortvedt & Grimen, 2009).

Nortvedt og Grimen (2009) nevner to grunner til at kunnskapen ikke kan løsrives fra personen som innehar den. De kaller det indeksert kunnskap. Den første grunnen er at det er enkeltpersonen som gjør erfaringer gjennom sine handlinger. De opplevelsene personen da får, kan bearbeides og bli til erfaringer som kommer til uttrykk gjennom for eksempel skjønn.

Den andre grunnen til denne kunnskapen blir indeksert, er at personen har lært i første person, slik at om denne personen byttes ut, vil handlingene og skjønnnet være ulikt hos den personen som settes inn, selv om konteksten er den samme (Nortvedt & Grimen, 2009). Dette støttes av Martinsen (2009), som beskriver at skjønn læres i kliniske sammenhenger, og bygger på våre etiske dyder som barmhjertighet og tillit.

Nortvedt og Grimen (2009) argumenterer for at dersom praktisk kunnskap skal defineres som kunnskap, må det gjøres kritisk refleksjon også rundt denne, slik det også gjøres rundt for eksempel kunnskapsbasert praksis. Det beskrives at den praktiske kunnskapen kan utøves på en god eller dårlig måte (Nortvedt & Grimen, 2009). Forfatterne forklarer to modeller for å

forstå forholdet mellom praktisk og teoretisk kunnskap. Den første beskrives som dominerende, og går ut på at praktisk kunnskap er utøvelse av teori. I denne modellen ses teoretisk kunnskap som primærkunnskap og den praktiske kunnskapen som et resultat av denne. Nortvedt og Grimen (2009) problematiserer dette synet på bakgrunn av at den ikke tar hensyn til at deler av kunnskapen ikke har sitt opphav i teori, og at noe av denne kunnskapen heller ikke kan begrunnes teoretisk.

Modell to beskrives som en modell der teorien kommer til etter at praksis er til stede. Teorien «flyter» på et underlag av praksis. Praktisk kunnskap blir da primær. Teorien har da sitt utspring fra praksis, og kan ikke løsrives derfra. Denne teorien kommer til etter at praktisk kunnskap er integrert hos sykepleieren og brukes til å bekrefte det som allerede er erfart. Her problematiseres faren for at praktisk kunnskap blir immun mot kritikk, og at det skjer en idyllisering av denne kunnskapen (Nortvedt og Grimen 2009).

Helsefag beskrives av Nortvedt og Grimen (2009) som et komplekst og sammensatt fagfelt. Fagfeltet favner om teori fra eksempelvis kjemi, biologi, samfunnsfag og psykologi. De beskriver helsefag som en profesjon med et formål utenfor seg selv. Faget er ikke kun til for de som har faget som profesjon, men det har stort fokus på et mål utenfor seg selv. Målet er ikke egne resultater, men å være til for en annen, og møte pasientene der de er. Utøverne av faget står til stadighet i vanskelige prioriteringer uten klare regler og retningslinjer for hvordan dette skal utføres (Nortvedt & Grimen, 2009).

Å opparbeide seg kunnskap i et komplekst fagfelt som Nortvedt og Grimen (2009) beskriver er utfordrende. Daley (2001) viser i sin studie hvordan sykepleiere tilegner seg kunnskapen i klinisk praksis. Artikkelen er en delstudiet av en større kvalitativ undersøkelse av 40 sykepleiere ansatt i både første og andrelinjetjenesten i USA. Funn i studien viste at sykepleiere lærte på ulike arenaer. Det være seg samhandling med kollegaer, i det å være en del av en institusjon, og som enkeltindivid i den kliniske hverdagen. Erfaringslæring, refleksjon i og etter handling, nevnes videre som sentrale konsept i det å utvikle og konstruere kunnskap hos sykepleiere i klinisk praksis.

Sykepleierne beskriver at de lærer best ved å plukke ut de viktigste momentene i en samhandling med pasient, for deretter å bruke det i lignende situasjoner (Daley, 2001). I utfordrende situasjoner blir også evnen til å reflektere over egen praksis utfordret, og sykepleierne beskriver at de vokser som fagfolk i etterkant av refleksjonen (Daley, 2001). I studien fremgår det videre at sykepleierne tidligere har tenkt på klinisk praksis som ferdighetstrening, men de opplever nå at praksisen som sykepleier gir dem større grad av modning og forståelse for fenomener som håp, selvrespekt, kontroll, sårbarhet, akseptering, tap og utholdenhet. Det er gjennom å forstå disse fenomenene at sykepleierne føler at de utvikler seg mest faglig og kan tilrettelegge sin praksis (Daley, 2001).

I tillegg til det å inneha praktisk kunnskap, og kunnskap til å gjøre bedømmelser og vurderinger trekker Nortvedt (2012) frem viktigheten av å ha god moralsk forankring når sykepleie utøves. Nortvedt (2012) hevder at det å ha gode holdninger, moralsk sensitivitet og at man utøver god dømmekraft, er med på å gi sykepleieren tillit. Dette er nødvendig for å få utøvd sin profesjon på en god måte.

Christoffersen (2011) hevder at daglig står profesjonsutøvere ansikt til ansikt med andre mennesker, der små og store avgjørelser skal tas. Han hevder at selv om den faglige kompetansen er til stede, blir ikke møtet nødvendigvis en god opplevelse for pasienten. Han mener det er viktig å skille de etiske komponentene ut i fra det faglige og reflektere over disse (Christoffersen, 2011).

Denne moralske sensitiviteten vil i følge Nortvedt (2012, s103), si evnen til å fange opp og gjenkjenne den moralske essensen i en situasjon. Det at sykepleierne reflekterer og samtaler om en situasjon, viser i følge Nortvedt (2012) at de har moralsk sensitivitet. Han hevder videre at moralsk sensitivitet er særlig viktig for sykepleiere som ofte møter pasienter som ikke er i stand til å uttrykke seg selv. Her kreves forståelse for den syke og hjelpetrengende fra sykepleierens side (Nortvedt, 2012).

Christoffersen (2011) utdyper den etiske kompetansen og beskriver nærmere hvorfor denne er unik. Han hevder at sykepleierne som profesjonsutøvere tar ulike avgjørelser bygger ikke bare på ulik kunnskap og erfaring, men også at den enkelte bygger sin praksis på ulike etiske

prinsipper og verdier. Han beskriver summen av disse egenskapene som dømmekraft. Dømmekraft forklares av Christoffersen (2011) som en intellektuell prosess der mange ulike egenskaper og kunnskap er inkludert. Grunnlaget for dømmekraften beskrives som kilder som består av faglig kunnskap inkludert etikk, konvensjoner og rutiner, praksis og yrkeserfaring, personlig erfaring og karakter, forbilder og eksempler og livssyn og menneskesyn (Christoffersen 2011).

For å opparbeide dømmekraft, hevder Christoffersen (2011) at det ikke bare er erfaringer fra yrkeslivet, men også erfaringer på det private plan som påvirker. Alle har individuell bagasje med seg fra tidligere ved oppstart på yrkeslivet. Det gjelder episoder fra livet generelt, personens karakter og egenskaper denne personen har iboende (Christoffersen, 2011). Som uerfaren i yrkeslivet kan man være lett å påvirke både i positiv og negativ forstand (Christoffersen, 2011).

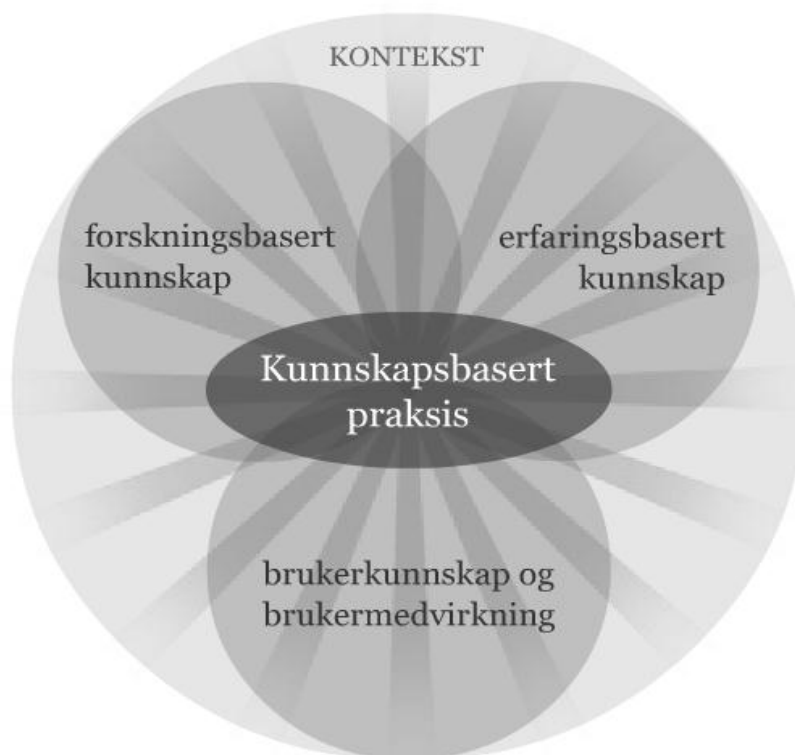
En person vil ofte ha forbilder som påvirker hvordan egen praksis blir utført. Erfarne vil gjerne være forbilde for mindre erfarne i sykepleiefaget. Dette gjør at både gode og mindre bra holdninger for eksempel kan videreformidles og bli kilde til personens dømmekraft (Christoffersen, 2011). Christoffersen (2011), hevder at å følge alle regler og oppskrifter i sitt arbeid, ikke alltid blir det etisk riktige. Han refererer til Løgstup og fremhever at jo mer vi generaliserer, jo fjernere blir hensynet til det enkelte mennesket (Christoffersen, 2011, s. 71). Det er viktig å ta de etiske hensynene til hver enkelt pasient i hver enkelt kontekst.

2.2 Kunnskapsbasert praksis

I dag er det bevegelsen for kunnskapsbasert praksis som ofte blir kalt for representanter for positivismen i sykepleiefaget (Martinsen og Wærness, 1991). Dette skjøt fart på 1990 tallet. Utbredelse og krav til kunnskapsbasert praksis henger nært sammen med kravet om kvalitetssikring. KBP skal være helse og sosialsektorens kvalitetssikring av kunnskap og metoder som anvendes i praksis (Thomassen, 2006).

For å forenkle noen av prioriteringene og oppgavene helsepersonell står ovenfor, beskriver Vandvik (2009) at det er nødvendig å ta i bruk evidensbasert kunnskap. Han hevder at evidensbasert kunnskap kan gi pålitlige svar til bruk for pasienter og klinikerne i praksis. Evidensen vil også, i følge Vandvik (2009) være et redskap i prosessen med å sikre at ressursene i helsevesenet brukes på en best mulig måte med tanke på å gjøre det som er det beste for befolkningen.

Vandvik (2009) fremhever at det er viktig å merke seg to sentrale prinsipper når det gjelder bruk av evidens i praksis. Det første er evidenshierarkiet. Evidenshierarkiet er en beskrivelse av hvilken kunnskap som blir ansett som mest gyldig. I hierarkiet settes oppsummerte oversikter over RTC studier høyest. Lenger nede i hierarkiet finner vi kvalitative studier som beskriver erfaringer hos et utvalg av pasienter. Vandvik (2009) trekker frem viktigheten av å alltid tilstrebe evidens høyest mulig oppe i hierarkiet når spørsmål skal besvares og beslutninger tas. Samtidig trekker han frem at evidens i seg selv, ikke er et godt nok grunnlag alene å gjøre kliniske beslutninger på. Han vektlegger at det er viktig å se beslutningene ut i fra en helhet slik modellen illustrerer på neste side (Figur 1).



www.kunnskapsbasertpraksis.no

Figur 1 Modell for kunnskapsbasert praksis.

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/wp-content/uploads/2012/05/KBP-modell.png>

Modellen kan gi inntrykk av at alle tre komponentene er like viktige i praksis. Forskningsbasert kunnskap blir ansett å ha større troverdighet enn erfaringer og innspill fra pasienter. Dette har bakgrunn i evidenshierarkiet. Først søkes svar på problemet via forskning, deretter kommer erfaringer hos pasienter og helsepersonell inn. Innimellom finner man ikke svar på spørsmål i forskning, og da vil de andre to komponentene i fig. 3 spille en større rolle med hensyn til beslutningen (Vandvik, 2009).

Evidensbasert praksis blir ofte oversatt til kunnskapsbasert praksis i Norge. Evidensbegrepet brukes mye i debatten om kunnskapsbasert praksis i profesjonsutøvelse. I følge Martinsen (2009) er det den nye bølgen med evidensbasert kunnskap som preger tankegangen i helsevesenet nå, det vil si resultater fra eksperimenter og laboratorium som er generalisert til å gjelde klinisk praksis. Det gis ingen kunnskap som kan omfatte det at mennesker er ulike og at de finnes individuelle variasjoner.

Thomassen (2006) beskriver også at kunnskapsbasert praksis har sitt opphav innenfor medisinsk eksperimentell forskningstradisjon, der etterprøvbarhet spiller en stor rolle. Oppsummering av dette samles i medisinske databaser hvor det skal være lett tilgjengelig for leseren, slik at klinikeren kan gå inn å oppdatere egen kunnskap. Når effekten på ulike tiltak kan måles, kan en på grunnlag av dette utarbeide standardiserte prosedyrer for behandling, basert på funn i forskning. Dette gjøres konkret ved at det settes opp lister over hvilke prosedyrer og behandling som skal tilbys pasienter med en bestemt diagnose (Thomassen, 2006). Videre nevner hun dette som svært gunstig for behandlingen av den enkelte pasient. Dette fordi hun hevder at beslutninger og behandlinger som omfatter pasienter ikke skal baseres på hver enkelt klinikers kunnskaper, erfaring og skjønn, men mest mulig omfattende «ekstern» klinisk evidens fra tilgjengelig systematisk forskning (Thomassen, 2006).

Thomassen (2006) beskriver at mye av kunnskapen som finnes i medisinske databaser er bygget på kontrollerte forsøk. Kontrollerte forsøk finner sammenhenger mellom variabler i populasjonen. Disse resultatene beskriver en gjennomsnittspasient, og behandling og tiltak baseres på dette. Her blir det ikke tatt hensyn til individuelle forskjeller i følge Thomassen (2006). I praksis møter klinikerne pasienter med individuelle behov og ulik kontekst.

Martinsen (2003) på den andre side stiller spørsmål ved at dette kunnskapsbegrepet, og en direkte anvendelse av forskning ikke er problematisert i større grad enn hva som er tilfelle (Martinsen, 2003). Martinsen (2009) mener at skjønnnet blir satt i bakgrunnen når kunnskapsbasert praksis innføres i klinikken, selv der skjønn blir sett på som viktig. Videre hevdes det at subjektivitet og klinisk skjønn marginaliseres når praksis blir regelstyrt og standardisert. Martinsen (2003) skisserer en fare for at syke mennesker blir behandlet etter generaliserte manualer, og ikke som enkelt individ. Hun understreker at det er viktig med rom for egen tenkning og refleksjon for at sykepleierne skal bli gode klinikere. Det å bruke sin kunnskap for og kunne forstå pasienten er med på trygge pasienten og få frem livsmotet. Hun fremhever at det er skjønnnet som gjør en sykepleier til en praktiker med gode handlinger, ikke evidens (Martinsen, 2003).

Som et motstykke til de som mener at det behøves stor grad av evidens for at en profesjonsutøver skal kunne ta beslutninger i praksis, mener Martinsen (2003), at i ytterste konsekvens, gjør evidensens inntog i sykepleien at vi blir opptatt av egne prestasjoner og resultater i praksis og at vi mister del relasjonelle mellom mennesker. Mennesker og sykdom kan bli sett på som varer som raskt skal gjennom et system preget av standardisering og likebehandling (Martinsen, 2003). Vi trenger fagkunnskap hvor vi kan leve i den gode, forenede motsetning mellom nærhet og avstand til den som trenger hjelp mener Martinsen (2003).

Eikeland (2003), mener også at skjønnnet bør ha en stor plass i behandlingen av mennesker. Han beskriver en hverdag der best mulig behandling ikke lenger er overlatt til den profesjonelle yrkesutøver. Han mener prosedyrer har for stor plass i beslutningsprosesser i helsevesenet, og på den måten reguleres praksis av disse. Han hevder at evidensbasert praksis ikke bare innebærer å søke mest mulig objektiv og sikker viten for anvendelse i praksis, men at den også fungerer som en ekstern kontroll og styring av praksis. Eikeland (2003) presiserer at i utgangspunktet er all kunnskap som kan informere praksis av det gode. Det er også nyttig at praksis evalueres. At det offentlige krever dokumentasjon på hvordan ressurser forvaltes er heller ikke urimelig. Innvendingene går på at kunnskapsbasert praksis har fått svært stor plass og dominans når det diskuteres hvilken kunnskap som er gjeldende i praksis.

Flynn og Sinclair, (2005) har utført en case studie med sykepleiere på akuttmottak på et stort universitetssykehus i Irland. Studien omhandler hvordan sykepleierne søker og anvender standardiseringsverktøy i praksis. På bakgrunn av studien hevder de at sykepleiepraksis ikke lenger avhenger av tradisjoner og ritualer, i stedet er det basert på forskning og empirisk evidens. Dette har resultert i protokoller, retningslinjer og prosedyrer som sykepleierne må følge. I disse teoretiske kildene er det forsøkt å ivareta de ulike aspektene sykepleie omfatter. Studien til Flynn og Sinclair (2005) viser at Sykepleierne adapterer protokollene de synes passer, og de som opphøyer egen profesjons skjønn og autonomi. Det har vært en økende grad av interesse for protokoller og prosedyrer i sammenheng med kunnskapsbasert praksis (Flynn og Sinclair, 2005). Lite forskning er gjort for å undersøke hvordan sykepleierne anvender disse i praksis. Samtidig som sykepleiefaget har vokst frem som egen vitenskap, har faget også blitt mer likt medisin enn det som først var tanken i følge Flynn og Sinclair (2005). Om dette er en realitet skulle det føre til at protokoller som utarbeides normalt vil være en

anbefaling, og at hver enkelt sykepleier blir sett på som kunnskapsrik nok til å tilpasse disse til hver enkelt pasient, og konteksten rundt (Flynn og Sinclair, 2005).

Sykepleie som fag er ikke ukjent med prosedyrer og manualer, men disse har tradisjonelt sett ikke vært bygget på vitenskap. Sykepleierne forteller at de ser på retningslinjer som en «gullstandard» for praksis (Flynn og Sinclair, 2005). Forskning viser at intensivavdelinger som anvender prosedyrer og retningslinjer som er kunnskapsbaserte, har lavere mortalitet, og mer konsistent praksis (Flynn og Sinclair, 2005). Videre skriver Flynn og Sinclair (2005), at erfarne sykepleiere i mindre grad enn uerfarne følger retningslinjer og prosedyrer. De beskriver også faren for at uerfarne ikke får opparbeidet egne erfaringer som følge av den omfattende bruken av protokoller og prosedyrer. Dette skyldes at sykepleierne kan få inntrykk av at de «slipper» å gjøre egne vurderinger når de følger en prosedyre i klinisk praksis (Flynn og Sinclair, 2005).

Rolfe, Sergott, og Jordan, (2008) har i sin studie inkludert 2726 sykepleiere i sykehus til å besvare kvantitative spørreskjemaer, et ukjent antall semistrukturerte dybdeintervju samt et fokusgruppeintervju. Undersøkelsen er gjort i Storbritannia. Funn i studien forklarer og beskriver sykepleiernes holdninger til kunnskapsbasert praksis, og hvilke kunnskapskilder som påvirker avgjørelsene sykepleierne tar i praksis. Studien peker på at den tradisjonelle tenkningen om hva som er valid kunnskap i hierarkis oppbygning, er anerkjent hos sykepleiere i praksis.

Sykepleierne bruker refleksjon og egne erfaringer når de tar avgjørelser i praksis. Videre beskriver de at det finnes uenigheter rundt hva som ligger i ordene kunnskapsbasert praksis. Konflikten kretser rundt hva som er den beste kunnskapen, og om hvilke sider av praksis den skal brukes i, og hvordan det skal brukes. Funn i studien peker på at det finnes oppfatninger om at sykepleierne kan gjøre akkurat som de vil, bare det finnes evidens for det. (Rolfe et.al, 2008). Informantene i Rolfe et.al (2008) sies å bygge praksisen sin på fire hovedelementer: Nasjonale guidelines, egen tidligere erfaring, lokale retningslinjer og pasientens preferanser. Deres egen erfaring rangerer høyt, nest etter nasjonale guidelines i studien. Egne erfaringer står i kontrast til kunnskapsbasert praksis, der forskning rangeres høyest (Rolfe et.al, 2008). Studien peker videre på at sykepleierne ser på refleksjon, andres erfaringer og intuisjon som

steder og søke evidens fra. Studien viste at til lenger arbeidserfaring sykepleierne hadde, dess mindre forskningsartikler ble lest (Rolfe et.al, 2008).

O'Leary og Mhaolrúnaigh (2011) sin studie ble gjort som en mixed methods tilnærming. Første del bestod av 29 semistrukturerte intervju gjort av sykepleiere. Deretter ble det sendt ut kvantitative spørreskjema til 1356 tilfeldig utvalgte sykepleiere. De beskriver i sin studie hvordan sykepleiere søker og evaluerer retningslinjer på internett. Internett tilbyr enorme mengder med informasjon, og tidligere forskning har i følge O'Leary og Mhaolrúnaigh (2011), vist at det er mer effektivt for sykepleiere å søke informasjonen via en god internettside, enn fra papirbasert info. Likevel viser det seg at sykepleiere stort sett bare bruker internett når de skal skrive egne oppgaver. I daglig praksis i klinikken er dette mindre brukt. Sykepleiere er mer tilbøyelige til å bruke kollegaer og deres erfaring i søken etter informasjon (O'Leary og Mhaolrúnaigh, 2011). De bruker også tid i samtale med pasienten før de gjør beslutninger i klinikken. For at websidene skal være verdifulle for sykepleierne, må de være begrenset til en kontekstbasert informasjon, og det må tas høyde for at ikke alle sykepleiere har evnene til å lese og vurdere mengder med informasjon.

I følge O'Leary og Mhaolrúnaigh (2011) la taus kunnskap grunnlaget for søkeord og søkedatabaser sykepleierne anvendte i sine søk i deres undersøkelse. Manglende kunnskap virket inn på evalueringen av søkene de fikk. Sykepleierne vurderte informasjon som passet deres praktiske kunnskap som mer gyldig, enn om informasjonen brakte frem ny kunnskap (O'Leary og Mhaolrúnaigh, 2011).

2.3 Sykepleierens bruk og tilpasning av kunnskap

Christiansen (2010) utførte en studie der 10 sykepleiere ble dybdeintervjuet om hvorfor sykepleierne nyttiggjør seg tekstbasert kunnskap i praksis. Studien viste at hyppige forandringer og kompleks kunnskap i helsevesenet, gjør at behovet for sykepleiere å ha tilgang ressurser for å oppdatere og verifisere kunnskapen sin er viktig. Hovedmålet med tekst basert kunnskap tilknyttet arbeidstedet er å sikre profesjonell kompetanse, læring og kvalitet. Christiansen (2010), sier at læring på arbeidsplassen er situert i arbeidet selv og den sosiale konteksten her. Tekst basertkunnskap ble brukt til å fylle huller mellom kunnskap og

problemer som skulle løses i praksis, til å sjekke egen kunnskap, og for å styrke sitt profesjonelle repertoar (Christiansen, 2010).

Sykepleiere er en del av en kultur der man nyttiggjør seg tekst basert kunnskap for å vite hvordan oppgaver skal utføres (Christiansen, 2010) Funn i studien viser at sykepleierne nyttiggjør seg permer og håndbøker med oppdatert informasjon. Sykepleierne føler også personlig ansvar for å holde seg oppdatert. Selv om sykepleierne sa at de hadde stor tillit til prosedyrene på sykehusets intranett, ble de sjelden brukt som en kunnskapskilde. Det hang samme med at de enten ikke var tilstrekkelig tilpasset pasientene på avdelingen, eller at de var brysomt å slå de opp på dataen. Opplevelse av et gap mellom kunnskapen her og nå, og hva de potensielt burde vite, motiverte sykepleierne til å bruke tekstbaserte kunnskapskilder. Dypere innsikt i ulike temaer kan bedre deres mulighet til å handle og argumentere profesjonelt og gjøre arbeidet mer lystbetont (Christiansen 2010).

Det beskrives ofte at sykepleierne utøver sitt arbeid i praksis. Hamran (1987), beskriver praksis som en virksomhet som omfatter mange ulike gjøremål med forskjellig funksjon og hensikt. Disse områdene kan være vanskelig å gjøre rede for. Det blir også beskrevet at kunnskapen som brukes til disse gjøremålene kan være vanskelig og både beskrive og systematisere (Hamran 1987). Sykepleiere beskrives ofte å være i besittelse av kunnskap som ikke kan videreformidles. Dette blir av mange kalt for taus kunnskap.

Taus kunnskap er en del av den profesjonelle kompetansen hos en profesjonsutøver (Smeby, 2013). Taus kunnskap avhenger av innehaverens kognitive evner, og ses på som en usikker faktor å basere faglige avgjørelser på. Derfor blir det ofte forsøkt å erstatte taus kunnskap med eksplisitt kunnskap i form av for eksempel prosedyrer og retningslinjer (Smeby, 2013). Det hevdes også at taus kunnskap i mindre grad kan overføres mellom mennesker, men at det ikke dermed kan sies at taus kunnskap ikke kan artikuleres. Taus kunnskap kan komme til uttrykk gjennom å demonstrere ulike måter å løse en situasjon (Smeby, 2013). Dette beskrives av Nortvedt (1998). Han hevder på sin side at det sanselige samspillet, sammen med den praktiske utførelsen, ikke kan betegnes som taus kunnskap. Han hevder dette er fordi denne kunnskapen enkelt lar seg vise gjennom bevegelser og håndgrep.

Alsvåg (1997), hevder at som helsearbeider blir man opplært til å se på en spesiell måte. Pasienten blir sett på gjennom et filter av kunnskap og erfaring. Det stilles også spørsmål til pasienten som preges av den forforståelsen hver enkelt helsearbeider har. Hun beskriver sanser som en stor bit av sykepleiernes observasjonsverktøy. Selv om sykepleieren i sin travelt overhører, eller overser tegn hos pasienten, vil andre sanser som lukt og det å få sanseintrykk gjennom huden komme inn til sykepleierne og gi informasjon om pasienten (Alsvåg (1997)).

Alsvåg (1997), hevder videre at det å bruke sansene i observasjoner gir gode umiddelbare inntrykk som kan falle bort dersom sykepleierne inntar en diagnostiserende holdning. Det vil si at sykepleieren bruker en av sansene om gangen, og ser kun etter tegn som bekrefter, eller avkrefter det sykepleierne er på utkikk etter. Hun eksemplifiserer dette med eksempelet der sykepleieren ser en pasient som går og ler på fortauet, han blir av en sykepleier diagnostisert som hallusinert og ikke glad (Alsvåg, 1997).

Det å fange opp pasientens situasjon krever tilstedeværelse skriver Hamran (1987). Det er ikke slik at observasjoner og prosedyrer nødvendigvis blir gjort hver for seg. Hamran beskriver at oppgavene gjøres i en kontekst av omsorg. Denne konteksten er kompleks og skal ideelt sett ivareta flere behov hos pasienten samtidig, for eksempel verdighet og trygghet. Oppgavene kan splittes opp for å lage systemer, men Hamran (1987) hevder at oppgavene da fremstår som enkeltelementer i en kompleks sykepleiekompetanse. Hun skriver videre at behandlingen ikke oppleves som god om dersom behandlingen er målet i seg selv. Hamran (1987) fremhever at sykepleierne må ha flerkontekstuell kompetanse og må kunne vurdere situasjoner fortløpende, noe som er mer enn å utøve standardisert behandling (Hamran, 1987).

Sykepleiere bruker daglig sanseapparatet sitt i klinisk praksis (Benner, Sutphen, Leonard og Day, 2010). Utfordringen for sykepleierne ligger i å bruke disse sansene i vurdering av pasientene skriver forfatteren (Benner et.al, 2010). Det beskrives at disse sansene må øves og bearbeides. Det betyr at sansene må være skjerpet for å ta inn lyd, lukt og perspireringer, men må begrenses på den måten at ikke de gir sykepleierne spontanreaksjoner som kan være krenkende for pasienten (Benner et.al, 2010).

Nortvedt (1998) hevder at det å være en god sykepleier, krever mer enn tekniske ferdigheter. Dert krever en indre forståelse for pasienten som er syk (Nortvedt, 1998). Videre skriver han at denne forståelsen ikke er noe man opparbeider seg på kort tid, men at det læres litt etter litt i møtet med syke mennesker (Nortvedt, 1998). Det er en indre forståelse for hva som er viktig for et sykt menneske. Han kaller det videre for empati, og-værer for en annen.

2.4 Skjønn og erfaring

I følge Smeby (2013) løser erfarne, også kalt eksperter, problemer raskere. Dette medfører at de får bedre tid til ikke tekniske oppgaver som kommunikasjon og planlegging. Det hevdes også at eksperter raskt oppfatter hva som er relevant i informasjonen de mottar (Smeby, 2013).

Benner (1995) har laget en teoretisk fremstilling av hvordan ferdigheter tilegnes i praksis, det vil si hva dette gjør med måten å løse utfordringer på. Teorien bygger på Dreyfus og Dreyfus, (1981), og er ment for å kaste lys over praksis, og reflektere over praksis. Den dreier seg i hovedsak om at klinisk kunnskap utvikler seg over tid, og klinikerer er ofte uoppmerksom på hva den har oppnådd.

Nedenfor er nivåene i modellen beskrevet mer detaljert hver for seg. Nivåene består av nybegynner, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert (Benner 1995).

- Nivå 1: Novise. Har ingen erfaring med situasjonen de skal jobbe i og må handle ut fra innlærte regler, prosedyrer og teoretisk kunnskap. Novisen er lite fleksibel når det gjelder å tilpasse handlinger til en enkelt situasjon (Benner, 1995).
- Nivå 2: Avansert nybegynner. Har mer erfaring med pasientsituasjoner og begynner å gjenkjenne aspekter som gir økt forståelse i situasjonen. Avansert nybegynner gjør en akseptabel innsats, men trenger hjelp til å prioritere hva som er viktig i komplekse situasjoner (Benner, 1995).

- Nivå 3: Kompetent. Handlinger og prioriteringer styres av langsiktige mål. Den reflekterer over praksis. Nivået oppnås gjerne etter to til tre år ved en avdeling. Den kompetente mangler fleksibiliteten og hurtigheten til den kyndige, men opplever å takle utfordringene i praksis (Benner, 1995).
- Nivå 4: Kyndig. Oppfatter situasjonen som en helhet og der opplevelsen av helhet ikke er tenkt ut, men ”gir seg selv” gjennom at de forstår situasjonen med bruk av langsiktig målsetting. (Benner, 1995).
- Nivå 5: Ekspert. Har ikke bruk for regler eller prosedyrer for å forstå og handle i situasjonen. Situasjonen oppfattes helhetlig. Gode analytiske ferdigheter er nødvendig ved ukjente situasjoner og når bestemte situasjoner ikke utvikler seg som erfaringen skulle tilsi (Benner, 1995).

Ekspertsituasjonene peker på at formaliseringen av arbeidet har en begrensning. Hvis man tvinger ekspertene til å følge oppskrifter, eller formelle modeller og regler, medfører det en forringing av deres prestasjoner (Benner, 1995). Ferdigheten forandres med erfaring og mestring av området. Praktisk kunnskap, må særlig på ekspertnivå, ses på som en helhet. Det er mulig å studere ekspertenes praksis, men det er utfordrende å skjematiskere og gjennomgå ekspertenes mentale prosesser (Benner 1995).

Flynn og Sinclair (2005) viste i sin studie at erfarne sykepleiere i mindre grad enn uerfarne fulgte retningslinjer og prosedyrer. De pekte også på faren for at uerfarne ikke får opparbeidet egne erfaringer på bakgrunn av den omfattende bruken av protokoller og prosedyrer (Flynn og Sinclair, 2005).

I vår teknologiske alder reduseres menneskelig smerte og nød til «løsningskrevende problemer». Sykepleierens engasjement for pasienten kan ikke gjøres om til standarderfaringer (Benner, 1995). Det er i forholdet mellom det spesielle og det generelle at utfordringen ligger, men det er også her mulighetene ligger for å anvende det erfarte i stadig nye situasjoner der erfaringen anses som anvendelig. Du får erfaring med det generelle fordi

du har sett mange pasienter, men nettopp fordi du har sett mange vet du at det generelle ikke holder i alle situasjoner (Hamran 1987). Dette medfører et stort krav til ansvar og vurderingsevne hos den enkelte sykepleier.

3.0 KVALITATIV METODE

I dette kapitlet skal jeg redegjøre for hvordan det systematiske, grundige og refleksive arbeidet med studien er gjennomført. Til dette arbeidet er det brukt en metode. En metode beskrives som en måte og nå et mål på. I samfunnsvitenskapelig metode vil det si den metoden vi bruker for å få fram informasjon om den sosiale virkeligheten, samt hvordan denne informasjonen er samlet inn, analysert og tolket (Johannesen, Tufte og Christoffersen, 2011).

I følge Johannesen et.al (2011) er det problemstillingen som bestemmer metoden. Det å beskrive metoden i en studie på en systematisk måte, er viktig for å gi leseren et transparent innsyn i studiens validitet (Malterud, 2011). Virkeligheten kan belyses fra flere perspektiver, det er derfor viktig at jeg som forsker gjør rede for min refleksivitet, da det kan ha betydning for hvilke deler av virkeligheten som kommer frem i studien (Malterud, 2011). Studien vil med andre ord bære preg av min forforståelse og beskrivelser og tolkninger vil bli farget av denne.

Kvalitativ metode har som mål og systematisk å innhente meningsinnhold i sosiale og kulturelle sammenhenger (Malterud, 2011). Videre er målet å forklare og forstå hvilke betydninger dette har for de som opplever det som undersøkes (Johannesen et.al, 2011). Dataene i kvalitativ metode produseres som i denne studien, blant annet via for eksempel intervju og observasjon omformet til tekst, før videre analyse og presentasjon som funn (Johannesen et.al, 2011). Kvalitativ metode bygger på teorier fra hermeneutikk og fenomenologi, og forskeren ses på som deltaker i prosessen med å produsere kunnskap (Malterud, 2011). For å kunne besvare mine forskningsspørsmål har jeg valgt kvalitativ metode. Kvalitativ metode har, i følge Malterud (2011), som hensikt å beskrive og analysere blant annet fenomen, karaktertrekk og innsikt i andres livsverden. Kvalitativ metode er svært følsom for konteksten de enkelte data blir hentet fra (Tjora 2010).

3.1 Design

I denne oppgaven er hensikten å beskrive og tolke hvordan sykepleierne kombinerer sitt faglige skjønn og prosedyrer i praksis. Studien har et eksplorativt design, som har som mål å beskrive og forstå nye deler av virkeligheten (Johannesen et.al, 2011). Dette er gjort med en åpen tilnærming til feltet, og med begrenset teoretisk kunnskap på forhånd.

Jeg hadde som utgangspunkt en induktiv tilnærming til studien, men i løpet av arbeidet med problemstillingen, ble jeg kjent med litteraturen, og fant temaer der som hjalp meg i utformingen av problemstillingen. I arbeidet med å finne teori som bakteppe til studien, brukte jeg vitenskapelige databaser som medline, cochrane og pubmed. (For søkeord og strategi; se Vedlegg I). For å favne bredt, men likevel direkte på det jeg var ute etter, fikk jeg hjelp av bibliotekar på mitt arbeidssted. Jeg har også brukt litteratur som jeg har funnet relevante via litteraturlister i artikler jeg har lest underveis. Noe av teorien ble brukt som en plattform og grunnlag for meg for å arbeide videre med studien, andre deler av teorien blir også brukt og diskutert i studien. Studien fikk dermed en abduktiv tilnærming. Tjora (2013), beskriver det som en tilnærming som starter i empirien, men som blir påvirket av teori underveis, eller i forkant av forskningsprosessen.

For å triangulere metoden, og styrke oppgavens empiriske grunnlag, hadde jeg i utgangspunktet, ønske om å få gjøre deltakende observasjoner i det kliniske felt. Dette ble ikke godkjent internt på det aktuelle sykehus, da det ikke ville være mulig å innhente samtykke fra alle de pasientene som eventuelt ville blitt observert i den sammenheng.

Å produsere kunnskap gjennom intervju som metode er en aktiv prosess. Her er det forskeren og den som intervjues som produserer kunnskap sammen (Kvale og Brinkmann, 2010). En slik intervjusetting er en asymmetrisk maktrelasjon, der jeg som forsker har stor påvirkning på hvilke kunnskap som kommer frem. Det krever også at jeg er åpen og lyttende under intervjuene, samt at jeg oppsummerer underveis, og får bekreftelse eller avkreftelse fra informanten (e), at deg jeg oppfatter, er det han (de) har ment. Kunnskapen som kommer frem i et intervju vil også i stor grad bære preg av hva som blir spurt om, hvilke temaer som kommer opp og hvilken kontakt jeg får med informanten (Kvale og Brinkmann, 2010).

Fokusgruppeintervju er en sosial setting der kunnskap produseres mellom intervjuer og informanter (Kvale og Brinkmann, 2010). Intervjuet som metode er spesielt god til å belyse informantenes erfaringer tanker og følelser (Dalen, 2011). Bakgrunnskunnskap innenfor temaet som skal belyses er viktig (Kvale og Brinkmann, 2010). Fokusgruppe blir også sett på som en effektiv måte å generere mye data på kort tid (Tjora, 2013). En fokusgruppe bør ha 3-12 informanter, minimum 3-6 (Tjora, 2013). Fokusgruppeintervju har som formål å få frem ulike syn på en sak, ikke nødvendigvis å komme til enighet (Malterud, 2011).

Malterud (2011), beskriver at individuelle intervju er en spesiell form for mellommenneskelig situasjon. Målet er at det er en konstruktiv erfaring, både for forsker, men også for informant. Som forsker må man tillegge seg en samtaleform og spørsmålstilling som gir informanten mulighet til ordrike beskrivelser (Malterud, 2011). Det individuelle intervjuet skal på relativt kort tid generere mye informasjon. Først som lydopptak, deretter som nedskrevne data til bruk i analysen.

3.2 Forforståelse

For at kunnskap skal kunne ses på som vitenskap, er det det viktig at det er en kritisk refleksjon i alle ledd i en studie (Malterud, 2011). Vitenskap er en metode for å fremskaffe objektiv kunnskap på en systematisk og etterprøvbar måte (Thornquist, 2012). Det er vitenskapsteorien som legger som grunnlag disse metodene (Aadland, 2011). De ulike tradisjonene innenfor vitenskapsteorien bygger på ulikt menneskesyn, ulik virkelighetsoppfatning og ulikt syn på mennesket (Aadland, 2011). I følge Thornquist (2012), er det av stor betydning at historien som ligger bak de ulike vitenskapsteoretiske tradisjonene er kjent for den som skal forske, for å forstå hva vi er et resultat av, og hva vi bevisst vil ta stilling til og videreutvikle. De ulike tradisjonene blir beskrevet som kumulative, og inneholder stadig vitenskap på et høyere nivå (Thornquist, 2012). I dette kapittelet vil jeg gjøre en refleksjon rundt eget utgangspunkt med tanke på hvordan jeg tolker og ser verden som forsker i lys av mine erfaringer; min forforståelse.

Forforståelse handler om hvilket utgangspunkt man har som forsker, og tolkningsrammene dette gir oss (Malterud, 2011). Jeg er utdannet sykepleier og forholder meg til et stort antall

prosedyrer daglig i mitt arbeid. Jeg har jobbet som sykepleier i 13 år, og startet min praksis i yrket før prosedyrene var satt i system. De bestod da mest av beskrivelse av rutiner, primært til bruk internt i avdelingen. Jeg var av den oppfattelse at disse ikke var tilfredsstillende med hensyn til kravet om kvalitet som ble presentert fra sykehusets ledelse. Jeg deltok på bakgrunn av mine meninger, i gruppen på avdelingen som hadde ansvar for å heve nivået på de interne prosedyrene. Etter hvert har antallet prosedyrer økt og i økende grad blitt basert på vitenskap. Kunnskapsbaserte prosedyrer har blitt formidlet via undervisning internt på sykehuset og blitt en del av kvalitetssystemet jeg som sykepleier må forholde meg til. Jeg har også funnet debatten om kunnskapsbasert praksis interessant. Den har jeg fulgt gjennom media og tidsskrifter, men ikke deltatt aktivt

I mitt nåværende arbeid som fagsykepleier på et stort sykehus, står jeg midt i prosessene med å utvikle prosedyrer på ulike nivåer. Jeg ser både fordeler og ulemper i måten disse påvirker sykepleiernes utøvelse av faget. Dette har gjort meg nysgjerrig på hvordan sykepleierne hos pasienten opplever prosedyrene i hverdagen, og hvordan dette påvirker de vurderinger og avgjørelser som utføres i praksis. Jeg har hatt som personlig utgangspunkt at prosedyrer styrer sykepleiernes handlinger og utvikling av kunnskap i stor grad. Uti fra dette har jeg valgt en problemstilling.

Det å være en del av feltet jeg forsker i, ga meg fordeler med hensyn til at vi bruker samme terminologi, og at jeg enkelt oppfatter poengene de ønsker å formidle. På den andre siden kan dette også ha medført at jeg har oversett nye sider av temaet, og at sykepleierne ikke har behøvd å utdype og beskrive temaene i samme grad som de måtte gjort om jeg var utenforstående. Dette kan ha gjort at produksjon av data har blitt begrenset. Det kan tenkes at jeg har tatt for gitt at de legger de samme refleksjonene som meg til grunn for de samme beskrivelsene, uten at jeg har bedt de om å utdype sine utsagn. På den måten kan jeg ha gått glipp av enkelte innspill og nye sider av saken. Med bakgrunn i min forforståelse, har det vært utfordrende å la spørsmålene i intervjuene være nøytralt ladet, slik at informantene ikke fikk inntrykk av at jeg mente at bruk av skjønn var viktigere enn bruk av prosedyrer og retningslinjer, og vice versa.

I kapittel 3.2 beskriver jeg at jeg ser på det som en fordel å være et kjent ansikt for informantene, fordi intervjuet kan få en mindre formell tone. Det er likevel flere hensyn jeg må være bevisst når forskeren oppleves som kjent for informantene. McConell-Henry, James, Chapman og Francis (2009), beskrev at dersom forsker og informant kjenner hverandre fra før, kan dette medføre at informanten forteller mer enn han hadde tenkt i utgangspunktet, for å forsikre seg om at forskeren får tilstrekkelig med beskrivelser til sin studie, og på den måten forsøke å være en «god» informant. For å unngå dette beskrives det videre at det er viktig at forskeren avklarer sin rolle for informanten innledningsvis. Dette mener jeg er relevant også i min studie. Informasjonen sykepleierne gir til meg, skal ikke brukes til noe annet enn å besvare studiens problemstilling.

Informantene kan ha forventninger om at jeg skal ta informasjonen videre, for så å løse utfordringer de beskriver, eller for eksempel utarbeide prosedyrer på oppgaver de mangler. Dette er ikke tilfelle, og bør eksplisitt uttales i forkant. Rolleavklaring kan også hindre at informantene utelater informasjon, fordi de har antagelser om at en kjent forsker har samme kunnskap om temaet som de (McConell-Henry et.al.2009).

I følge Kvale og Brinkmann (2010) er det viktig å gjøre bakgrunn, hensikt og formål med studien kjent for deltakerne. Innledningsvis i alle intervju brukte jeg også tid på å forklare min rolle i den aktuelle settingen. Jeg sa i fra at opplysningene informantene kom med, ble behandlet anonymt og at informasjonen som kom frem ikke ville få betydninger i praksis i form av nye prosedyrer, eller endringer i eksisterende. Jeg ga også informasjon om at informantene hadde mulighet til ikke å svare på alle spørsmål, dersom det var ønskelig. Videre opplyste jeg om at jeg nok ville stille spørsmål og be om utdypende beskrivelser fra informantene om tema, selv om jeg hadde kunnskaper om det aktuelle fra før. På den måten ville jeg få bekreftet, eller avkrefte mine egne antakelser om temaet.

3.3 Valg av arena, rekrutering og utvalg

Konteksten for studien, var som beskrevet et universitetssykehus på Østlandet. Avdelingene som ble plukket ut, var avdelinger jeg hadde kjennskap til gjennom sykehusets kvalitetssystem. Det vil si at jeg visste at de hadde mange prosedyrer å forholde seg til, og at

prosedyrene var komplekse, detaljerte og svært ulikt utformet fra avdeling til avdeling, Dette er spesialiserte avdelinger med sykepleiere som både arbeider på sengepost, og på intermediærenheter. Dette gjør at de har et bredt repertoar av prosedyrer som skal utføres. Det være seg alt fra fotbad til stell av arteriekran. Avdelingene hadde mange ansatte, med erfaring fra måneder til over 40 år. Alle avdelingene behandler alvorlig og kritisk syke pasienter. Avdelingene har kort liggetid, noe som gjør at de har kontakt med stadig nye pasienter. Dette krevde stor grad av tilstedeværelse og observasjoner av pasienten.

Jeg vurderte det dithen at jeg ville ha en fordel som forsker på avdelinger hvor jeg var et ansikt de hadde sett før. Både med hensyn til tilgang på informanter og med hensyn til å få dempet den formelle tonen i intervjuene, og skape en god og trygg stemning i utførelsen av disse.

Prosjektet ble gjennomført på et universitetssykehus på Østlandet. I forkant av innsending av prosjektbeskrivelse og prosjektplan, kontaktet jeg godkjenningsorganet ved sykehuset for å informere om at min søknad ville komme, og prosjektet innebar. Godkjenningsorganet ved sykehuset presiserte at dersom pasienter direkte eller indirekte kunne bli observert, måtte disse samtykke til dette, selv om fokuset i studien var sykepleierne. Avdelingene jeg hadde søkt tilgang i ble kontaktet muntlig med spørsmål om de mente dette ville la seg gjennomføre. De vurderte det dit at dette ville være vanskelig å få dette til, da sannsynligheten for at noen av pasientene ikke ville ha samtykkekompetanse ville være stor. Prosjektsøknad og prosjektbeskrivelse derfor sendt uten spørsmål om deltagende observasjon. I etterkant av at prosjektet var godkjent av godkjenningsorganet ved sykehuset(Vedlegg II), mottok avdelingene jeg ønsket tilgang til brev med spørsmål om deltakelse i prosjektet (Vedlegg III).

Etter at avdelingene hadde godkjent min tilgang til feltet, og listet opp informanter som kunne være aktuelle, fikk informantene egne brev om prosjektet, satt opp etter personvernombudets standard for informasjon i forbindelse med forskning (Vedlegg IV). Seksjonsleder på den enkelte avdeling hadde ansvaret for å foreslå informanter de mente kunne fylle mine inklusjonskriterier. Innledningsvis ble det gjennomført to fokusgruppeintervju. Disse ble gjennomført på to ulike avdelinger. Produksjonen av kunnskap og meninger svarte i liten grad til forventningene mine med hensyn til fokusgruppeintervjuene. På bakgrunn av det bestemte

jeg at jeg ville supplere med 4 individuelle intervju. Disse ble utført på samme avdeling som det andre fokusgruppeintervjuet. Alle intervjuene ble gjennomført fra begynnelsen av januar til midten av februar.

Jeg har valgt å gjøre et strategisk utvalg for å produsere kunnskap om problemstillingen fordi det var interessant å velge personer som hadde tanker og erfaringer rundt temaet, og som var villig til å dele det med meg. Malterud (2011) og Johannesen et.al (2011) beskriver strategisk utvalg som utvalg som kan gi adekvate beskrivelser med hensyn til å få belyst problemstillingen. Gruppene i utvalget for studien har ulik arbeidserfaring og ansiennitet for å belyse bredde og variasjon. Dette ga meg mulighet til å belyse om erfarne og uerfarne hadde ulike meninger og opplevelser rundt problemstillingen En av avdelingene fikk i oppdrag å finne informanter som ble definert som uerfarne i avdelingen, og de to andre skulle finne informanter som ble definert som erfarne i avdelingen.

Tabell 1 Informantene skjematisert fremstilt.

Ansenitet i år	Kjønn	Intervju
3	Kvinne	Pilot
6	Kvinne	Pilot
1	Kvinne	Fokusgruppe 1
2	Kvinne	Fokusgruppe 1
0,5	Mann	Fokusgruppe 1
43	Kvinne	Fokusgruppe 2
30	Kvinne	Fokusgruppe 2
8	Kvinne	Fokusgruppe 2
6	Kvinne	Fokusgruppe 2
6	Mann	individuell intervju
14	Kvinne	Individuell intervju
8	Kvinne	Individuell intervju
35	Kvinne	Individuell intervju

3.4 Utvikling av intervjuguide

Ulike intervjuere kan i følge Kvale og Brinkmann (2010), bruke en intervjuguide på ulike måter. Det er intervjuerens oppfattelse av hva som blir sagt som styrer videre bearbeiding og analyse av data (Kvale og Brinkmann, 2010). I denne studien er det brukt en semistrukturert intervjuguide. Semistrukturert intervjuguide er en guide som i følge Malterud (2011) har emner og temaer i stikkordsform som er ment å gjennomgå i intervjuet. I min prosess med å utvikle intervjuguiden, la jeg til grunn hvorvidt guiden var et egnet verktøy med tanke på om informantene forsto spørsmålene og kom med detaljerte beskrivelser rundt de ulike temaene.

Innledningsvis hadde jeg laget en semistrukturert intervjuguide, med stikkord under hvert av temaene som en huskeliste til meg selv som uerfaren intervjuer (Vedlegg V). En semistrukturert intervjuguide er en guide som legger grunnlaget for en planlagt men fleksibel samtale (Kvale og Brinkmann, 2010). Guiden ble på bakgrunn av pilotintervjuet beholdt i sin opprinnelige utgave, fordi den bidro til gode beskrivelser omkring temaene. I begge de påfølgende fokusgruppeintervjuene, ble beskrivelsene noe ordknappe, og informantene responderte ikke som forventet på intervjuguiden. Noe av grunnen til dette var sannsynligvis måten spørsmålene var formulert på.

Som innledning til intervjuet, og for å ha tilnærmet samme utgangspunkt for samtalen, spurte jeg derfor om hvordan informantene ville definere skjønn. Det viste seg å være vanskelig å definere. Selv om gruppa etter hvert ble enig om en definisjon som ga mening under intervjuet, virket det som defineringen ble tatt med videre inn i diskusjonen som et forstyrrende element, og de ordrike fortellingene uteble. Mangelen på informative beskrivelser fra praksis kan også ha sammenheng med at skjønn er personlig, og at dette opplevdes som sensitivt å utlevere sine arbeidsmåter for kollegaer. Eller at skjønn er et ord som er lite brukt i praksis. Jeg gjorde tilpasninger før de individuelle intervjuene (Vedlegg VI). Det innebar at jeg unnlot å spørre om skjønn, men ba informantene beskrive hvordan de arbeidet praktisk og hvordan de gjorde vurderinger. Slik ble skjønnet indirekte beskrevet gjennom synonymer som vurderinger og dømmekraft. Denne justeringen bidro til ordrike og detaljerte beskrivelser som har hjulpet meg til å besvare problemstillingen.

3.5 Gjennomføring

3.5.1 Fokusgruppeintervju

En av utfordringene ved å gjennomføre fokusgruppeintervju, var å skape en trygg atmosfære, og å få alle deltakerne til å komme med sine meninger og opplevelser. For å tilstrebe trygghet i forkant og under intervjuet, fikk informantene i brevet om deltakelse også informasjon om temaet for studien. Et annet tiltak for å skape trygg atmosfære kan i følge Tjora (2013), være å sette sammen homogene grupper. Det ble gjort her. Deltakerne i denne studien var fra samme arbeidssted, relativ lik erfaring og samme yrke. Stedet for intervjuet var også kjent for informantene.

Ulempen med fokusgruppe kan være at intervju utskriftene kan få et kaotisk preg (Kvale og Brinkmann 2010). Det ble få diskusjoner i gruppa under intervjuet. I begge gruppene fremstod en av deltakerne som «leder». Denne «lederen» ble avgjørende for hvilke meninger gruppa hadde og for hvilke temaer som kom opp. Jeg klarte ikke å engasjere alle medlemmene i gruppa i like stor grad. Jeg fikk heller ikke bragt inn alle mine oppfølgingsspørsmål Dette kan henge sammen med at jeg er uerfaren som moderator. Intervjuene tok ca 60 min. De ble gjennomført i løpet av to uker i januar.

3.5.2 Individuelle intervju

Informantene som deltok i de individuelle intervjuene, hadde også mulighet til å forberede seg på temaet de skulle intervjues rundt på samme måte som i fokusgruppeintervjuene. De opplevdes svært opptatt av mine spørsmål og av å svare korrekt på disse, på tross av at det ble presisert at det ikke fantes fasitsvar, og at det var deres oppfatninger og beskrivelser jeg ville høre. Det er viktig at forskeren arbeider bevisst under hele intervjuet med å gjøre det mindre formelt, men fortsatt beholde seriøsiteten (Tjora, 2013). For å få atmosfæren til å virke avslappet, arbeidet jeg bevisst med egen fremtoning og måte og stille spørsmål på. Jeg inntok en aktivt lyttende holdning, og forsøkte å unngå konfronterende spørsmål. Intervjuguiden ble brukt som en temaguide for det jeg ville belyse. Den fungerte nærmest som en huskelapp for

meg som moderator. Det ble stilt ulike oppfølgingsspørsmål for å få belyst temaene tilstrekkelig. Disse spørsmålene varierte naturlig nok fra intervju til intervju. Intervjuene ble dermed en situasjon der informantene kunne dele sine synspunkter, uten tanke for hva som var riktig eller galt svar, og tilsynelatende følte informantene seg bekvem.

De individuelle intervjuene besto av fire ulike informanter, intervjuet over et tidsrom på to uker i februar. Ingen av intervjuene ble foretatt samme dag. Utover disse intervjuene har jeg inkludert pilotintervjuet bestående av to sykepleiere fra eget arbeidssted. Dette intervjuet ga mye relevant informasjon som beskrevet tidligere. Tjora (2013) beskriver at alle informantene representerer først og fremst seg selv i sine uttalelser, men kan i analysen komme frem som et syn, eller posisjonen med hensyn til problemstillingen.

Avdelingene la til rette for at intervjuene skulle gå uforstyrret hen. I ett av de individuelle intervjuene ble det et avbrekk i selve intervjuet på grunn av at sykepleieren måtte svare på spørsmål om sin pasient. Jeg noterte temaet der vi stoppet, og tok intervjuet videre derfra. Dette ble uproblematisk for innholdet i intervjuet.

Jeg har brukt lydopptager under intervjuene, En forskningsassistent noterte nonverbal kommunikasjon i fokusgruppene. Tjora (2013) skriver at det er viktig at informantene har mulighet til å trekke seg under intervjuet, trekke tilbake sitat, be meg skru av lydopptaket og utelate og dele sin mening om enkelte temaer under intervjuet. Denne informasjonen fikk de skriftlig via rekruteringsbrevet, og jeg repeterte det muntlig i forkant av intervjuet.

Jeg avsluttet rekrutteringen av informanter når jeg erfarte at jeg hadde tilstrekkelig beskrivende data til å belyse problemstillingen. Målet med kvalitative intervju er ikke nødvendigvis og nå et metningspunkt for data, men at det samles nok data til å belyse problemstillingen fra ulike synspunkt og beskrivelser (O'Reilly, Parker, 2013).

Etter transkripsjon av intervjuene ble lyd materialet slettet. Samtykkeerklæringene ble oppbevart innelåst og makuleres etter studien er over. Informantene leste ikke igjennom intervjuene etter transkripsjonene.

3.5.3 Pilotintervju

Innledningsvis ble det gjort et pilotintervju. Deretter fortsatte jeg med å intervju to grupper, bestående av henholdsvis tre og fire personer fra to ulike sykehusavdelinger på samme sykehus. Antall informanter i fokusgruppene ble noe redusert i forhold til hva som var ønskelig fra min side, da det var vanskelig å frigjøre flere enn henholdsvis tre og fire sykepleiere fra arbeidet i avdelingen. Ingen informanter ville møte opp på fritiden for å gjøre intervju.

Pilotintervjuet ble gjennomført med to kvinnelige kollegaer på mitt arbeidssted. Hensikten med pilotintervju er i følge Kvale og Brinkmann (2010) å teste hvordan spørsmålene i guiden forstås og hvilke temaer som er sentrale i intervjuet. Mitt pilotintervju ga meg detaljerte data, og pekte på enkelte områder jeg ønsket å fokusere ekstra på under de neste intervjuene. Det var blant annet pasientens innflytelse på prosedyrene. Intervjuet ble utført i arbeidstiden på et møterom i avdelingen. Intervjuet gikk uforstyrret hen. Intervjuguiden ble ikke endret etter intervjuet (se kap.3.4).

3.6 Transkripsjon

Intervjuene ble transkribert fortløpende av meg. Kvale og Brinkmann (2010) beskriver at gjennom å transkribere lærer man å kjenne intervjuene. Den inngående kjennskapen til kunnskapen som var produsert tok jeg med videre. Jeg fant det utviklende, men dog krevende å transkribere straks etter at jeg hadde gjennomført et intervju. Jeg gjorde transkriberingen ferdig før jeg gjennomførte neste intervju. Gjennom å lytte til egen stemme og måte å formulere meg på ble jeg mer bevisst min rolle i intervjuet, og måten jeg stilte spørsmål på. Det ga meg også muligheten til å vurdere enda en gang om spørsmålene gav den responsen jeg ønsket. Jeg ble godt kjent med eget materiale gjennom å gjøre tale om til tekst.

Intervjuene ble transkribert ordrett, men pauseord som øøøø, æææ og lignende ble utelatt, men det ble beskrevet at informanten for eksempel tar lang pause før han svarer. Hvert intervju ble lagret som et individuelt dokument, med nummer for hvilket intervju det var i

rekken. Alle data ble anonymisert og dersom informantene nevnte personnavn eller spesifikke stedsnavn i intervjuene ble dette skrevet om slik at disse ikke kan spores tilbake.

3.7 Analyse

I den videre analysen av de transkriberte tekstene brukte jeg elementer fra hermeneutikken. Hermeneutikken var opprinnelig fortolkningslære og fortolkningskunst, og hermeneutikkens objekter er først og fremst tekster (Thornquist, 2012, s. 139). Bevisstheten om hvordan tekster skal tolkes for å gi mening er viktig i denne studien, da data, både fra gruppeintervju og individuelle intervju ble omgjort til tekst før tolknings- og analyseprosessen, og dermed er med på å lage bro mellom empiri og teori.

Empiri kan beskrives som data fra virkeligheten, selv om empirien ikke representerer hele virkeligheten (Johannesen et.al, 2011). Empirien beskriver forskerens erfaring med virkeligheten, som for eksempel ved et referat fra et møte. Ikke alt som skjer på møtet blir referert, men det referenten mener representerer møtet blir beskrevet (Johannesen et.al, 2011). Beskrivelsene av empirien avhenger også hva forskeren har som fokus. Teori handler om generell kunnskap og antakelser omkring virkeligheten (Johannesen et.al, 2011). Det er mine resultater i empirien som skal underbygges og diskuteres med allerede eksisterende kunnskap om temaet eller om deler av temaet. På den måten ses en sammenheng mellom teori og empiri.

Hermeneutikken vektlegger at mennesket alltid har en forforståelse. Det vil si at vi alltid og allerede vet, eller mener noe om temaet vi skal forske på (Thornquist, 2012). Malterud (2011), beskriver at forfatteren må bevisstgjøre sin forforståelse, da dette er med på å bestemme hvilke deler av det undersøkte feltet som blir undersøkt og hvilke deler som blir gjengitt. Den hermeneutiske sirkel er en måte å forstå hvordan vi lærer om deler og helhet (Thornquist, 2012). Hver gang vi forstår en del som en bit av virkeligheten, vil nye deler av virkeligheten vise seg, og nye spørsmål om helheten vil komme (Thornquist, 2012). For å få flest mulig biter av helheten omkring min problemstilling, hadde jeg behov for å supplere gruppeintervju med individuelle intervju. Min oppgave blir deretter å beskrive informantenes stemme fra

datainnsamlingen som kunnskap om temaet, uten å vurdere om det er sant eller usant (Malterud, 2012).

3.7.1 Helhetlig lesing

For å konkretisere og gjøre den hermeneutiske tilnærmingen til deler og helhet i teksten systematisk, har jeg i analysen lat meg inspirere av Kvale og Brinkmanns (2011) måte å analysere transkripsjoner på. Etter at alle sju intervjuene var transkribert, leste jeg igjennom alle for å danne meg et helhetlig bilde. Jeg ble også kjent med helheten gjennom selve transkriberingen, slik at analysen av intervjuene startet allerede her, under transkriberingen. Den innledende lesingen ga meg tanker, assosiasjoner og et bilde av hva intervjuene dreide seg om i sin helhet. Stikkord fra denne prosessen ble notert i eget dokument til bruk i senere tid.

Eksempler:

Tenker selv

Gjør egne vurderinger

Etisk holdning til pasienten

Selvstendige fagpersoner

Mange prosedyrer

Erfaring er viktig

Prosedyrer er kunnskap

Disse notatene ble lite brukt slik de var formulert innledningsvis, da de tok for store steg i materialet, slik at jeg mistet betydelige detaljer. Den videre lesingen var mer fokusert. Et eksempel var å se etter mer spesifisering av hvordan ”gjøre egne vurderinger” kom til uttrykk i materialet. Det innebar en koding ved hjelp av fargemarkering og tentative overskrifter:

3.7.2 Innledende kategorisering

Deretter leste jeg teksten igjen på tvers av intervjuene og kodet meningsbærende utsagn med farger og empirinære overskrifter. Det vil si overskrifter som var illustrerende utsagn fra informantene under intervjuene. Disse overskriftene sa i større grad noe om tekstens innhold enn de første stikkordene gjorde, men representerte fortsatt biter av virkeligheten. Den innledende kodingen ble diskutert med veileder og medstudent i gruppe. Det ble totalt 42 overskrifter, Teksten under overskriftene ble kodet med farge. Samme farge hadde lignende innhold. Dette ga meg en pekepinn på at flere av overskriftene hadde temaer som belyste ulike sider av samme sak. Fargekodingen ble med andre ord sammenfattende i forhold til mer differensierte tematiske overskrifter. Dette ble lagret i eget dokument før neste steg i analysen.

Eksempler på overskrifter med samme fargekoding:

Prosedurens påvirkning i hverdagen: gul

Nei, sånn er det ikke! En pasient som skulle reise i dag har blitt utsatt tre ganger, fordi den medisinske situasjonen har forandret seg flere ganger, og da blir hun her litt lenger. Det er veldig pasientrettet alt vi gjør føler jeg... Det er ikke noe prosedyrerettet, mer pasientrettet.

Nyansatte er mer opptatt av å få gjennomført prosedyrer i løpet av vekten. Det blir nesten motsatt etter hvert. Man lar erfaringen styre hverdagen og pasienten medvirker i større grad. Jeg er ikke så opptatt av de prosedyrene, jeg synes ikke det er det som er det viktigste sykepleien gjør...

Egne vurderinger avgjør om prosedyren skal følges: gul

I: Når du skal utføre disse prosedyrene da, utfører du de alltid til punkt og prikke?

Så å si gjør jeg jo det, det gjelder noen mer enn andre. Hvis det er prosedyrer som omhandler utstyr som kan gjelde liv om du gjør det feil, så følger jeg den mer slavisk enn om det ikke er så viktige ting som stell liksom.

I: *Hva tenker du når du ikke følger prosedyren?*

Man gjør en faglig vurdering på om det er forsvarlig å fravike. Man kan ikke gi to paracet til etter en time for di pasienten fortsatt har vondt. Men man forsøker å tilpasse innenfor visse grenser så langt det lar seg gjør».

Hvordan gjør sykepleieren seg kjent med pasienten: blå

I: *Kan du fortelle meg litt om hvordan du legger opp arbeidet ditt når du kommer på vakt?*

Førts får jeg jo rapport da... muntlig før jeg går inn på overvåkningen. Resten avhenger jo litt av om jeg kjenner pasienten eller ikke... hva jeg gjør som neste trekk liksom... Kjenner jeg pasienten går jeg direkte til senga og hilser, om det er en ny pasient vil jeg nok bruke litt tid på å lese meg opp først. Jeg leser jo på kjente også da, men da blir det liksom sånn siste døgn og tidligere på dagen som er mest interessant. Nye pas bruker jeg lenger tid på, da leser jeg journal og sykehistorien til pasienten.

I: *Er det andre ting du sjekker før du hilser på pasienten?*

Nei egentlig ikke, kanskje operasjonsskjemaet og overvåkning skjemaet for å få status pr. nå. Også scoop som den er tilkopleet der og da. Det vil jo være det aller første man sjekker, eller ser da selvfølgelig.

Observerer uten prosedyre: blå

I: *Gjør du noen spesielle observasjoner av pasienten sånn umiddelbart når du komme inn?*

Ja, det går jo av seg selv. Jeg ser jo farge, om den puster, våken, leie osv. Høyt i seng vil jo kanskje indikere pustevansker, eller en veldig sprek pasient for eksempel. Jeg ser jo også om det ser ut som han har det ubehagelig eller greit.

I: *Har du noe sjekklister eller noe prosedyre du følger da?*

Neeei, egentlig ikke. Det tror jeg ikke vi har.

I: *Ville det vært utenkelig å kunne ha noe sånt?*

Ja, det er jo bare noe man må kunne som sykepleier. Det kan være vanskelig som nyutdannet, men da blir det heller sånn at man observerer for ofte, og helt ned til fotsoppen liksom, man blir litt mer laidback med åra, mer opptatt av viktigere ting.

I: Hva er det da som avgjør at du observerer det ene før det andre da?

Nei, det er vel det at jeg ser etter det livsviktige førts. Det åpenbare lar seg jo ikke ikke observere. Jeg tenker som sykepleier er du jo programmert til å observere. Man er jo alltid på jakt etter problemer man skal løse. Det er jo selve jobben.

Denne fasen i analyseprosessen kan relateres til hva Kvale og Brinkmann (2010) karakteriserer som informantenes selvforståelse

3.7.3 Sammenfattende kategorisering

Kvale og Brinkmann (2010) advarer mot å se på intervjuene som transkripsjoner, de mener at intervjuet fortsatt er levende selv om det omgjort til tekst. Denne tankegangen var til god nytte når jeg skulle gjennomføre den sammenfattende kategoriseringen. Her ble det foretatt en ny gjennomlesning av intervjuene i sin helhet. Målet var å sette bitene fra forrige ledd sammen til en ny helhet. Dette gjorde at jeg oppdaget nye sammenhenger og meninger med hensyn til hva som var overordnet og underordnet av de 42 tentative overskriftene.

Overskrifter som «Prosedyrens påvirkning i hverdagen og «Egne vurderinger avgjør om prosedyren skal brukes», hadde flere likheter ved nærmere lesning. «Prosedyrens påvirkning i hverdagen» handlet om hvordan prosedyrene påvirket måten sykepleierne la opp dagen rundt pasienten. Den omhandlet også episoder hvor informantene fortalte om at de hadde trosset prosedyrer for å fremme pasientens beste. «Egne vurderinger avgjør om prosedyren skal brukes», handlet om hvordan sykepleierne vurdert om de skulle bruke prosedyrer, og i tilfelle på hvilken måte. «Observerer uten prosedyre», handlet om at sykepleierne observerte med alle sanser i hvert eneste møte med pasienten. Under overskriften «Hva bruker sykepleieren for å gjøre seg kjent med pasienten?» ble det også fortalt om observasjoner og hvordan disse foregikk. I denne fasen i analyseprosessen skal man, i følge Kvale og Brinkmann (2010,), se teksten i lys av undersøkelsens formål. Jeg vurderte her på nytt hva funnene viste i forhold til min problemstilling.

Deretter startet jeg på arbeidet med å presentere de endelige resultatene fra intervjuene. Dette kalles i følge Kvale og Brinkmann, (2010), kritisk forståelse. Her gjorde jeg sammenfattende, fortolkede beskrivelser av meningsinnhold fra informantene basert på min kritiske forståelse utover det informantene hadde uttrykt under intervjuene. Dette ble underbygget med illustrerende utsagn. Oppgaven min ble her, i følge Kvale og Brinkmann (2010), å se helheten i det som er sagt, og finne meninger og struktur som ikke er fremtredende ved første gjennomlesning. I dette stadiet fikk detaljer en større betydning enn ved første gjennomlesning og de andre sorteringene. Likevel var det viktig for meg å finne mønstre og nyansene av disse, enn å beskrive alle små variasjoner i empirien. Det vil si at jeg ikke fant det relevant å beskrive de små variasjonene det var i sykepleiernes måte å observere på, men heller hvordan observasjoner var viktig i sykepleiernes arbeid. Jeg brukte også tid på å sjekke utsagnene med de opprinnelige intervjutranskripsjonene med hensyn til sammenhengen i utsagnene. Dette gjorde jeg for å kvalitetskontrollere mine egne tolkninger.

Eksempel:

Prosedyrer som kunnskapskilde

I sin kliniske hverdag beskrev informantene at de brukte prosedyrer som en kunnskapskilde og et redskap til å kontrollere egen kunnskap, både i forkant og i etterkant av en prosedyre. De fant frem de ulike prosedyrene via sykehusets database, eller leste den etter at den var skrevet ut og gjort tilgjengelig i papirform. Det ble også beskrevet at enkelte avdelinger brukte prosedyren som utgangspunkt for undervisning og seminarer, da særlig ved implementering av nye, eller oppdatering av gamle prosedyrer. Prosedyren var også en kilde til å oppdatere og repetere sin egen kunnskap dersom man hadde vært borte fra klinisk praksis i perioder:

Jeg sjekker stadig. Bare sånn for å få en sånn oversikt. Man glemmer fort småting. Og selv om man har gjort ting mange ganger så er det forandringer. Og ting jeg ikke har gjort på lang tid sjekker jeg prosedyreboka.

Skjønn i gjennomføring av prosedyrer

En annen side av arbeidet som også ble belyst, var der prosedyrer ikke strakk til, eller at prosedyrer ikke fantes. De beskrev da at de bruker egne fortløpende vurderinger og kunnskap, og koplet teori med tidligere erfaringer for å fylle inn gapene der prosedyrene ikke var til hjelp. En av informantene beskrev en episode for å belyse at selv om han hadde prosedyrer for en konkret oppgave som innleggelse av urinkateter, hadde prosedyren begrensninger med hensyn til de ulike hendelsene som kunne skje hos pasienten etter at dette var er innlagt:

..... var det ikke kommet noe urin...? Etter å ha tatt en skjønnsmessig vurdering og funnet ut at her er det noe galt, skanner jeg blæra, så viser det seg at kateteret er gått tett. Jeg tenker at jeg bruker skjønn.

Betydning av erfaring

Informantene beskrev flere ganger at måten å bruke prosedyrene på forandret seg med erfaring. De forklarte at som uerfaren begynner man som novise i sykepleierket. De opplevde at som uerfaren kan man høste av erfarne sykepleieres erfaringer, men de presiserte også at sykepleierne selv må ta ansvar for å opparbeide egne erfaringer.

De må begynne på scratch sammen med en erfaren sykepleier som da prater om sine erfaringer til dem. Så blir det ofte sånn at man interesserer seg for spesielle diagnoser og blir ekstra god og erfaren på det. Men alle må jo likevel bruke seg selv i det og se og ta på pasienten for å oppdage tidlige tegn.

Etter de ulike analysetrinnene endte jeg opp med funn kategorisert under syv overskrifter, slik det fremgår av kap. 4.

3.7.4 Drøfting av funn

I følge Kvale og Brinkmann (2010) innebærer den siste fasen at funn settes inn i en teoretisk sammenheng. Det innebærer å diskutere funn i lys av relevant teori og andres forskning. En innledende og fortløpende tilegnelse av teori har gitt meg nye perspektiver, og bidratt til en videre teoribasert fortolkning av funnene, slik det fremgår av kap 5.

3.8 Validitet, overførbarhet og reliabilitet

Validitet er knyttet til om funn i studien faktisk er svar på de spørsmålene vi forsøker å stille. I samfunnsforskning er det som oftest en kommunikativ gyldighet som beskrives. Det handler om forskeren klarer å kommunisere sin forskning ut til andre (Tjora, 2013). Kvale og Brinkmann (2010, s.258), beskriver kommunikativ gyldighet som kunnskap som oppstår når motstridene argumenter blir diskutert i en samtale. Kvale og Brinkmann (2010), hevder at valid kunnskap er kunnskap som er troverdig nok til at andre forskere kan bygge videre på den i egne arbeid. Videre bygger gyldighet på at forskeren har forholdt seg vitenskapelig til aktuelle teorier og perspektiver og har oversikt over tidligere forskning gjort på samme tema (Tjora 2013). Validitet skal gå som en rød tråd i alle studier for å sikre at metoden som brukes, er den riktige til å beskrive akkurat den aktuelle problemstillingen (Kvale og Brinkmann, 2010).

For å sikre validitet i denne oppgaven, har jeg benyttet ulike intervjuformer for å få belyst problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg gjorde også tilpasninger i intervjuguiden som beskrevet, da den opprinnelige guiden ikke bidro til gode nok svar på de spørsmålene jeg ønsket å stille. Det ble også gjort oppsummeringer underveis i fokusgruppeintervjuene for å sjekke at vi var enige om at det jeg oppfattet var det som faktisk ble sagt, som Malterud, (2011) beskriver som en av faktorene for å sikre validitet.

Hver fokusgruppe var homogent sammensatt med tanke på erfaring i den aktuelle avdeling. Gruppene bestod av deltakere som ble definert henholdsvis som erfarne og uerfarne på sitt arbeidsted. Dette ble tilstrebet med bakgrunn i teori om at skjønn tar tid og utvikle, og for at gruppen skulle ha en bedre forutsetning for å prate om skjønn på en måte deltakerne forstod. Heterogene grupper ville sannsynligvis også fungert og produsert ny kunnskap om temaet. Det er nærliggende å tro at en slik gruppe kunne ha gitt en større diskusjon rundt temaet, og da særlig med hensyn til erfaringens betydning.

Reliabiliteten skal også forekomme som en løpende kvalitetssikring gjennom hele studien. Reliabiliteten henviser til om resultatene i oppgaven kan fremskaffes ved et annet tidspunkt ved andre forskere på et gitt tidspunkt (Kvale og Brinkmann, 2010).

Reliabiliteten er ivaretatt gjennom å være åpen og beskrivende om alle faser i oppgaven. Metoden og fremgangsmåten har vært diskutert med veileder og medstudenter i flere omganger. Slik mener jeg at studien er konsistent og pålitelig.

Studien har sin begrensning ved at den bare sier noe om hvordan dette oppleves i spesialisthelsetjenesten sin særegne kontekst, der det foregår avansert og spesialisert behandling, og hvor pasientene mottar hjelp i en begrenset periode. Spesialisthelsetjenesten er som kjent en stor del av helsevesenet, og på den måten kan denne studien ha overføringsverdi til et stort felt. Studien sier heller ikke noe om diskrepans mellom intervjuene og realiteten i klinisk praksis. Det vil si at jeg kun har informantenes beskrivelser omkring problemstillingen min. Dersom jeg hadde gjort observasjoner i praksis, kan det tenkes at resultatene ville vært annerledes. Muligheten for at sykepleierne er ubevisste måten de bruker skjønn og prosedyrer på i en travel hverdag er absolutt til stedet. Enkelte av informantene ga uttrykk for at intervjusituasjonen var første gang de reflekterte rundt disse temaene. Dette kan gjøre at sykepleierne idealiserer praksis og underkommuniserer virkeligheten.

Reliabiliteten i en kvalitativ studie avhenger av i hvilken grad fremgangsmåten og funnene reflekterer formålet med studien og representerer empirien på en riktig og utfyllende måte (Johannesen et.al, 2011). Variasjon av ulike intervjuformer har gitt meg gode empiriske data gjennom ordrike og detaljerte beskrivelser av praksis. Det at jeg hadde med en forskningsassistent gjorde at jeg hadde hjelp til å vurdere om innholdet i intervjuene var svar min problemstilling, Resultatene ble fortløpende diskutert og spørsmålene i intervjuguiden kritisk vurdert. Dette styrker studiens reliabilitet. Assistentens hadde fått notater av nonverbalkommunikasjon som ble vurdert som betydningsfulle som funn.

Fremlegg og diskusjon på masterseminar har også vært til god hjelp, særlig for å kvalitetssikre fremgangsmåten. Det ville som nevnt vært en styrke for studien om det hadde vært gjennomført deltakende observasjon i praksis. På en annen side kunne observasjon som

metode i tilknytning til intervju muligens hemmet detaljerte beskrivelsene fra sykepleierne siden de på forhånd hadde vist dette praktisk, og ikke følt det nødvendig å utdype med ord.

3.9 Etikk

Alle deltakerne i studien deltok frivillig. Samtykket ble gitt etter at skriftlig forespørsel var levert ut og jeg hadde presentert meg og hva deltakelse i studien ville ha og si for den enkelte. De hadde alle muligheter til å trekke seg under intervjuene dersom ønskelig. Å inkludere via avdelingsleder kan være forskningsetisk betenkelig. Årsaken til det er at informantene kan føle press fra sin leder. På den annen side ville det vært vanskelig å få tilgang på andre måter, da lederen er den med oversikt over kompetanse og kunnskaper hos den ansatte. Fagsykepleiere ble forsøkt brukt til å gjøre rekrutteringen men samtlige sa fra at de ikke hadde kjennskap til den aktuelle informasjonen om den enkelte.

Gjennomføringen av studien var i sykepleierens arbeidstid, slik at ingen av deltakerne måtte bruke ekstra tid og penger på å stille til intervju. Intervjuene ble forsøkt gjennomført på en time, slik at undersøkelsen ikke skulle få store ringvirkninger i avdelingen, med tanke på mangel på sykepleiere over tid. Spørsmålene omfatter ingen sensitive data. Intervjuguiden ble formet med tanke på og ikke å utfordre sykepleierne til å avsløre feil eller mangler i egen, eller andres praksis. Der dette allikevel skjedde, er eksemplene byttet ut med tilsvarende hendelser.

Studien ble søkt til NSD for godkjenning (se Vedlegg VII). Godkjenning var ikke nødvendig i følge NSD fordi ingen sensitive opplysninger er notert i studien. Lydopptakene fra intervjuene var innelåst i skuff i mitt hjem under arbeidet og ble destruert straks etter transkribering. Ingen navn er brukt i transkripsjoner eller analyse. Dialekter er omgjort til bokmål i den skriftlige transkriberingen.

Jeg var innforstått med at informasjon jeg tilegnet meg om informantene gjennom intervjuene skal behandles konfidensielt, ifølge forvaltningsloven § 13 e eller helsepersonelloven § 21 (De nasjonale forskningskomiteene, 2013). Som forsker med bakgrunn som sykepleier har jeg god kjennskap til feltet, og kunne derfor enkelt oppfatte om informantene mine fortalte

om uforsvarlige eller uetiske handlinger. Det kunne være seg uhygienisk utførelse av steril prosedyre, eller beretninger om at pasientens autonomi blir oversett til fordel for utføring av for eksempel praktiske prosedyrer. Det var avhengig av problemets art hvor vanskelig dette var i praksis. At prosedyrer utføres feil på grunn av lite kunnskap, eller på bakgrunn av at sykepleierne har liten tid, forekommer relativt ofte i følge min erfaring.

Fra min side ble hendelsene notert og brukt i analyse senere. Jeg var ikke som forsker i posisjon til å melde dette videre, eller ta det opp med den aktuelle sykepleieren, i fare for å påvirke feltet jeg undersøkte. På den andre side har jeg lang erfaring som sykepleier og er opplært til å forholde meg til yrkesetiske retningslinjer Dette er retningslinjer som sier noe om hvilken etisk standard helsepersonell forventes å ha (Slettebø, 2006). Alt helsepersonell er også forventet å handle forsvarlig, slik at pasienten får den hjelpen den har rett på (Slettebø, 2006). Jeg fikk utfordringer med å undertrykke min yrkesetiske refleks, og hadde et stort ønske om å si ifra. Det må understrekes at dette gjaldt en ytterst liten del av beskrivelsene som ble delt med meg.

4.0 FUNN

4.1 Prosedyrer og pasienthensyn

Sykepleierne påpekte at det viktigste var at pasienten føler seg trygg og ivaretatt under prosedyren og innleggelsen i sykehus. Det å ha en god og kontinuerlig dialog med pasienten under oppholdet på avdelingen ble fremhevet som viktig for sykepleierne. Denne var med på å legge grunnlag for hvordan sykepleierens prioriteringer ble gjort og oppgaver ble utført. Dialogen ble beskrevet som en kontinuerlig prosess der sykepleierne samarbeidet med pasienten omkring pasientens plager og informerte og forberedte rundt dagens gjøremål med hensyn til for eksempel prosedyrer. En informant illustrerte det slik:

Det er jo samtalen da. Prater med pasientene, ofte er det litt smerteproblematikk. Finne ut hva som fungerer med tanke på det eller, det. Ha en dialog med pasienten.

Videre ble det fortalt at i tillegg til at pasienten fikk komme med sine ønsker og synspunkter, ble det poengtert at sykepleierne brukte skjønn for å tilstrebe og ta hensyn til de ulike behovene hos pasienten:

Det er en helhet, søvn, hvile smertelindring, som skal individuelt tilpasses. Jeg vil si at man kan si at for å ivareta helheten kreves det skjønn, og pasientmedvirkning.

Informantene fortalte om mange ulike oppgaver, og at de vekslet mellom flere måter å arbeide på. I tillegg til praktiske gjøremål, var observasjoner en viktig del av arbeidet. Prosedyren kunne ofte være årsaken til selve innleggelsen, som medførte koordinering og planlegging med hensyn til gjennomføring, illustrert her:

Det er jo mange ting som skal gjøres da... Er det spinalpunksjon så er det jo den prosedyren som bestemmer den dagen da... Så man er jo prosedyrestyrt da.... Fordi det er mye ting som skal gjøres.

Selv om noen av informantene hevdet at prosedyrene kunne ha stort fokus i hverdagen, var informantene klare på at prosedyrene ikke gikk på bekostning av pasientens behov og ønsker. En av informantene sa det slik:

Vi drives jo av de grunnleggende behovene med stell, mat, medisiner sårskift osv. Alt etter hva som feiler de. Vi gjør jo i tillegg observasjoner hele tiden for å klare å se forandringer.

Pasientens behov kom alltid først og veide tyngst i beslutninger rundt pasienten. De fremhevet at det ville være utenkelig å la pasienten gjennomgå en større prosedyre dersom pasientens tilstand var forandret og forutsetningene for å gjennomføre den planlagte prosedyren var endret.

Hensyn til pasienten kunne også komme til uttrykk på andre måter. En av informantene fortalte om episoder der pasienter har fått forlenget opphold i avdelingen på bakgrunn av eget ønske, og som følge av at pasienten har fått en forverring i sin medisinske tilstand. Disse hensynene blir tatt på tross av at pasienten med hensyn til prosedyren i avdelingen var reiseklar.

En pasient som hadde unnagjort alle prosedyrer, og derfor var klar å skulle reise, har blitt utsatt tre ganger, fordi den medisinske situasjonen har forandret seg flere ganger, og da blir hun her litt lenger. Det er veldig pasientrettet alt vi gjør føler jeg....

Selv om det ble beskrevet at prosedyrene ikke gikk på bekostning av pasientens behov og ønsker, ble det også fremhevet av flere informanter at pasientene kunne bli slitne av store mengder prosedyrer når de var innlagt på sykehus. Prosedyrene kunne eksempelvis medføre ulike leier og immobilisering av pasienten. De beskrev også at samtalen med pasienten kunne

bli borte under utførelsen av prosedyrer, fordi sykepleierne konsentrerte seg om arbeidsoppgavene, gjerne ikledd verneutstyr, illustrert her:

....av og til hvis man har veldig mye man skulle ha gjort, veldig, men blir veldig opphengt i prosedyren man skal gjøre, og blir kanskje litt opphengt og kan nesten glemme å prate med pasienten der man står med sterile hansker hele dagen. Pasienten blir jo fryktelig sliten og da av å måtte ligge helt stille.

Sykepleierne beskrev at det var deres teoretiske kunnskap og praktiske erfaring samt pasientene selv som påvirket prioriteringer med hensyn til hvordan og når de ulike prosedyrene skulle utføres i løpet av dagen. De tilstrebet en balanse i behandlingen for pasienten:

.... men at man prioriterer det som er viktigst den dagen, sånn faglig, og passer på at det blir en balanse for pasienten. Og at pasienten er med og bestemmer hva som passer for han den dagen.

Uavhengig av hvilken avdeling sykepleierne var ansatt i, mente de fleste at ulik utførelse av sykepleieprosedyrer, påvirker pasientene ved at de blir usikre. En av informantene hadde nettopp fått tilbakemeldingen om dette fra en pasient. Mange pasienter er observante og har mye kunnskap om sin sykdom. De oppdager umiddelbart ulikheter i prosedyrene utført rundt og på seg selv. Det ble beskrevet flere grunner til at prosedyrene ble gjort ulikt. En av grunnene som nevnes er den mellommenneskelige relasjonen mellom sykepleier og pasient. Selv om den tekniske delen av prosedyren er tilnærmet lik i utførelse, vil alltid den mellommenneskelige tilnærmingen være ulik, noe som igjen føre til prosedyren oppfattes ulikt. En informant sa det på denne måten:

I samvær med pasienten er vi jo forskjellige da... Det blir jo forskjellig uansett, vi er jo forskjellig, vi snakker forskjellig får forskjellig kontakt. Så det vi jo oppleves forskjellig uansett. Men selvfølgelig skal vi jo jobbe etter prinsippene da.

Andre grunner til ulik utførelse, mente de kunne være hastverksarbeid, eller ulik evne til det å skaffe seg oppdatert kunnskap rundt prosedyrene. Det ble også beskrevet at sykepleierne velger å utføre prosedyrer på måter de synes selv fungerer bra, på tross av at de vet at utførelsen ikke er riktig med hensyn til prosedyren:

.....Eller så er det hastverk. Som gjør at man på en måte bare velger å tenke at ette her går sikkert greit så jeg gjøre det bare sånn her nå, selv om man vet at man burde gjort det på en annen måte fordi det er det som står i prosedyren.

En annen informant mente at det at prosedyrene utføres ulikt, kan være positivt for pasientene, da det er med på å gi ulik stimulans i pasientens hverdag.

Det kan være en god ting for pasienter som er her veldig ofte., at de får litt forskjellige inntrykk. Så lenge de føler seg trygge og ivaretatt.

4.2 Kvalitetssikring og dokumentasjon

Informantene beskrev også at prosedyrene kan være en oppskrift på «best-practice» for hvordan oppgaver bør utføres av sykepleierne. De ønsket et ideal å støtte seg på for å unngå å gjøre feil. Dette kunne gjerne være prosedyrer på elementære oppgaver som for eksempel stell. Informantene mente at på den måten vil prosedyrene kunne heve kvaliteten på arbeidet som blir utført, selv om sykepleierne gjorde individuelle skjønsmessige tilpasninger underveis. En av informantene sa de slik:

Da er det godt å ha prosedyrer, så man ikke lærer seg uvaner....Derfor hadde det vært godt med flere prosedyrer som hadde gjort at vi hadde hatt et ideal.... Og heller gjort vurderinger.

Informantene fortalte at prosedyrer ga struktur i hverdagen, og kunne være et hjelpemiddel i arbeidet med og kvalitetssikre og dokumentere den enkeltes arbeid. Det ga en oversikt for den

enkelte sykepleier over hvilke konkrete prosedyrer som var gjort, og hvilke prosedyrer som gjensto:

Jeg liker at ting er strukturert og på stell. For å kvalitetssikre og for å få dokumentert det du har gjort. Både for sin egen del og for pasientens del og for de som kommer på.

Informantene hevdet at å ha utført og dokumentert mange prosedyrer hos en pasient i løpet av vekten, også ga anerkjennelse hos kollegaer. Oppgaver som ikke var inkludert i prosedyrer ga lite eller ingen status i å ha utført, og ble heller ikke synliggjort i dokumentasjonen. Disse oppgavene ble på den måten usynliggjort. Dersom disse oppgavene gjentatte ganger ble oversett, beskrev de at det fikk større konsekvenser i form av problemer eller plager for pasienten, eller at det ble problemer med behandlingen på bakgrunn av at det manglet utstyr.

Informanten beskrev at oppgaver som ikke var inkludert i prosedyrer ofte ble nedprioritert. Disse oppgavene kunne variere fra avdeling til avdeling. Dette kunne være oppgaver som for eksempel å sjekke akuttutstyr, sørge for normal eliminasjon hos pasienten, eller tannpuss. De var alle enige om at disse oppgavene var viktige, selv om de også selv hadde opplevd å neglisjere disse. Årsakene til dette mente de kunne være kultur, eller manglende rutiner i avdelingen, at tiden ikke strakk til, ansvarsfraskrivelse, eller at den enkelte sykepleier ikke hadde kapasitet til å se utover seg selv og sine pasienter. Både de erfarne og uerfarne informantene sa seg enig at erfarne sykepleiere nok ville ha en større oversikt i klinisk praksis med hensyn til hva som skulle gjøres av oppgaver, uavhengig om oppgavene var inkludert i prosedyre eller ikke. En av informantene sa det slik:

Det blir jo kanskje litt kultur på at det som står på lista over prosedyrer er viktigst og gir mest cred å få gjennomført, mens det andre drukner i mengde og blir mindre synlig.

4.3 Skjønn i gjennomføring av prosedyrer

Sårstell var en typisk oppgave som ble sett på som konkret og ofte er inkludert i en prosedyre. De beskrev at selv om de fulgte konkrete prosedyrer som dette, gjorde de også, observasjoner og tilpasninger underveis med hensyn til hvordan såret så ut, samtidig som de gjorde de spesifikke oppgavene som var nedtegnet i prosedyren. Videre beskrev at det også kunne utføre konkrete prosedyrer uten at de fulgte prosedyren trinn for trinn. De hevdet at de da utførte oppgaven med forankring i basisprinsippene fra prosedyren illustrert her:

Det er viktig med skjønn, det er viktig å vurdere, sånn som for eksempel. Ved et sårskift... Du kan jo heller ikke da blindt følge en prosedyre, du må jo vurdere såret og situasjonen for å gjennomføre det bra.

Man kan jo gjøre helt konkrete prosedyrer uten å følge slavisk det som er skrevet. Man følger prinsippene.

Sykepleierne beskrev at de opplevde et personlig handlingsrom i prosedyren. I dette handlingsrommet brukte de sin erfaring, og gjorde observasjoner for å tilpasse og individualisere prosedyren til den enkelte pasienten. De beskrev også at den ulike erfaringen de var i besittelse av, og de ulike mellommenneskelige møtene med pasientene var det som la premissene for hvordan prosedyren til slutt ble utført. De beskrev at pasientene ikke bare ble tatt hensyn til i forkant av en prosedyre, men også påvirket måten sykepleierne utførte selve prosedyren. De fortalte at de kunne være tilbøyelige til å avvike prosedyrer som for eksempel medikamenttider, så fremt dette var forsvarlig ut i fra sykepleiernes vurderinger av situasjonen. En av informantene sa det slik:

At ikke jeg er streng og sier at jeg må vekke deg om en time for å gi paracet.

Pasientens medvirkning kommer i tillegg til det faglige.

En annen side av arbeidet som også ble belyst, var der prosedyrer ikke strakk til, eller at prosedyrer ikke fantes. De beskrev da at de bruker egne fortløpende vurderinger og kunnskap, og koplet teori med tidligere erfaringer for å fylle inn gapene der prosedyrene ikke var til hjelp. En av informantene beskrev en episode for å belyse at selv om han hadde prosedyrer

for en konkret oppgave som innleggelse av urinkateter, hadde prosedyren begrensninger med hensyn til de ulike hendelsene som kunne skje hos pasienten etter at dette var er innlagt:

..... var det ikke kommet noe urin...? Etter å ha tatt en skjønnsmessig vurdering og funnet ut at her er det noe galt, skanner jeg blæra, så viser det seg at kateteret er gått tett. Jeg tenker at jeg bruker skjønn.

Utover det å bruke eget skjønn der det manglet prosedyrer og der hvor prosedyrene ikke strakk til, etterspurte sykepleierne ofte andres erfaringer for å løse utfordringer. De hevdet at de foretrakk andres erfaringer fremfor å undersøke oppslagsverk. En informant sa det slik:

Vi spør veldig ofte hverandre her. Vi spør jo heller hverandre enn å gå i e-håndboka.

I det aktuelle sykehuset var alle avdelingens prosedyrer samlet i en database og gjort tilgjengelig for alle ansatte. Det var også gitt klarsignal om at disse kunne brukes på tvers av avdelingene. Informantene beskrev at dette var noe de ofte benyttet seg av. De vektla da at det måtte en skjønnsmessig tilpasning til før den ble brukt. De gjorde da en kritisk vurdering, og kunne ende opp med å bruke hele eller deler av en ekstern prosedyre, illustrert her:

.....det er prosedyrer vi plutselig må anvende, så søker vi de opp, så passe de ikke helt, så gjør man en skjønnsmessig vurdering av hva man kan bruke i prosedyren. Man tenker på om det er riktig det som står der, og om det er samme hensikt med prosedyren.

Et annet poeng som kommer frem hos informantene, var at de ikke nødvendigvis fulgte et fastlagt tidsskjema, men at de tok høyde for andre faktorer og gjorde prioriteringer med hensyn til når prosedyren skulle gjennomføres. Disse faktorene var av prinsipiell art, og ofte uavhengig av pasientens tilstand. De kunne være faktorer som for eksempel hygiene eller forebygging. Dette var faktorer som var viktige å følge opp, da det på sikt ville skape komplikasjoner for pasienten dersom de ble forsømt:

...det som også som er viktig er å vurderinger på hva som haster og hva som kan vente., Om det står at en arteriekran skal skiftes hver tredje dag, er det livsviktig da å skifte på den den tredje dagen, eller kan det vente. Eller om du ser da at kranen er grisete med blod, etter en dag så gjør du det jo da, ikke vent til tredje dag. Det er lov å bruke skjønn».

Andre informanter forteller at de forholder seg ulikt til prosedyrer etter hva prosedyren omhandler, og hva formålet er. Oppgaver som vurderes av sykepleierne som livsviktige følges i større grad etter punkt og prikke, enn oppgaver vurdert til å være mindre kritiske. En av informantene sa det slik:

....det gjelder noen prosedyrer mer enn andre. Hvis det er prosedyrer som omhandler utstyr som kan gjelde liv om du gjør det feil, så følger jeg den mer slavisk enn om det ikke er så viktige ting som stell liksom.

Det er jo sånn vi gjør hele tiden. Er fleksible og bruker prosedyrene fleksibelt. Dersom et barn har sengeleie, men ikke klarer å gjennomføre det, kan det ligge i fanget til foreldrene osv. Dette vet jeg fordi jeg har erfaring med at det går bra. Det er ikke alltid det er riktig å følge boka når man jobber med mennesker.

4.4 Observasjoner

I informantene brukte ofte begrepet klinisk blick i sine beskrivelser av hvordan de observerte og tilpasset pleien til pasienten. Det fremgikk at dette ble sett på som noe som utvikles over tid, og er personavhengig. Informanten formidlet at klinisk blick opparbeides gjennom erfaring med å observere og basertes på sykepleierens ulike sanser. De beskrev det som en utvikling der ulike sanser gradvis involveres i arbeidet med å observere pasienten:

.....det kliniske blick er jo erfaringer man opparbeider seg etter hvert.

Informantene beskrev videre at det kliniske blikk hjalp de i å observere flere tegn hos pasienten samtidig. De kombinerte sansene sine og fanget opp tegn hos pasienten både gjennom å ta og føle på, samtidig som de gjorde andre prosedyrer med pasienten. En erfaren informant sa det slik:

Jeg ser jo helt andre ting nå enn det jeg gjorde tidligere. Før kunne jeg hilse på en pasient å være så fokusert på være blid og hyggelig, at jeg ikke klarte å se de små tingene som varme, kulde osv.

En av de eldre informantene beskrev også at hun foretrakk å bruke sitt kliniske blikk for å få oversikten over pasienten, før hun eventuelt brukte sjekklister eller monitorer. Hun beskrev sjekklister og skåringsverktøy som «fattige» i forhold til den mengden informasjon hun fikk om pasienten via sitt kliniske blikk. Det ble hevdet at strukturerte skåringsverktøy og sjekklister ikke fanget opp forandringene hos pasienten like tidlig i utviklingen som sykepleierne kunne gjøre med det kliniske blikk. Sykepleierne beskrev at med de sanselige observasjonene de gjorde, klarte de å være forut for alvorlige hendelser ved at de så subtile tegn, illustrert her:

Jeg er jo så gammel at jeg gjør gjerne meg opp en mening om pasientens tilstand ved å se, ta og føle på pasienten før jeg bruker sjekklister eller sånn.

Sykepleieren observerte forandringer hos pasienten av større og mindre art, ved hjelp av sitt kontinuerlige kliniske blikk på pasienten. Innimellom kunne forandringene være vanskelige å sette ord på, men på tross av det var opplevelsen av å ha fanget opp viktig informasjon tilstede. En informant sa det slik:

Pasienten er uforandret, men allikevel ikke uforandret.... Det er noe som jeg må passe på...

Informantene sa at de fanget opp dette «noe», som ga de intuitiv følelse av at det måtte tas på alvor. De beskrev endringene hos pasienten som små og subtile. Forandringene kunne ses både som forandring i pasientens kliniske tilstand, og, eller endringer i vitale parameter som ble overvåket på monitorer rundt pasienten:

Jeg føler at det er ett eller annet på gang, at jeg merker at de er utilpass eller at de sier noe som ikke henger på greip, eller at han virker stressa. Jeg kan se på scooPET at pulsen øker litt. Det er små ting som jeg bare fanger opp

Flere informanter beskrev det samme måtene å vurdere observasjoner på. De fortalte at disse tegnene de observerte ikke nødvendigvis hver for seg representerte noe patologisk, men sammen med andre ørsmå tegn kunne dette ses på som en alvorlig endring hos pasienten. En informant beskrev det slik:

For eksempel flassing hos nyfødte er jo i seg selv ikke noe patologisk, men sammen med en svak forandring i kroppsfargen er det kanskje noe på gang.

Flere av informantene beskrev også at det å bruke sitt kliniske blikk til observasjoner av pasienten, er selve kjernen i arbeidet som sykepleier. De hevdet at observasjonene foregikk mer eller mindre kontinuerlig, og tidvis nærmest som en ubevisst handling når de var rundt pasientene. De beskrev det som at de ikke hadde noe filter mot disse observasjonene. Det første møtet med pasienten i sykehuset var en typisk situasjon der mye informasjon ble fanget opp, og de dannet seg et bilde av pasientens situasjon. En informant forklarte det slik:

Jeg tenker som sykepleier er du jo programmert til å observere. Man er jo alltid på jakt etter problemer man skal løse. Det er jo selve jobben. Det går jo av seg selv. Jeg ser jo farge, om den puster, våken, leie osv. Høyt i seng vil jo kanskje indikere pustevansker, eller en veldig sprek pasient for eksempel. Jeg ser jo også om det ser ut som han har det ubehagelig eller greit.

På spørsmål om hvordan sykepleierne skaffet seg informasjon om pasientens tilstand, utover det som kunne leses i elektronisk journal og papirbaserte kilder rundt pasienten, sa en av informantene at det ble brukt standardiserte skåringsverktøy som rutinemessig evaluerte pasientens tilstand. Hun sa at dette var et redskap for å ha en felles grunnleggende referanseramme på tvers av faggrupper, og for å konkretisere sine observasjoner. Informasjonen fra skåringsverktøyet ble i liten grad tatt hensyn til når hun vurderte tiltak som skulle gjøres ut fra pasientens situasjon. Tiltakene ble basert på informasjon hun hadde fått gjennom sitt kliniske blikk:

Det er bare for å ha en felles referanse, sånn at vi har noe konkret..... Men det er ikke det jeg primært baserer meg på i omsorgen. Det blir jo heller det kliniske blikket da.

Sykepleierne fortalte at de drar nytte av erfaring og ulike kilder til teoretisk kunnskap om hva som er normalvariasjoner og hva som er patologisk i sine vurderinger. Tilsammen la dette grunnlaget for hvordan sykepleierne forholdt seg til det de observerte, om de tok initiativ til tiltak med bakgrunn i observasjonene. En erfaren informant sa det slik:

Erfaringen kommer jo med å jobbe med pasienter i så mange år, så har jeg jo lest litt underveis. Hørt på andre, lest artikler om behandlinger av denne type pasienter, kunnskapsbasert. Mye nettsurfing. Det viktigste er jo å være der det skjer! Så mye som læres hver dag.

Andre informanter sa at de så på kunnskapen de hadde med seg i sine vurderinger og observasjoner som kun erfarings basert, og at den ikke eksisterer i teoriform. Denne kunnskapen var utviklet gjennom flere år med klinisk praksis og ble beskrevet som en viktig del av den samlede kunnskapen sykepleierne var i besittelse av. De beskrev at den var vanskelig å sette ord på og formidle videre til andre:

Det er kunnskap du bygger opp gjennom årene, men det er jo via erfaringer. Mange av de tingene er jo ikke noe du kan lese deg til i en bok. Eller at noen kan fortelle deg at sånn og sånn e det. Enkelte ting er bare sånn at du må erfare det selv.

Mange av informantene beskrev at disse observasjonene var vanskelige å formidle videre da de ikke lot seg tallfeste, eller fanges opp av en prosedyre. Både observasjonene og rapporteringen videre til neste ledd bar preg av den enkelte sykepleiers individuelle kunnskap og erfaring. Det ble fortalt at uerfarne og erfarne rapporterte noe ulikt. Dette ble forklart med at uerfarne i mindre grad fanger opp observasjoner slik som en erfaren gjør. I tillegg ble det nevnt at hver enkelt sykepleier har ulik ballast med seg fra tidligere, noe som også har innvirkning på måten å rapportere på. Det ble beskrevet slik av en informant:

Det går vel mye på at vi har ulik erfaringer, det at sykepleierne har ulik ballast med seg, og ulik kunnskap i bunn. Det er jo vanskeligere for de med mindre erfaring da, å henge helt med og se disse tinga.

Sykepleierne var mye sammen med pasienten uten at det var lege representert i avdelingen. De kunne være opptatt på operasjonsstuer eller poliklinikk. Informantene fortalte at de ofte tok kontakt med lege på bakgrunn av forverring av pasientens situasjon. De beskrev da at de samarbeidet om å få oversikt over forandringene hos pasienten. De hadde ingen prosedyrer for ved hvilke forandringer lege skulle tilkalles, det var opp til den enkelte sykepleier å ta den avgjørelsen. Selv om alle var enige at akutte tilstander som for eksempel hjertestans var en åpenbar grunn til å tilkalle en lege, stolte de på seg selv i andre avgjørelser, og kontaktet lege på eget initiativ, illustrert her:

Nei, jeg stoler på meg selv og tar kontakt uten prosedyrer. Du skal jo kontakte vakthavende da ved endringer da som er livsfarlige, det er jo selvfølge. Det er vel det eneste sånn fastsatte....

Informantene fortalte at erfarne sykepleieres rapportering ble anerkjent hos legene, men at uerfarne kunne med ha større vanskeligheter med å få gehør for sine observasjoner:

Jeg er også så heldig at legene vet at jeg har mye erfaring og kunnskap, derfor opplever jeg ofte å bli hørt. Jeg ser at det er vanskeligere for nyutdannede.

I tillegg til at de erfarne fikk anerkjennelse, fortalte de også om en trygghet med hensyn til sin kunnskap som gjorde at de ikke var redd for å kontakte lege oftere enn nødvendig. Dette ble beskrevet som en trygghet utviklet over tid. De mente det var uproblematisk å rapportere en gang for mye enn for lite. En informant sa det slik:

Det er jo også noe med at jeg er ikke redd for å dumme meg ut, jeg sier heller i fra åtte ganger og har riktig i tre tilfeller, enn å si fra for lite, det er jo for pasientene».

4.5 Prosedyrer som kunnskapskilde

I sin kliniske hverdag beskrev informantene at de brukte prosedyrer som en kunnskapskilde og et redskap til å kontrollere egen kunnskap, både i forkant og i etterkant av en prosedyre. De fant frem de ulike prosedyrene via sykehusets database, eller leste den etter at den var skrevet ut og gjort tilgjengelig i papirform. Det ble også beskrevet at enkelte avdelinger brukte prosedyren som utgangspunkt for undervisning og seminarer, da særlig ved implementering av nye, eller oppdatering av gamle prosedyrer. Prosedyren var også en kilde til å oppdatere og repetere sin egen kunnskap dersom man hadde vært borte fra klinisk praksis i perioder:

Jeg sjekker stadig. Bare sånn for å få en sånn oversikt. Man glemmer fort småting. Og selv om man har gjort ting mange ganger så er det forandringer. Og ting jeg ikke har gjort på lang tid sjekker jeg prosedyreboka.

Sykepleierne fortalte at det var de velformulerte prosedyrene med lenker og referanser til mer teori som var mest nyttige som teoretisk kunnskapskilde. Her kunne sykepleierne søke seg videre i litteraturen som var begrunnelsen for prosedyren, og fordype seg i temaet. Deretter beskrev sykepleierne at de brukte denne teorien fra prosedyrene som et grunnlag og bygge skjønn og erfaringer ut i fra. En informant beskrev det slik:

Man kan jo tenke på prosedyrer som en måte å lære seg mer teori. De er jo lenket til artikler osv. Jeg mener dette er viktige ting å ha i bunn for å kunne utvikle skjønn og bygge erfaringer på. Det er viktig å se den sammenhengen mellom teori og praksis.

På tross av at prosedyrer ble beskrevet som et grunnlag for til å bygge skjønn og erfaringer på, beskrev noen av informantene at skjønn og erfaringene i hovedsak ble formet av repeterende klinisk praksis, og i mindre grad lot seg påvirke av prosedyrer:

.... ikke prosedyre, men hvert fall en lignende situasjon. Og sunn fornuft...Jo flere ganger man opplever like situasjoner så husker man jo hvilke rutiner og hva som skal gjøres videre i forholdet til det...

4.6 Kritisk vurdering av prosedyrer

Informantene var kjent med at det i sykehuset og avdelingsvis stadig utarbeides nye prosedyrer på oppgaver som er en del av hverdagen. Informantene var ulike sitt syn på dette. Velbegrunnede prosedyrer med forankring i teori ble sett på som en positiv ressurs ikke bare i utføring av den enkelte oppgave, men også i utviklingen av egen kunnskap. Det ble samtidig hevdet at prosedyrer kunne virke negativt dersom de ble for mange av dem:

Prosedyrer som er velutarbeidet, de vil jo kunne bygge opp om kunnskapen fordi de begrunner hvorfor prosedyren skal gjøres som det står på en måte, men det kan også virke negativt, så jeg vil jo ikke si at det bør lages prosedyrer for alt.

Den negative virkningen av for mange prosedyrer ble beskrevet som at de var problematiske i selve utformingen. Sykepleierne opplevde at prosedyrene kunne være utformet på en måte som gjorde enkle oppgaver mer kompleks enn nødvendig. Andre opplevde at prosedyrene hadde inkludert oppgaver som sykepleierne mente ikke behøvde å bli inkludert i prosedyre, fordi oppgaven heller kunne utføres etter den enkeltes skjønn, illustrert med dette sitatet:

Det er lite forekomst av bakterier i CVK fra før, så lages det en ny prosedyre med spyling og innpakking av kraner. Da glemmer vi å følge med på kranene mens infusjonene pågår for de er innpakket, og det står ikke at de må åpnes for å sjekke. En pasient fikk alt ringeren rett i bandasjen, hurra liksom!

Andre informanter beskrev svært detaljerte prosedyrer som problematisk, fordi sykepleierne opplevde at noen hadde satt regler for hvordan de skulle utføre sin praksis. De mente at disse prosedyrene ga lite rom for egne vurderinger.

...vi har jo som sagt prosedyrer for alt. Det blir veldig mye detaljer, som jeg nok synes at kunne vært kuttet ut. Det fins jo de som følger prosedyrer helt slavisk og da blir det rigid.

Flere av informantene stilte spørsmål om detalj styring av sykepleien gjennom prosedyrer ga en bedre kvalitet på den utførte jobben. Det å forholde seg til et stort antall prosedyrer kunne medføre mindre grad av individuell tilpasning av pleien. Men det ble også påpekt at prosedyrer kan være et redskap for å sikre enhetlig behandling og pleie for alle pasienter:

Det blir fort litt rigid. Jeg vet ikke om det blir noe bedre sykepleie av det rett og slett. Det som er bra med prosedyrer da er jo at pleien blir mindre vilkårlig. Det er mer gitt at alle pasienter får et likere pasientforløp sånn helt teoretisk.

Under intervjuene kom det også frem flere områder i sykepleien som informantene beskrev som uegnet å inkludere i prosedyrer. Informantene var enige om at prosedyrer for samtale, eller måter å møte pasienter på ville være vanskelig. De beskrev at de hadde personlige måter å tilnærme seg pasientene på, og dette gjorde relasjonene til pasientene naturlige. Det å følge en oppskrift på hvordan man fører en dialog med en pasient hevdet de ville oppleves kunstig og lite fruktbart for få en god relasjon. Det mellommenneskelige ble altså hevdet å være uegnet å inkludere i prosedyrer, mens praktiske deler av arbeidet ble ansett som egnet. En informant sa det slik:

Altså, jeg tror ikke du kan sette en prosedyre på hvordan du skal prate med pårørende liksom. At du skal gjøre det ja, men hvordan, nei.

4.7 Betydning av erfaring

Informantene beskrev flere ganger at måten å bruke prosedyrene på forandret seg med erfaring. De forklarte at som uerfaren begynner man som novise i sykepleierket. De opplevde at som uerfaren kan man høste av erfarne sykepleieres erfaringer, men de presiserte også at sykepleierne selv må ta ansvar for å opparbeide egne erfaringer. En informant sa det slik:

De må begynne på scratch sammen med en erfaren sykepleier som da prater om sine erfaringer til dem. Så blir det ofte sånn at man interesserer seg for spesielle diagnoser og blir ekstra god og erfaren på det. Men alle må jo likevel bruke seg selv i det og se og ta på pasienten for å oppdage tidlige tegn.

Både erfarne og uerfarne sykepleiere beskrev at uerfarne lot i større grad dagen bli styrt av prosedyrer. De erfarne lagde seg en tentativ skisse for dagen, og hadde prosedyrene med i denne. De utførte prosedyrene når de erfarte at det passet inn i dagen. Uerfarne planlagte dagen i detaljer rundt de prosedyrene som skulle gjøres. De hevdet at mye av dagen gikk med til å forberede og utføre prosedyrer:

Nyansatte er mer opptatt av å få gjennomført prosedyrer i løpet av vekten. Det blir nesten motsatt etter hvert. Man lar erfaringen styre hverdagen og pasienten medvirker i større grad. Jeg er ikke så opptatt av de prosedyrene.

Informantene fortalte videre om at måten de utførte prosedyrer på, endret seg med erfaring. De erfarne sykepleierne hevdet at erfaringen bidro til at de i mindre grad behøvde å tenke over hvert trinn i utførelsen. De beskrev en flyt i arbeidet som gjorde at de enkelte trinnene i prosedyren gikk i hverandre, og utførelsen opplevdes som sammenhengende og trygg. Sykepleierne fortalte at som uerfaren opplevdes det å følge en prosedyre som fragmentarisk og til tider krevende med hensyn til å huske alle bitene. De beskrev at i enkelte situasjoner måtte de ha med en papirbasert utgave under selve utførelsen. En erfaren informant sa det slik:

.... Jeg fulgte de mer slavisk. Jeg tror vi fremdeles følger de, men at de er blitt en rutine, at vi ikke er så bevisst lenger at det er punkt en og det er punkt to osv. Det er mer en flyt i arbeidet. Jeg følger jo prosedyren, men ikke like bevisst. Det er mer logisk etter hvert.

Etter å ha utført en prosedyre flere ganger, ble prosedyren godt integrert hos sykepleierne, og det å sjekke metodeboken i forkant av prosedyren ble unødvendig. Noen beskrev likevel at selv om de var erfarne, hendte det at de brukte prosedyrene som repetisjon i forkant av utførelse av en oppgave. Dette gjorde de for å huske rekkefølgen i oppgaven eller som en sjekkliste for hvilket utstyr som kreves i den aktuelle prosedyren illustrert her:

Samtidig, hvis jeg skal gjøre en prosedyre jeg ikke har gjort på kjempe lenge slår jeg jo opp for å se på den. Da er det jo fint å kunne se hva som skal være med og litt på rekkefølgen.

Flere informanter beskrev at det var helt nødvendig å ha tilgang til prosedyrer som nyutdannet. Dette ble beskrevet som et virkemiddel for å lære seg de ulike oppgavene som var forventet at de skulle utføre i praksis. Det ble også beskrevet at etter hvert som prosedyrene ble integrert hos den uerfarne, ville de automatisk få en større oversikt over pasienten og situasjonen rundt. De hevdet at den uerfarne da ikke lenger opplevdes som novise lenger:

Prosedyrer er kjempebra når man er nyutdanna, og man kan ikke ha et sykehus uten prosedyrer, men det er ikke bra når prosedyrene blir hovedfokuset. Så hvis man klarer å ha to ting i hodet på engang så blir det veldig bra.

Sykepleierne fortalte om tidfestede prosedyrer som var forventet skulle utføres for eksempel i løpet av formiddagen. Dersom ikke disse ble gjort av ulike årsaker, måtte de gjøres av kollegaer som kom på jobb senere. De erfarne informantene fortalte at det er mindre ubehagelig å overlate gjenværende prosedyrerettede oppgaver til kollegaer enn hva det var da de var mindre erfarne. Som uerfaren kunne de kjenne ubehag i forhold til hva kollegaer syntes

om deres arbeid, dersom de ikke hadde utført alle prosedyrer som var forventet når vekten var over:

Har det vært mye besøk, fysio, eller har veldig vondt den dagen, eller at det er andre faktorer som gjør at det ikke passer seg å presse inn en prosedyre sånn på tampen av en dagvakt, så venter jeg. Uten at jeg synes det er noe farlig. Før syntes jeg det kunne være skummelt. Fordi jeg var redd for hva andre ville tro.

Avslutningsvis ble erfarne sykepleiere ved en avdeling med svært detaljerte prosedyrer bedt om å fortelle om hvordan disse ble brukt. Det ble hevdet at prosedyrene ikke var beregnet for de erfarne, men for nyansatte og ekstravakter uten erfaring. De erfarne fulgte ikke det som stod i disse prosedyrene, men det ble forventet at uerfarne skulle gjøre det:

... jeg vet ikke hva som står der en gang jeg... Jeg har også tenkt at de er til ekstravakter. Det er mange ting som er selvfølgelig som står der, ... det blir inn med teskje.

5.0 DISKUSJON

5.1 Prosedyrene tilpasses pasientene

Funn i studien viste at hverdagen rundt pasienten innlagt i sykehus i stor grad ble styrt av hvilke prosedyrer som skulle utføres. Informantene var likevel tydelige på at planene som ble lagt opp ikke var ufravikelig. Planlegging og strukturering av hverdagen var viktig for sykepleierne, og prosedyrene ble brukt som virkemiddel i dette arbeidet. Sykepleierne beskrev at prosedyrene ofte var del av en rutine til for eksempel operasjon, eller infeksjonsforebyggende tiltak rundt pasienten. Skjønnnet ble derfor i liten grad brukt i utvelgelsen av hvilke prosedyrer som skulle gjennomføres. Det ble også hevdet at selve prosedyrenes innhold i stor grad la premisser for hvordan sykepleierne arbeidet rundt pasienten. På tross av dette tyder funn tyder på at prosedyrene ikke var hovedfokus i hverdagen. De var bevisste på at pasienten skulle være i sentrum.

Selv om det ofte var forhåndsbestemt hvilke prosedyrer en pasient skulle igjennom, var et gjennomgående funn at sykepleierne samhandlet med pasienten med tanke på hvordan pasientens dag skulle se ut med hensyn til når og hvor prosedyrer og tiltak skulle gjennomføres. Pasienten fikk komme med innspill og medvirke i egen pasienthverdag så langt sykepleierne følte det var akseptabelt, ut i fra den kunnskapen sykepleierne hadde omkring hva som var forsvarlig å avvike i fra prosedyren. Dette ble beskrevet som en kontinuerlig og krevende prosess fra sykepleiernes side. Hamran (1987) fremhever at en slik måte å arbeide på krever nærvær fra sykepleieren. Sykepleieren trenger i følge Hamran (1987), flerkontekstuell kompetanse. Det vil i denne sammenheng si at sykepleieren må kunne gjøre fortløpende vurderinger under utførelsen av for eksempel en prosedyre, eller i pleien av pasienter der helsetilstanden kontinuerlig er i endring. Benner (2010) hevder at en sykepleier med godt klinisk skjønn aldri ser bort fra pasienten, men fortolker situasjonen og de ulike kontekstene pasienten er i, og gjør skjønnsmessige vurderinger på bakgrunn av dette.

Funn i studien belyste nettopp denne kombinasjonen av ferdigheter hos sykepleierne i gjennomføringen av prosedyrer. Informantene måtte inneha kunnskap om den opprinnelige prosedyren for å så kunne anvende den for eksempel i en annen rekkefølge, eller kun bruke grunnleggende prinsipper som prosedyren var bygget på. De måtte også ha kunnskaper om konsekvensene av og ikke følge prosedyren slavisk. Funn pekte derved i retning av at sykepleierne ivaretok pasientenes rett til medvirkning og informasjon om egen behandling. Det å tilpasse prosedyren i samarbeid med pasienten kan være en variant av brukermedvirkning. Pasientens rett til å medvirke i egen behandling er nedfelt i Pasientrettighetsloven (2014). Poenget med rett til medvirkning, er at man som helsearbeider skal møte pasienten der han er og pasienten får delta i behandlingen på sine premisser (Tveiten, 2008). Dette kalles brukermedvirkning. Hensikten med brukermedvirkning hevdes også å være at medvirkningen skal foregå sammen med profesjonelle i institusjonen (Myhra, 2012). Ved innføringen av de nye helselovene i 1999 gjennomgikk norsk helsevesen et paradigmeskifte, der pasienten som bruker av helsetjenestene fikk nye rettigheter. Tradisjonelt sett var tankegangen i norsk helsevesen bygget på en paternalistisk tankegang hvor helsepersonell tok avgjørelser for pasienten (Tveiten, 2008).

På tross av at planene sykepleierne la opp rundt pasienten ikke var ufravikelige, viser funn at enkelte prosedyrer var viktige å få gjort, selvom dette fikk konsekvenser i form av at pasienten ble sliten. Informantene kom også med eksempler på at det var blitt gjort endringer i prosedyrene på bakgrunn av endringer i pasientens tilstand. Nortvedt (2012) hevder at som sykepleier skal man alltid handle til pasientens beste. Dersom pasientens ønske og sykepleierens faglige kunnskap står i kontrast, er det viktig at dette drøftes som etiske dilemmaer, for å kvalitetssikre at den endelige avgjørelsen blir tatt på riktig grunnlag. Gode holdninger, og refleksjoner rundt fag og etikk vil bidra til å gi best mulig behandling til den enkelte pasient (Nortvedt, 2012).

Funn pekte i retning av at kommunikasjonen var et virkemiddel som veide tungt i tilpasningen og gjennomføringen av prosedyrer. De beskrev en fortløpende dialog der sykepleieren informerte og vurderte pasienten og hans tilstand. Funn viser også at i tillegg til den fortløpende dialogen, ble prosedyrene forklart i forkant av gjennomføring for å skape trygghet og omsorg for pasienten. Hamran (1987) hevder dette er svært viktig i gjennomføring av prosedyrer. Thomassen (2006) fremhever at kjennetegnet på en god praktiker er fleksibilitet

til å handle i forhold til usikkerhetsmomenter, det uventede og uforutsigbare i utøvelse av praktisk skjønn. Hun beskriver viktigheten av å ha et øvet klinisk blikk for når det er viktig å fravike fra for eksempel prosedyrer og regler (Thomassen, 2006). Hamran (1987) gir uttrykk for noe av det samme ved at det kreves et intuitivt blikk for praksis for å gjøre en god jobb med pasientene. Nortvedt et.al (2007) presiserer at ikke alle teoretiske prosedyrer kan brukes i klinisk praksis uten tilpasninger. De hevder at forskningsbasert kunnskap må integreres med erfaringer, pasientkunnskap og ses i lys av konteksten.

Med hensyn til disse avveiningene kan samme kunnskapsgrunnlaget føre til ulik behandling (Nortvedt et.al, 2007). Sykepleierne opplevde ikke prosedyrene som rigide oppskrifter for praksis, men erfarte at det var rom for å vurdere skjønnsmessig i sammenheng med utførelsen. De beskrev et personlig handlingsrom i prosedyrene som gjorde disse tilpasningene mulig. Dette handlingsrommet var ikke beskrevet eksplisitt i prosedyren, men var likevel en felles erfaring hos sykepleierne. Beskrivelsen av handlingsrommet varierte med hensyn til prosedyrens innhold. Prosedyrer på tekniske oppgaver som skulle utføres sterilt for eksempel, ble tillagt mindre av det personlige handlingsrommet enn prosedyrer for grunnleggende ferdigheter, som for eksempel stell av pasienten. Det var sykepleieren med sitt faglige skjønn som vurderte dette rundt hver utførelse. Martinsen (2003) beskriver denne prosessen som at sykepleier anvender de to komponentene i skjønnen som beskrives som åpen følsomhet og faglighet. Det vil si at den åpne følsomheten tar hensyn til pasientens situasjon og kontekst, og at fagligheten ivaretar kunnskapen om hva som faglig sett vil være det beste for pasienten.

Et personlig handlingsrom i utførelsen av prosedyrer, står i kontrast til prosedyrens intensjon om å gi standardisert behandling til alle pasienter slik det fremheves av Thomassen (2006). Prosedyrene er en bestemt oppskrift som skal gi standardisert behandling til alle pasienter. Det personlige handlingsrommet kan oppleves på bakgrunn av at den profesjonelle sykepleieren opplever utfordringer med å utføre standardisert behandling, og søker å tilpasse utførelsen til pasient og situasjon.

På tross av at sykepleierne beskrev at utførelsen av prosedyrer var reflekterte og at skjønn ble brukt for å gjøre det best mulig for pasienten i det personlige handlingsrom, hendte det at

pasientene ble urolige og usikre under utførelse av en prosedyre. Dette mente sykepleierne hadde sitt opphav i at prosedyrene ble utført på ulike måter hos den enkelte sykepleier. Dette kunne ha sammenheng med sykepleierens personlige vaner og rutiner i arbeidet. Nortvedt og Grimen (2009) beskriver flere grunner til at prosedyrer kan fremstå ulike i utførelsen. De fremhever at all kunnskap om hvordan noe utføres praktisk er indeksert, det vil si at utførelsen bærer preg av den enkelte utøver og konteksten kunnskapen er lært i. Her under kommer også skjønn. Det er derfor nærliggende å hevde at praktiske handlingene hos sykepleierne, som for eksempel utførelse av en prosedyre, vil farges av personen som utøver den. Martinsen (2003) støtter opp om disse antakelsene. Hun skriver at skjønn bygges gjennom personlige erfaringer i klinisk praksis, og farges av den enkeltes dyder, som også gjør skjønnnet høyst personlig.

Funn i studien viste at sykepleierne klassifiserer prosedyrene selv med tanke på hvilke prosedyrer de i størst grad må utføre tilnærmet identisk med prosedyreteksten. Det ble fremhevet at blant annet tekniske oppgaver er av en slik art at skjønn i liten grad preger utførelsen. Alvsvåg og Førland (2007), skiller mellom en hermeneutisk og en teknisk kunnskapsanvendelse. Den hermeneutiske anvendelsen hjelper oss å tolke og finne mening i situasjonen. Den hjelper oss til å forstå hva vi står ovenfor. Sykepleiere har en egen kunnskap som er med og former denne forståelsen. Den tekniske anvendelsen er oppskrifter og regler som beskriver hvordan det skal handle og hva som skal gjøres i enkelte situasjoner. Det innebærer også å kunne tekniske oppgaver og betjene apparater. Videre beskriver Alvsvåg og Førland (2007) at det typiske i tiden er at det etterspørres tekniske ferdigheter, men de presiserer verdien av å ha en hermeneutisk kunnskapsanvendelse. Den tekniske utførelsen av sykepleie vil ha mangler som gir mindre innsikt og forståelse av pasientens situasjon (Alvsvåg og Førland, 2007).

Som profesjonsutøver er man avhengig av tillit, og dersom pasienten opplever pleien som utrygg, kan denne tilliten i verste fall svekkes. Terum og Grimen (2009) beskriver at å opprettholde profesjonens tillit er noe av bakgrunnen for innføring av prosedyrer som bør være forankret i vitenskap. Det er måten resten av samfunnet kan sikre at profesjonsutøvere utfører sine oppgaver tilfredsstillende. Terum og Grimen (2009) hevder videre at tillit er viktig i samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient. Tilliten er viktig for å opprettholde et handlingsrom i relasjonen med pasienten. Når sykepleierne velger og ikke følge prosedyrer slavisk, vil ikke prosedyrene virke som en forsikring om at alle pasienter blir pleiet på samme

måte. Thomassen (2006) hevder at pasienten ikke skal behandles etter den enkelte klinikers skjønn, men få standardisert behandling basert på evidens. Kirkebøe (2013) hevder at studier viser at beslutninger tatt på bakgrunn av fagfolks skjønn, i stor grad blir tatt på feil grunnlag. På den andre siden fremheves det av Terum og Grimen (2009) at et av stedene der det er viktig å bruke skjønn, er i tilpasningen av prosedyrer. Det er avgjørende at sykepleierne bruker sitt skjønn i møtet med pasienten for at hensynet til pasienten skal være individualisert.

Den profesjonelle sykepleier bruker sitt skjønn i samarbeid med pasienten for å gjøre utførelsen av prosedyrer best mulig for pasienten. Det er likevel nærliggende å tro at sykepleierne kan komme i dilemmaer hvor denne samhandlingen ikke er tilfredsstillende, og sykepleierne må overprøve pasientens ønsker og innspill for å praktisere på en faglig forsvarlig måte. Det er da er det viktig at sykepleierne opparbeider seg tillit slik at pasienten opplever behandlingen som veloverveid og profesjonell, samtidig som pasienten opplever at han har vært delaktig i sin egen behandling på sine premisser. For å mestre dette skriver Martinsen (2005) at sykepleieren må ta i bruk sitt faglige skjønn, og utøve det sammen med en svak paternalistisk holdning. Martinsen (2005) hevder at det gjøres ved at sykepleierne alltid har en holdning som vil gagne pasienten, men dersom det innebærer at pasienten ikke bør være med på å bestemme sin egen behandling, gjør sykepleieren rett i og ikke involvere pasienten i beslutningene rundt den. I slike avgjørelser hevder Martinsen (2005) at det stilles store krav til sykepleiernes skjønn.

Funn i min studie står derved i kontrast til det Thomassen (2006) hevder om at behandlingen skal standardiseres og ikke gjøres på bakgrunn av skjønn. Sykepleierne presiserte at å utføre en prosedyrer, også handler om det mellommenneskelige, sanselige og dynamiske møtet mellom pasient og sykepleier. Derfor kan det tenkes at disse møtene farges av sykepleierens skjønn, og utførelsen fremstå unikt og uavhengig av prosedyre. Som ledd i skjønnnet har sykepleieren sin personlige dømmekraft, som også farger utførelsen av prosedyrer. Christoffersen (2011) beskriver at de små og store møtene med sykepleierne har store koneskvenser. Sykepleiernes individuelle tilpassninger betyr kanskje mer enn det man som profesjonutøver forstår. Selv om sykepleieren har den faglige kunnskapen på plass, kommer ikke den etiske kunnskapen av seg selv. Det er sykepleierne selv som handler ut i fra egen dømmekraft. Det kan være traumatisk for pasienten å gjennomgå en prosedyre der han

føler seg etisk feil behandlet, selv om prosedyren er gjort faglig riktig, og sykepleieren har ivaretatt pasientens behov for smertestillene eller liknende (Christoffersen, 2011).

Martinsen (2003) hevder at det er i sykepleiens natur å ikke gjøre sykepleien statisk ved å gjøre faget om til ord og begreper. Hun skriver at kunnskap ut i fra begreper står i kontrast til sykepleiernes utøvelse av skjønn. Språket beveger seg kun på et plan som begrepsapparatet har fastsatt. Situasjoner fastsatt i ord forenkles og fragmenteres, for så å settes sammen slik at den passer inn i de kjente begrepene. Skjønnheten kan ikke settes fast i begreper, regler og prinsipper. Da ødelegges skjønnets vurderingsevne, som nettopp er å se en situasjon fra ulike sider, for å kunne handle riktig og godt i forhold til den andre. Sykepleie ikke er statisk og ikke kan nedfelles i regler og oppskrifter. Det vil i tilfelle gjøre at sykepleierne distanserer seg fra pasienten, noe hun mener er uheldig (Martinsen, 2003).

Funn i studien tyder på at sykepleiernes bruk av skjønn preges av en personlig stil som gjenspeiles i utføringen av prosedyrer. I tillegg hevdet informantene at ulik utførelse handlet om ulik evne til å adaptere endringer i praksis, tidspress, eller tanker om at ulik utførelse gir stimulans for pasienten. Christiansen (2002) beskriver at sykepleiere også innehar ulik stil i måten de samhandler med pasienter på. Det kan skyldes ulik evne og måte og kommunisere på, ulik ballast fra levd liv, og varierende initiativ og engasjement i arbeidet. Christiansen, (2007) hevder også i en studie at sykepleiere kan ha noe ulikt syn på hva som er godt utført arbeid. Enkelte av sykepleierne fokuserte på å få gjort alle dagens oppgaver på en måte som gjorde at pasienten hadde en god opplevelse, eller at han ble bedre av sin tilstand, andre var opptatt av å bygge relasjoner til pasient og pårørende. Felles var at sykepleierne var fornøyd med arbeidet sitt når det ga en følelse av å ha prestert «noe».

Alvsvåg (1997), hevder at sykepleierne observerer på en speisell måte for å se hele pasienten. Sammen med erfaringen det har gjort seg tidligere inntar de en diagnostiserende holdning, der ønsker er å se hva pasienten har av problemer og hva sykepleieren kan hjelpe med. Disse kontinuerlige observasjonene er en forutsetning for at sykepleieren skal kunne utøve faglig skjønn i praksis.

5.1.1 Observasjoner som redskap i prosedyreanvendelsen

Funn viste at informantene la stor vekt på observasjonene som ble utført i sammenheng med gjennomføring av prosedyrene. En av informantene mente at å observere som sykepleier var selve essensen i arbeidet. Observasjonene ble brukt som utgangspunkt for tilpasning av prosedyrene. Observasjonene var derfor viktige for at sykepleierne skulle kunne bruke sitt skjønn i sammenheng med prosedyrene. Observasjonene ble beskrevet som sanselige. Sykepleierne trakk frem berøringssansen sammen med synet som svært betydningsfullt i observasjonene. Dette gjorde at de oppfattet flere ting samtidig, og dermed kunne operere flerkontekstuelt. Informantene hevdet at tiltak rundt pasienten ofte bygget på sanselige observasjoner. Alsvåg (1997) bekrefter også at sanselige observasjoner er viktige i arbeidet som sykepleier. Det gir sykepleierne mulighet til å fange opp signaler fra pasienten som ellers kunne blitt oversett, eller overhørt. Funn tyder derfor på at sykepleierne ikke inntar en diagnostiserende holdning slik Alsvåg (1997) advarer mot. Hva menes med det? Observasjoner bidrar til hjelp i avgjørelser og tilpasning av oppgaver slik Benner et.al (2010) beskriver er hensiktsmessig. Det vil si at de er sansevare og observerer endringer og responser i pasientens tilstand, og på den måten unngår å overse subtile detaljer.

Flere av informantene beskrev at observasjonene foregikk som en til dels ubevisst, parallell prosess. Mens de stod ved senga og pratet, fikk de inntrykk av pasientens nevrologiske status, pustemønster, hudfarge, lukt og eventuelle andre ubehag. Det ble også ført en dialog parallelt dersom det lot seg gjøre. Sanselige observasjoner var, slik de beskrev det, en implisitt prosess som gikk av seg selv. Det som gis uttrykk for her, kan ha sammenheng med det Goffman i 1992 gir eksempler på (beskrives av Christiansen, 2002, s. 48). Her gis det eksempler på hvordan sykepleiere kan ha problemer med å forklare hva det er de faktisk gjør i samhandling med pasienten. Det handler om de implisitte handlinger hos sykepleieren som kan være vanskelige å sette ord på, og som ikke alltid er synlig for utenforstående. Når informantene beskrev at de hilste på pasienten, kunne de samtidig bruke håndtrykket som inntak til observasjon av pasientens hud, om den eksempelvis var kald eller varm. Slike observasjoner kan være vanskelige å forklare andre når og hvordan det foregår.

I praksis kommer disse observasjonene til uttrykk som spontane handlinger. Det vil si at de ikke arbeider etter en mal når de for eksempel hjelper en pasient på med ny skjorte, og samtidig evner å observere pasientens hud med hensyn til farge og sirkulasjon (Goffmann, i Christiansen, 2002 s. 48). Når observasjoner også foregår som spontane handlinger, kan det gi inntrykk av at sykepleierne gjør en usystematisk og ustrukturert jobb med å samle data, og at avgjørelser tas på bakgrunn av den enkeltes sykepleiers evne til å persipere. Denne antakelsen styrkes fordi sykepleierne beskrev disse observasjonene som ubevisste.

Hva vil skje med slike observasjoner på travle dager, når sykepleierne har liten tid til å stå ved pasientens seng? Og hvordan kan vi sikre at alle sykepleiere tolker observasjonene til beste for pasienten? Behøver sykepleierne en viss tid sammen med pasienten for å oppfatte og ta inn alle subtile tegn ved hjelp av sansene? Benner et.al (2010), hevder at dette sanselige samspillet må være sentralt i sykepleierens arbeid, og at det ikke bare er en del av den tause kunnskapen, men lar seg dokumentere og kategorisere. Over tid vil de fleste sykepleiere utvikle evnen til å bruke sansene systematisk til beste for pasienten Benner et.al (2010). Benner (1995) beskriver i sin modell hvordan sykepleierne utvikler kunnskap gjennom erfaringer som gjør at måten de arbeider på endres. Denne kunnskapen utvikles over tid og kommer til uttrykk gjennom sykepleierens skjønn i praksis

5.1.2 Erfaringens plass i prosedyrebelagte fremgangsmåter

Funn viste at måten sykepleierne brukte prosedyrer på, forandret seg med erfaring. Det ble beskrevet at de erfarne sykepleierne ikke behøvde å lese prosedyren i forkant av utførelse, men at de utførte prosedyrene med bakgrunn i prosedyrens hovedprinsipp. Det vil si at de for eksempel fulgte prinsipper for steril/ usteril utførelse, eller hvor ofte en CVK skulle stelles. Dette belyses i Benners (1995) teori «fra Novise til Ekspert».

Funn viste at de erfarne sykepleierne i større grad enn uerfarne, utførte oppgaver som ikke var inkludert i prosedyrer, for eksempel opprettholdelse av pasientens normale avføringsmønster og kontroll av akuttutstyr. Det kan peke i retning av at sykepleierne har nådd et nivå der de ser pasienten i en helhet slik en ekspert i følge Benner (1995) gjør. Ekspertsykepleierne utfører oppgavene i praksis i stor grad intuitivt, og oppfatter med det i større grad helhet og

mangfold i situasjonen. Ekspertene vil på den måten se behov utover det som er fastlagt i prosedyrer rundt pasienten. Novisen vil i praksis ha et større behov for prosedyrer og regler i sin kliniske praksis for å få utført oppgavene som må utføres rundt en pasient (Benner, 1995). Dette kan være noe av grunnen for at noviser i praksis kan ha utfordringer med å se oppgaver som ikke er inkludert i prosedyrer. Daley (2001), understreker dette fenomenet og skriver at det er gjennom praksis i møtet med pasienter at sykepleirne modner og utvikler seg selv faglig.

Benner (1995) sin modell fra novise til ekspert, beskriver hvordan sykepleierne utvikler kompetanse som sykepleier. Nyutdannede må ha regler og prosedyrer å arbeide etter og å søke kunnskap i. Etter hvert som sykepleieren får mer erfaring, og kan hun/han løsrive seg mer fra oppskrifter på fremgangsmåter. Med bakgrunn i den store mengde prosedyrer som sykepleierne forholder seg til i sitt arbeid i dagens kliniske praksis, kan man undre seg over om sykepleiere i dagens helsevesen vil følge den samme kompetanseutviklingen som Benner (1995) beskriver i sin modell. Funn peker i retning av at sykepleierne selv mener de vil klare dette, selv om praksis preges av prosedyrer som anerkjennes som høyeste evidens og beste kvalitet.

Den økende tendensen til standardisering og regler i praksis står i et paradoksalt forhold til kompetansestigen slik den er beskrevet av Benner (1995), som hevder at en formalisering av sykepleiernes arbeid vil påvirke deres prestasjoner på en negativ måte. Sykepleierne som i stor grad nyttiggjør seg formaliserte verktøy for utøvelse av sykepleie i praksis, vil i følge Hamran (1987) ikke klare å opparbeide seg flerkontekstuell kompetanse. Dette er noe jeg mener bør utforskes videre.

Funn viste at erfaring ble anerkjent både hos sykepleiere seg i mellom og hos leger, som gjerne startet en behandling på bakgrunn av erfarne sykepleiers observasjoner. Erfaring ble anerkjent som kunnskap, og kunne bli foretrukket i stedet for å søke i prosedyrer når det var mulig. Dette samsvarer med funn i en studie av Rolfe et.al (2008) som fant at andres erfaring ble brukt som en av kildene til hva som påvirker den enkelte sykepleier i praksis. Erfaringer er også en av kildene til det faglige skjønnet. Erfaringene kan komme fra både arbeidsliv og

privatliv (Christoffersen, 2011). Uavhengig av hvilken kontekst erfaringene gjøres, påvirker de sykepleierne i sitt arbeid. Erfaringer modnes og farger sykepleiernes avgjørelser i praksis.

5.1.3 Når prosedyrer ikke fantes

Funn viste at i enkelte situasjoner opplevde sykepleierne at det ikke fantes prosedyrer tilgjengelig med hensyn til oppgaver de skulle løse. Sykepleierne beskrev da at de brukte lignende, eller eksterne prosedyrer og tilpasset disse. Skjønnnet spillte en stor rolle i prosessen med å tilpasse og søke etter prosedyrene. Dette er noe også Leary og Mhaolrúnaigh (2011), beskriver i sin studie. Funn derfra viste at sykepleiernes skjønn var styrende for hvordan sykepleierne søkte og vurderte informasjon på internett. Sykepleierne brukte søkeord som var begreper de allerede selv var i besittelse av, i tillegg til at de oftest hentet ut informasjon fra nettet som de mente passet med den kunnskapen de hadde fra før. Leary og Mhaolrúnaigh (2011) skriver også at det ikke kan forventes at alle sykepleiere har kapasitet til å søke å vurdere forskning for å finne løsning på problemstillinger i praksis. Måten sykepleierne handlet i de tilfellene hvor prosedyrene manglet, er i tråd med hva Terum og Grimen (2009) beskriver som hensiktsmessig bruk av skjønn. De mener skjønn hos profesjonsutøveren må brukes blant annet der kunnskap og regler ikke finnes. Kirkebøen (2013) hevder som nevnt at skjønn er viktig i arbeidet med å velge ut hvilke prosedyrer som skal brukes, og integrere disse i behandlingen, men mener også at selve utførelsen må bære preg av prosedyrer i langt større grad en det gjøres pr. dags dato. Han sier at dette ikke handler om at profesjonsutøvere ikke er kunnskapsrike, men at det i seg selv ikke er en garanti for at godt skjønn blir utøvet.

Funn viste at enkelte oppgaver tidvis ikke ble utført som forventent i praksis. Det dreide seg om oppgaver som ikke var nedfelt i prosedyrer, men som likevel skulle være en del av rutinene. Oppgaver som for eksempel å kontrollere akuttboks, eller passe på at pasienten opprettholdt et normalt avføringsmønster var blant oppgaver som ble nevnt i denne sammenheng. Sykepleierne mente dette hadde sammenheng med at oppgavene ikke var nedfelt i en prosedyre. Andre forklaringer gikk på at sykepleierne hadde så store mengder andre oppgaver, at de ikke hadde kapasitet til å gjøre det som ikke var nedskrevet i en prosedyre. Det kan virke som om oppgaver inkludert i prosedyrer ses på som viktigere enn oppgaver som ikke er inkludert i en prosedyre. Eksemplene på oppgaver viser at dette gjaldt

både avanserte og grunnleggende oppgaver. Informantene fortalte hvor dette hadde fått store konsekvenser for pasientene. Man kan spørre seg hva bakgrunnen for dette er, og hvordan disse oppgavene kan unnlates å gjøres på bakgrunn av at de ikke er nedtegnet i en skriftlig prosedyre?

Det ble hevdet at det var ulike grunner hva dette kunne bygge på. Noen mente det handlet om avdelingskultur. Christoffersen (2011) hevder at vår dømmekraft i stor grad påvirkes av konvensjoner og rutiner i den konteksten vi befinner oss. Dette er med på å forme våre avgjørelser over tid, de blir integrert hos den enkelte, slik at det er utfordrende å se at man er en del av dette selv. Disse holdningene kan sees i en større sammenheng. Power (1997) skriver at trender i samfunnet går i retning av mer kontroll av hverandre. Dette gjøres ved standardisering av oppgaver og pålegg med hensyn til å dokumentere disse. Vi krysser ut oppgaver og kommuniserer dette videre som utført. Vi bruker liten eller ingen ressurser på å se hvordan oppgavene blir utført, eller hva de eksakte resultatet ble. Vi nøyer oss med at oppgaven er utført (Power, 1997). Kan dette være en medvirkende årsak til at oppgaver inkludert i skriftlig prosedyre, med en eventuell mulighet for å krysse ut som utført, blir prioritert foran andre oppgaver?

Funn viste at å utføre oppgaver som ikke var prosedyrebelagt ga liten anerkjennelse hos kollegaer. Det ble hevdet at å ha utført oppgaver som var inkludert i prosedyre var tilfredstillende fordi de kunne dokumenteres. På den måten ble det oversiktlig for kollegaer å se hvilke oppgaver som var gjort. Funn pekte også på at utførte prosedyrer ga anerkjennelse hos kollegaer. De viste at sykepleieren hadde vært effektiv og gjort en god jobb. Oppgaver som ikke var inkludert i prosedyre ga ikke samme status å ha utført. De ble beskrevet som utfordrende å få disse dokumentert. Informantene var klar over at oppgaver som ikke var inkludert i prosedyre også kunne være viktige oppgaver. Flere av oppgavene gikk på å hjelpe pasienten med hans grunnleggende behov.

En av grunnene til at sykepleierne prioriterer oppgavene inkludert i prosedyrer, kan være kravet om dokumentasjon. Å dokumentere grunnleggende sykepleie vil kanskje virke unødvendig for sykepleierne. Standardiserte oppgaver som hårfjerneing før operasjon vil på en enklere måte la seg dokumentere. Funn viste at disse prosedyrene ofte var nedfelt i

sjekklister, slik at dokumentasjonene effektivt lot seg gjøre med et kryss. Å dokumentere oppgaver utført hos pasienten kan være vanskelig og tidkrevende. Norsk sykepleierforbund (2007) utarbeidet en veileder for sykepleie dokumentasjon. Der anbefales sykepleierne å bruke sykepleieprosessen sine fire trinn. Sykepleierne er lovpålagt å dokumentere sitt arbeid med beskrivelser av datasamling, tiltak, mål og evaluering. Lovene som regulerer dette kravet om dokumentasjon er lov om helsepersonell, spesialisthelsetjenesteloven, og helseregisterloven. Dokumentasjoner blir dermed et juridisk dokument i pasientens journal (Norsk sykepleierforbund, 2007).

Ved å dokumentere ved hjelp av for eksempel avkryssningsystem for prosedyrer vil være tidsbesparende og sikre kvalitet i dokumentasjonen, ved at den blir lik for alle pasienter. I et slikt system ville det også være mulig å bekrefte med et kryss at for eksempel stell er utført. Med en slik måte å dokumentere på ville man kun ha fått bekreftet at et tiltak er utført, og man kan spørre seg om dette ville føre til at færre observasjoner ville bli dokumentert i sykepleiedokumentasjonen, og at dette dermed ikke er veien å gå.

Oppgaver som er utført på bakgrunn av skjønn vil være vanskelig å få konkretisert og puttet inn i et avkryssningsskjema. Skjønnen innehar elementer av taus kunnskap som kan oppleves å være vanskelig å uttrykke (Hamran 1987), og dermed også vanskeliggjøre dokumentasjon og argumentasjon rundt de prioriterte oppgavene. På den andre siden er oppgaver knyttet til grunnleggende sykepleie konkrete og vil vises når de er utført. Det er nærliggende å tro at oppgavene uten prosedyrer forsvinner i «mengden» av andre oppgaver. Oppgaver inkludert i en prosedyre kan på den måten bli prioritert, da disse gjerne er oppført med tidsintervaller for når de skal gjøres. Skjønnen kan på den måten ha stor plass og avgjørende rolle i utvelgelsen og prioriteringene over hvilke oppgaver som skal utføres (Nortvedt et.al, 2007).

Skjønnen kan fremstå diffus i en hverdag og et samfunn som er preget av teknologi og digitalisering. Power (1997) hevder at dette har sammenheng med at samfunnet har opplevd en kontroll eksplosjon de siste årene. Med dette mener han at det er initiert fra samfunnets side at alle institusjoner og profesjonene der, som bruker av felles midler, skal kontrolleres med tanke på kvalitet og hvordan pengene anvendes. Som et middel i dette arbeidet har prosedyrene fått en stor plass i disse institusjonene. Prosedyrer som er utført etter standarden

bli sett på som god kvalitet, og dersom oppgavene ikke er utført etter prosedyren, får institusjonen anmerkning, eller avvik på utførelsen. Boge og Martinsen (2006) hevder at nedvurderingen av skjønnet og den økende bruken av standardisering av sykepleien har sammenheng med effektivitet og lønnsomhet fra politisk hold. De hevder at det ses en økende grad av krav om at alle tiltak skal ha et målbart resultat og avgjørelser skal være tatt på bakgrunn av faktakunnskap presentert høyt i kunnskapshierarkiet. Hver enkelt helsearbeider skal også vise til resultater i pleie og behandling, og dokumentere at hvert enkelt tiltak er evidensbasert.

5.2 Prosedyrer som kvalitetssikring og kunnskapskilde

Funn viser at sykepleierne hadde god tilgang til ressurser for å finne den mest oppdaterte kunnskapen i sin praksis. Det ble nevnt den interne elektroniske kvalitetshåndboken, internett og egne skriftlige notater. I kvalitetshåndboka var det mulig å benytte seg av både avdelingsinterne og eksterne kilder til prosedyrer. Informantene så på prosedyrer som en kilde til «best practice», der de kunne søke kunnskap for å holde seg oppdatert og repetere kunnskap. Det ble utdypet av informantene med beskrivelser av prosedyrer som et ideal og høyeste standard for utførelsen av den bestemte oppgaven. Prosedyrene ble også sett på som en kilde til ny kunnskap. Noen fremhevet at det var spesielt prosedyrer med gode referanser og «linker» i teksten som ble nærmere studert av sykepleierne.

Et mindretall av informantene hadde ønske om prosedyrer på mer eller mindre alle oppgaver som skulle utføres i praksis. Det kunne være fra oppgaver som bruk av medisinsk teknisk utstyr til grunnleggende sykepleie som stell av en pasient. De formidlet en holdning som støttet opp om tanken rundt at det å ha prosedyrer på oppgaver i seg selv, gir godt kvalitet på pleien av pasienter. Funn i studien viser også at et mindretall av informantene hevdet at for mange og detaljerte prosedyrer ville begrense sykepleiernes utøvelse av skjønn. Det ble hevdet at en slik begrensning av det personlige handlingsrommet, for enkelte kunne fremstå som forringing av kvaliteten på sykepleien. Bakgrunnen for sykepleiernes holdninger og ønsker om flere oppgaver inkludert i prosedyrer kan ha sammenheng med synet på hvilken kunnskap som er av best kvalitet.

Med bakgrunn i sin studie beskriver Christiansen (2010) en tradisjon i sykepleien for å søke kunnskap i tekstbaserte kilder. Slike kilder blir brukt for å dobbeltsjekke kunnskap, fylle eventuelle gap i kunnskapen, og som en kilde til å utvikle sitt faglige repertoar. Slik funn i min studie viser, kan prosedyrer fungere som kilde til kunnskap på lignende måte. Kirkebøen (2013) hevder at anvendelsen av prosedyrene vil gjøre at kunnskapen fra denne integreres hos sykepleieren sammen med hennes erfaring, som en form for implisitt læring. Læringen foregår uten at profesjonsutøveren er bevisst denne læringen, eller har intensjon om å lære. Sykepleieren som fagutøver vil dermed lære av å bruke prosedyrer (Kirkebøen, 2013).

Funn viser at sykepleierne i liten grad var kritiske til innholdet i prosedyrene. De hevdet at prosedyrene ble oppdatert og justert slik at de var til å stole på til en hver tid. Som nevnt er prosedyrer ment som et redskap i å sikre kvalitet og god behandling til alle pasienter (Thomassen, 2006). Oppgavene som inkluderes i prosedyrer i det aktuelle sykehuset har stor variasjon i innholdet. Flere av prosedyrene er som beskrevet, ikke kunnskapsbaserte per definisjon (Def: *Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematiskinnhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen* (Nortvedt et.al 2007 s.15)).

Sykepleiere i praksis er i følge Helsepersonelloven (2014) pålagt å holde seg oppdatert på ny kunnskap for å gjøre en faglig forsvarlig jobb. Det er lagt ned betydelige ressurser i å tilrettelegge for dette både nasjonalt med fagprosedyrer.no og helsebibliotekets hjemmesider. Der kan helsepersonell få tilgang til medisinske databaser og oppsummert forskning på en relativ enkel måte.

O'Leary og Mhaolrúnaigh (2011) skriver at sykepleiere i liten grad gjør slike kunnskapssøk i databaser. De få søkene som blir gjort er stort sett i forbindelse med skriving av oppgaver, på tross av at forskning har vist at databaser er en effektiv måte å søke kunnskap på, også i klinisk praksis. Dette bekreftes av Verhoeven, Steehouder, Van Gemert-Pinjnjen (2009), som også fremhever at de få søkene som blir gjort blir lite fruktbare, da disse baseres på sykepleiernes tause kunnskap. Det vi si at sykepleierne har vanskeligheter med å begrepslig gjøre det søket handler om. Operasjonaliseringen av problemstillinger og søkeord blir lite fruktbart. Videre hevdes det at sykepleierne dermed søker på en måte som gjør at de leter etter

bekreftelse på det de allerede vet. Dette kan være med på å gjøre at sykepleierne i begrenset omfang får tilgang til ny og oppdatert kunnskap, og derfor baserer praksisen sin på skjønn.

Funn viste at sykepleierne rangerte prosedyrekunnskap høyt og stolte på innholdet der. Skjønnnet ble ikke tillagt like stor verdi som kunnskapskilde. Skjønnnet ble i større grad omtalt som et virkemiddel i tilpasning og vurderinger. Det at sykepleierne ønsker seg flere prosedyrer i praksis kan være et uttrykk for usikkerhet av verdien av eget skjønn. Funn viste flere eksempler hvor skjønn ble brukt av sykepleierne, men det kan virke som de er usikre på om denne anvendelsen er av god kvalitet. Flere teorier bekreftet skjønnets verdi, mens andre beskriver skjønnnet som noe vaklende alene, og presiserer at prosedyrer er viktig for profesjonelle. På den andre siden kan det være at skjønnnet er så godt integrert hos den enkelte sykepleier, slik at de på den måten ikke klarer å se og forklare skjønnnet som en egen kilde som påvirker avgjørelser. Det er da nærliggende å tro at skjønnnet i disse situasjonene fremstår som taus kunnskap. Dette kan vanskeliggjøre prosessen med å dokumentere den faktiske kunnskapen, da taus kunnskap kommer til syne som handlinger basert på erfaringer, moral og etikk (Nortved og Grimen, 2009).

Nortvedt et.al (2007), som skriver at for å utøve god kunnskapsbasert praksis må sykepleirene ha evne å kombinere de ulike faktorene som virker inn på utøvelsen av for eksempel prosedyrer. Det vil si en kombinasjon av erfaring, pasientens preferanser, og forskningsbasert kunnskap. Martinsen (2003), understreker også skjønnets plass i pleien av pasienter: Sykepleierne går ikke mekanisk til verks i samhandling med pasientene. Det vil alltid være rom for skjønn og vurderinger i disse møtene. Skjønnnet hjelper sykepleierne å arbeide i nærhet og avstand med pasientene. Skjønnnet læres og utvikles i disse situasjonene i følge Martinsen (2003). Her lærer sykepleierne å lese og forstå pasientens kroppslige uttrykk og justere seg selv etter dette.

Innføringen av kunnskapsbasert praksis har i følge Boge og Martinsen (2006) forsterket usikkerheten rundt eget faglig skjønn hos sykepleierne. Noe av bakgrunnen for dette er at kunnskap blir rangert. I denne rangeringen kommer kliniske RCT studier høyest. Disse finnes lett tilgjengelig i medisinske databaser. Nederst finnes beskrivende undersøkelser og rapporter fra ekspert komiteer. Kvalitativ forskning og erfaringsbasert kunnskap og finnes ikke i denne

rangeringen (Boge, og Martinsen, 2006). Dette kan gi sykepleierne inntrykk av at denne formen for kunnskap ikke er gyldig i beslutningene de skal ta rundt pasienten. Dersom sykepleierne får en opplevelse av at skjønn med sin erfaringskunnskap ikke gjelder som kunnskap i praksis, er det nærliggende å anta at tilgjengelige prosedyrer vil spille en stor rolle i sykepleiernes samhandling med pasientene. Denne måten å rangere kunnskap på beskriver Boge og Martinsen (2006) som begrensende. Klinisk praksis og utøvelse av sykepleie består av mer enn tall og tabeller. De mener de ulike kunnskapsformene må sidestilles, da det vi gi en bedre dybde av det som studeres. Martinsen (2012) presiserer viktigheten av skjønn i praksis, og beskriver faren for at man som sykepleier går for fort frem med sin utførelse av prosedyrer og liknende, dersom man ikke tar seg tid til å reflektere og forstå praksis ut i fra sitt eget skjønn. Hun hevder at skjønn har en verdi i seg selv og sykepleierne må ha tro på egen praksis uavhengig av om de har hentet evidens fra forskning. Martinsen (2012), presiserer at hun er i mot å rangere evidens, og at både skjønn og erfaringer er viktige i arbeide med pasienter i praksis. Nortvedt (2007) presiserer i sin artikkel at selv om kunnskap rangeres, er det ikke ment å utelukke annen kunnskap. Sykepleierne må ta hensyn til pasientens behov og vurdere konteksten før forskningsresultater settes ut i praksis. Og ikke ta hensyn til forskning kan føre til unyttig og ulik behandling av pasienter (Nortvedt, 2007).

Med bakgrunn i funnene om at prosedyrene ble sett på som kvalitet og kilde til kunnskap, var det interessant at informantene alikevel hadde eksempler på forhold der prosedyrene ikke strakk til. De beskrev da at det var viktig å ha kunnskap og erfaring utover det prosedyren beskrev, for å kunne bruke prosedyren riktig, og for at pasienten skulle få best mulig pleie. I kontrast til Terum og Grimen (2009) hevder Kirkebøen (2013) i sine beskrivelser av tankemåte 1 og 2, at beslutninger tatt uten en prosedyre ikke er av spesiell god kvalitet. Han skriver at skjønn ligger i tankemåte 1 og at denne tankemåten er svært påvirkelig og hopper raskt til konklusjoner. Denne måten å tenke på er også svært påvirkelig av omgivelsene. Agjørelser tatt på bakgrunn av skjønn vil derfor i liten grad være reflekterte, og ofte tatt på feil grunnlag. Type 2 tankemåten er for ressurskrevende og tregt til at den blir anvendt i det praktiske arbeidet i følge Kirkebøen (2013).

Rolfe et.al (2008) viser med sine funn at informantene bygger sin praksis på fire hovedelementer: Nasjonale guidelines, egen erfaring, lokale retningslinjer og pasientens

preferanser. Det fremkommer videre av undersøkelsen at sykepleierne i stor grad bruker egne og andres erfaring, sammen med refleksjon som kilder som påvirker deres praksis. Rolfe et.al (2008) viser altså at prosedyrer og andre guidelines ikke er dominerende i praksis. Dette støttes også av Flynn og Sinclair, (2005). De fremhever at sykepleiernes prosedyrer og manualer tradisjonelt sett har vært bygget på erfaringer fra praksis. Dette kan samsvare med mine empiriske funn som viser at enkelte av sykepleierne foretrakk egen, eller andres erfaring i stedet for å undersøke hva prosedyren beskrev. Samtidig virker det også til å stå i kontrast med sykepleiernes i min studie som ønsket flere prosedyrer i praksis.

Det er nærliggende å tenke at flere prosedyrer i praksis er ønsket for at prosedyrene skal få en større plass enn de allerede har, og dermed i mindre grad bygge praksis utelukkende på erfaringer. Denne diskrepansen mellom Flynn og Sinclair (2005), og min undersøkelse kan ha og gjøre med at det er gått ni år siden den artikkelen ble publisert. Min erfaring er at det har skjedd en stor endring med hensyn til synet på prosedyrer og bruken prosedyrer i klinisk praksis på disse årene.

6.0 KONKLUSJON

Funn i studien viser at skjønn spiller en stor rolle i sykepleiernes utøvelse av prosedyrer. Skjønnnet virker som et filter for kontinuerlig tilpasning og vurdering hos sykepleieren. Funn viser at skjønnnet hadde særlig stor plass i selve gjennomføringen av prosedyrene. Der opererte sykepleierne i det de kalte for personlig handlingsrom, hvor de vurderte om prosedyrene kunne gjennomføres i sin helhet, eller måtte tilpasses etter pasientens behov og, eller konteksten rundt pasienten. Standardiseringen av behandlingen rundt pasienten gjorde at skjønnnet i liten grad preget utvelgelsen av prosedyrer.

For skjønnsmessig å tilpasse prosedyrene, førte sykepleierne en kontinuerlig dialog med pasienten, slik at han behov og ønske om medvirkning skulle komme frem. I tillegg viste funn at observasjonene sykepleierne gjorde av pasienten også i stor grad påvirket tilpassingen av prosedyrene. Funn viser at sykepleierne gjorde mange observasjoner samtidig og at store deler av sanseapparatet hos sykepleierne var inkludert i det arbeidet.

Funn viser også at erfaringen påvirket hvordan sykepleien brukte prosedyrene. Erfarne sykepleierne fulgte prosedyrene slavisk i mindre grad enn uerfarne. De erfarne hadde i større grad evnen til også å se oppgaver rundt pasienten som ikke var inkludert i prosedyrer. Erfaring var vel anerkjent som bakgrunn for vurderinger og hadde stor betydning i avgjørelser rundt pasienten.

Funn viser at sykepleierne brukte prosedyrene som en kunnskapskilde. De ble brukt til å fylle gap i teoretisk kunnskap, repetere kunnskap og dobbeltsjekke kunnskap. Prosedyrene blir sett på som et kvalitetsstempel og som en gullstandard for hvordan sykepleierne burde utføre oppgaven. Prosedyrene blir ikke kritisk vurdert med tanke på innhold. Men funn viste at enkelte mente at det var unødvendig mange prosedyrer å forholde seg til, og andre ønsket flere prosedyrer i praksis for å øke kvaliteten her. Det ble også hevdet at prosedyrene var til hjelp i dokumentasjonen av utførte oppgaver.

Funn viser at det også finnes oppgaver sykepleierne mener ikke egnet seg for å inkludere i prosedyrer. Det gjelder spesielt mellommenneskelige forhold som for eksempel en samtale. Her mener sykepleierne at skjønn til hver enkelt ville være et bedre redskap i gjennomføringen, enn en prosedyre. Funn viser også at det ikke finnes prosedyrer på alle oppgaver sykepleierne utfører i praksis. Når prosedyrer mangler gjør sykepleierne skjønnsmessige vurderinger og gjennomfører oppgaven ved hjelp av skjønn, eller en ekstern prosedyre som de kritisk vurderer og tilpasser sin oppgave. Funn viser at det forekommer at oppgaver som ikke er inkludert i prosedyrer, kan bli neglisjert, og nedprioritert i forhold til oppgaver som er inkludert i prosedyrer. Oppgaver inkludert i prosedyre gir generelt større grad av anerkjennelse å ha utført, enn oppgaver som ikke var inkludert i prosedyrer.

Oppsummert ser vi at skjønn og prosedyrene ser ut til å komplettere og informere hverandre vekselvis i klinisk praksis. Skjønn fremstår likevel noe usikkert som selvstendig kilde til avgjørelser hos enkelte av sykepleierne. Dersom prosedyrer ikke skal la seg kunne påvirke av sykepleierens skjønn, må dette beskrives i utformingen av prosedyren.

Hvordan kvaliteten på resultatet av prosedyrene varierer, med hensyn til de ulike vurderingene tatt i utførelsen, er noe jeg mener bør utforskes videre.

7.0 LITTERATURLISTE

- Aadland, E. (2011). *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse-og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Alsvåg, H. (1997). *Sykepleie - mellom vitenskap og pasient*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Alsvåg, H., & Førland, O. (2007). *Engasjement og læring fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribe.
- Johannesen, A, Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig Metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert*. Oslo: Tano forlag A/S.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Å utdanne sykepleiere Behov for radikale endringer*. Oslo: Akribe.
- Boge, J., & Martinsen, K. (2006). Kritiske kommentarer til evidensbasert undervisning og praksis. *Vård i Norden*, 2, 32-35.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, B. (2002). Doktoravhandling. *Sykepleieryrket - i spenningsfeltet mellom rolle og person : en analyse av fire sykepleierstudenters læringsløp* . Doktoravhandling. Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo.
- Christiansen, B. (2007). Good work- how is it recognised by the nurse? *Journal of Clinical Nursing*, 1645-1651.

- Christiansen, B. (2010). Why do nurses utilize textual knowledge sources at work? *Vård i Norden*, 4, 4-8.
- Christoffersen, S. A. (2011). *Profesjonsetikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode -en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Daley, B. J. (2001). Learning in Clinical Nursing Practice. *Holistic Nursing Practice*, 16 (1), 43-54.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene: «Anonymisering og aidentifisering» Hentet 12.8, 2013 fra <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/God-forskningspraksis/Anonymisering/>
- Eiring, Ø., Pedersen, M. S., Borgen, K., & Jamtvedt, G. (2010). *Prosedyrearbeid- Meningsløst mangfold?* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Ekeland, T.-J. (2003, Januar). En diagnose av psykiatridiagnoser. *Impuls*, 56-64.
- Flynn, A. V., & Sinclair, M. (2005). Exploring the relationship between nursing protocols and nursing practice in an Irish intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 142-149.
- Hamran, T. (1987). *Den tause kunnskapen*. Tromsø: Universitetsforlaget.
- Hamran, T. (1992). *Pleiekulturen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2014, september). *Stortingsmelding om kvalitetsforbedring i tjenesten* (St. 10 2012–2013). Hentet 05 23, 2014 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013/6.html?id=709094>

- Kirkebøen, G. (2013). Kan vi stole på fagfolks skjønn? I A. Molander, & Smeby, J.-C., *Profesjonsstudier II* (ss. 27-43). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kirkevold, M. (2002). *Vitenskap for Praksis?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lov om helsepersonell.* [LOV-2014-06-20-49](#) fra 01.07.2014 Hentet september 12., 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Lov om spesialisthelsetjenesten.* [LOV-2013-06-07-29](#) fra 01.01.2014 Hentet september 12, 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger* [LOV-2013-06-07-29](#) fra 01.01.2014 Hentet september 12., 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43?q=helseregisterloven>
- Lov ompasient- og brukerrettigheter.* [LOV-2013-06-21-79](#) fra 01.01.2014 Hentet september 12., 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2009, november). Evidens- begrensende eller opplysende? *Ergoterapeuten*, 11, 1-6
- Martinsen, K., & Boge, J. (2004). Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Sykepleien*, 13, 58-61.
- Martinsen, K., & Wærness, K. (1991). *Pleie uten omsorg?* Oslo: Pax forlag A/S.
- McConnell-Henry, T., Francis, K., James, A., & Chapman, Y. (2009). Researching with people you know: Issue in interviewing. *Contemporary Nurse*, 34 (1), 2-9.

- Myhra, A.-B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. (2014, september). *Fagprosedyrer.no*. Hentet 12 8, 2013 fra <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/prosedyrenettverkets-r%C3%A5d>
- Norsk sykepleierforbund forum for IKT og dokumentasjon. (2007). Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. Hamar.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert -en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Nortvedt, P. (1998). *Sykepleiens grunnlag*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke, en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2009). *Sensibilitet og refleksjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- O'Reilly, M., & Parker, N. (2012). Unsatisfactory Saturation: a critical exploration of notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative Research*, 13 (2), 190-197.
- O'Leary, D. F., & Mhaolrúnaigh, S. N. (2011). Information-seeking behavior of nurses: where is information sought and what processes are followed? *Journal of Advanced Nursing*, 379-390.
- Power, M. (1997). *The audit Society, Rituals of Verification*. Oxford: Oxford University Press.
- Rolfe, G., Sergott, J., & Jordan, S. (2008). Tension and contradictions in nurses' perspectives of evidence-based practice. *Journal of Nursing Management*, 16, 440-451.

- Slettebø, Å. (2006). Etikk og jus. I P. Nortvedt, & Å. Slettebø, *Etikk for helsefagene* (s.12-35). Oslo: Gyldendal Norsk forlag A/S.
- Smeby, J.-C. (2013). Profesjon og ekspertise. I A. Molander, & J.-C. Smeby, *Profesjonsstudier II* (s. 17-26). Oslo: Universitetsforlaget.
- Terum, L. I., & Grimen, H. (2009). Profesjonsutøvelse -Kvalitet og legitimitet. I H. Grimen, & L. Terum, *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 9-16). Oslo: Abstrakt forlag.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Thornquist, E. (2012). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker...* Bergen: Fagbokforlaget.
- Vandvik, P. O. (2009). Evidensbasert medisin, uvurderlig verktøy for klinikere. I H. Grimen, & L. I. Terum, *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (ss. 111-124). Oslo: Abstrakt forlag.
- Verhoeven, F., Steehouder, M., M.G, H., & van Gemert-Pijinen, J. E. (2009). How nurses seek and evaluate clinical guidelines on the Internet. *Journal of Advanced Nursing*, s. 114-127.

VEDLEGG

VEDLEGG I.	OVERSIKT OVER LITTERATURSØK.....	II
VEDLEGG II.	GODKJENNING FRA PERSONVERN RÅDGIVER	IV
VEDLEGG III.	SØKNAD OM FOKUSGRUPPEINTERVJU.....	VI
VEDLEGG IV.	FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT	IX
VEDLEGG V.	INTERVJUGUIDE FOKUSGRUPPE	XXIII
VEDLEGG VI.	INTERVJUGUIDE INDIVIDUELLE INTERVJU	XXV
VEDLEGG VII.	MELDESKJEMA MASTERGRADPROSJEKT NSD.....	XXVIII

VEDLEGG I. OVERSIKT OVER LITTERATURSØK

Vedlagt følger oversikt over litteratursøk.

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R)
<1946 to Present>

Search Strategy:

-
- 1 exp guideline/ (25343)
 - 2 guideline*.tw. (192402)
 - 3 1 or 2 (205140)
 - 4 tacit knowledge.tw. (254)
 - 5 Health Knowledge, Attitudes, Practice/ (74120)
 - 6 Clinical Competence/ (64798)
 - 7 clinical competence.tw. (1287)
 - 8 nursing practice.tw. (12741)
 - 9 4 or 5 or 6 or 7 or 8 (145717)
 - 10 3 and 9 (6373)
 - 11 (nurse or nurses or nursing).tw. (324937)
 - 12 10 and 11 (1599)
 - 13 limit 12 to (english language and yr="2000 -Current" and "reviews (best balance of sensitivity and specificity)") (246)
 - 14 from 13 keep 20,23,40,51,57,88,96,162,187-188,191,194,200,215 (14)
 - 15 3 and 4 (19)
 - 16 from 15 keep 9,11,13,15-16 (5)
 - 17 Judgment/ (13000)
 - 18 clinical judgement.tw. (1351)
 - 19 17 or 18 (14259)
 - 20 3 and 11 and 19 (26)
 - 21 from 20 keep 7,15,17,25 (4)
 - 22 14 or 16 or 21 (22)

VEDLEGG II. GODKJENNING FRA PERSONVERN RÅDGIVER

Vedlagt følger godkjenning fra personvern rådgiver.



 Opprett melding

    Slett  Flytt  Spam  Mer



- Innboks (14)
- Kladder (8)
- Sendt
- Spam
- Papirkurv
- Mapper
 - Notes
- Nylig

Masteroppgave 2013/16235

 **B Personvern**
Til Jeg

Hei

Din melding er registrert i saksnummer 2013/16235.

Så lenge avdelingsleder/klinikkleder godkjenner bruk av tid og lokaler, og NSD har fått melding er masteroppgaven i orden for oss.

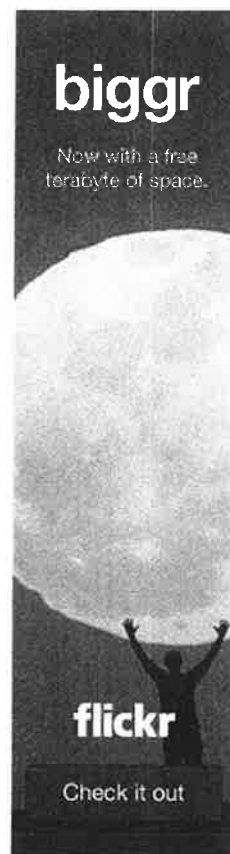
mvh
Stein Vetland
Personvernrådgiver
Seksjon for informasjonssikkerhet og personvern
Stab pasientsikkerhet og kvalitet

ontor)
(mobil)

[www.](#) 

> Vis meldingslogg

Svar, Svar til alle eller Videresend | Mer



VEDLEGG III. SØKNAD OM FOKUSGRUPPEINTERVJU

Vedlagt følger 2 stk. søknader om fokusgruppeintervju utført i studien.

Katrin Lindeflaten

Granbakken 27

1386 Asker

Asker 22.11.13

Avdelingsleder [redacted]

[redacted]

Jeg er student ved masterstudiet i Klinisk Sykepleievitenskap, Høgskolen i Oslo og Akershus, og er for tiden i gang med min mastergradsoppgave. Jeg søker i den forbindelse om å få utført et fokusgruppeintervju ved [redacted]

Oppgaven har som tittel; «*Hvordan erfarer sykepleiere at prosedyrer påvirker deres faglige skjønn?*»

Hensikten med studien er å beskrive og fortolke sykepleiernes erfaringer med prosedyrebelagte fremgangsmåter og utøvelse av faglig skjønn i klinisk praksis. Jeg ønsker i den sammenheng også tilgang til et utvalg av de mest brukte prosedyrene i avdelingen.

Det er ønskelig at 3-5 sykepleiere deltar i fokusgruppeintervjuet. Utvalget fra din avdeling tilstrebes å være de sykepleierne som i avdelingen blir definert med langerfaring.

Dersom det er mulig å gjennomføre intervjuet i arbeidstiden er det en fordel. Jeg er fleksibel med hensyn til tidspunkt for gjennomføring av intervjuet som vil vare ca en time. Studien har fått godkjenning fra NSD og personvernombudet ved [redacted]

Mvh

Veileder fra HIOA Bjørg Christiansen

Katrin Lindeflaten

klindeflaten@yahoo.no

Bjorg.Christiansen@hioa.no

tlf:90946809

Godkjent: [redacted]

Katrin Lindeflaten

Granbakken 27

1386 Asker

Asker 22.11.13

Jeg er student ved masterstudiet i Klinisk Sykepleievitenskap, Høgskolen i Oslo og Akershus, og er for tiden i gang med min mastergradsoppgave. Jeg søker i den forbindelse om å få utført et fokusgruppeintervju ved

Oppgaven har som tittel; «*Hvordan erfarer sykepleiere at prosedyrer påvirker deres faglige skjønn?*»

Hensikten med studien er å beskrive og fortolke sykepleiernes erfaringer med prosedyrebelagte fremgangsmåter og utøvelse av faglig skjønn i klinisk praksis. Jeg ønsker i den sammenheng også tilgang til et utvalg av de mest brukte prosedyrene i avdelingen.

Det er ønskelig at 3-5 sykepleiere deltar i fokusgruppeintervjuet. Utvalget fra din avdeling tilstrebes å være de sykepleierne som i avdelingen blir definert med korterfaring.

Dersom det er mulig å gjennomføre intervjuet i arbeidstiden er det en fordel. Jeg er fleksibel med hensyn til tidspunkt for gjennomføring av intervjuet som vil vare ca en time. Studien har fått godkjennelse fra NSD og personvernombudet ved

Mvh

Veileder fra HIOA Bjørg Christiansen

Katrin Lindeflaten

klindeflaten@yahoo.no

Bjorg.Christiansen@hioa.no

tlf:90946809

Godkjent:

VEDLEGG IV. FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

Vedlagt følger 13 stk. forespørsler om deltakelse i fokusgruppeintervju.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan erfarer sykepleierne at bruk av retningslinjer og prosedyrer påvirker deres sykepleiefaglige skjønn?»

Bakgrunn og formål

Oppgaven har som hensikt å beskrive og tolke hvordan sykepleierens faglige skjønn utvikler seg i en klinisk hverdag preget av nedskrevne prosedyrer og retningslinjer, som er ment å følges, for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen.

Det vil derfor være interessant å velge personer som har tanker og opplevelser rundt temaet, og som villig deler med meg

Hva innebærer deltakelse i studien?

Å delta i studien innebærer deltakelse i et fokusgruppeintervju med tre til fire andre personer. Spørsmålene vil omhandle sykepleierens bruk av prosedyrer og skjønn i den kliniske praksis. Intervjuet vil vare i omtrent en time. Det blir holdt etter nærmere avtale om tid og sted. Det blir gjort lydopptak av intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Forsker, forskerassistent og veileder vil ha tilgang til dataene fra intervju og observasjonen. Deltakerne vil ikke gjenkjennes i studien.

Prosjektet skal etter planen avsluttes september 2014. Alle data blir da slettet

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Katrin Lindeflaten, masterstudent ved HIOA, tlf. 909 468 09, klindeflaten@yahoo.no, eller Bjørg Christiansen, bjorg.Christiansen@hioa.no, veileder fra HIOA.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

26.02.14

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til deltakelse i dybdeintervju

Katrin Lindeflaten

(forsker)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan erfarer sykepleierne at bruk av retningslinjer og prosedyrer påvirker deres sykepleiefaglige skjønn?”

Bakgrunn og formål

Oppgaven har som hensikt å beskrive og tolke hvordan sykepleierens faglige skjønn utvikler seg i en klinisk hverdag preget av nedskrevne prosedyrer og retningslinjer, som er ment å følges, for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen.

Det vil derfor være interessant å velge personer som har tanker og opplevelser rundt temaet, og som villig deler med meg

Hva innebærer deltakelse i studien?

Å delta i studien innebærer deltakelse i et fokusgruppeintervju med tre til fire andre personer. Spørsmålene vil omhandle sykepleierens bruk av prosedyrer og skjønn i den kliniske praksis. Intervjuet vil vare i omtrent en time. Det blir holdt etter nærmere avtale om tid og sted. Det blir gjort lydopptak av intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Forsker, forskerassistent og veileder vil ha tilgang til dataene fra intervju og observasjonen. Deltakerne vil ikke gjenkjennes i studien.

Prosjektet skal etter planen avsluttes september 2014. Alle data blir da slettet

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Katrin Lindeflaten, masterstudent ved HIOA, tlf. 909 468 09, klindeflaten@yahoo.no, eller Bjørg Christiansen, bjorg.Christiansen@hioa.no, veileder fra HIOA.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

_____ 3/2-14 _____
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til deltakelse i fokusgruppeintervju.

_____ *Katrin Lindeflaten* _____ (forsker)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan erfarer sykepleierne at bruk av retningslinjer og prosedyrer påvirker deres sykepleiefaglige skjønn?»

Bakgrunn og formål

Oppgaven har som hensikt å beskrive og tolke hvordan sykepleierens faglige skjønn utvikler seg i en klinisk hverdag preget av nedskrevne prosedyrer og retningslinjer, som er ment å følges, for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen.

Det vil derfor være interessant å velge personer som har tanker og opplevelser rundt temaet, og som villig deler med meg

Hva innebærer deltakelse i studien?

Å delta i studien innebærer deltakelse i et fokusgruppeintervju med tre til fire andre personer. Spørsmålene vil omhandle sykepleierens bruk av prosedyrer og skjønn i den kliniske praksis. Intervjuet vil vare i omtrent en time. Det blir holdt etter nærmere avtale om tid og sted. Det blir gjort lydopptak av intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Forsker, forskerassistent og veileder vil ha tilgang til dataene fra intervju og observasjonen. Deltakerne vil ikke gjenkjennes i studien.

Prosjektet skal etter planen avsluttes september 2014. Alle data blir da slettet

Frivillig deltakelse


Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Katrin Lindeflaten, masterstudent ved HIOA, tlf. 909 468 09, klindeflaten@yahoo.no, eller Bjørg Christiansen, bjorg.Christiansen@hioa.no, veileder fra HIOA.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.


Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

 05.02.14

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til deltakelse i fokusgruppeintervju.

 ----- (forsker)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan erfarer sykepleierne at bruk av retningslinjer og prosedyrer påvirker deres sykepleiefaglige skjønn?”

Bakgrunn og formål

Oppgaven har som hensikt å beskrive og tolke hvordan sykepleierens faglige skjønn utvikler seg i en klinisk hverdag preget av nedskrevne prosedyrer og retningslinjer, som er ment å følges, for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen.

Det vil derfor være interessant å velge personer som har tanker og opplevelser rundt temaet, og som villig deler med meg

Hva innebærer deltakelse i studien?

Å delta i studien innebærer deltakelse i et fokusgruppeintervju med tre til fire andre personer. Spørsmålene vil omhandle sykepleierens bruk av prosedyrer og skjønn i den kliniske praksis. Intervjuet vil vare i omtrent en time. Det blir holdt etter nærmere avtale om tid og sted. Det blir gjort lydopptak av intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Forsker, forskerassistent og veileder vil ha tilgang til dataene fra intervju og observasjonen. Deltakerne vil ikke gjenkjennes i studien.

Prosjektet skal etter planen avsluttes september 2014. Alle data blir da slettet

Frivillig deltakelse


Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Katrin Lindeflaten, masterstudent ved HIOA, tlf. 909 468 09, klindeflaten@yahoo.no, eller Bjørg Christiansen, bjorg.Christiansen@hioa.no, veileder fra HIOA.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta



(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til deltakelse i fokusgruppeintervju.


----- (forsker)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan erfarer sykepleierne at bruk av retningslinjer og prosedyrer påvirker deres sykepleiefaglige skjønn?”

Bakgrunn og formål

Oppgaven har som hensikt å beskrive og tolke hvordan sykepleierens faglige skjønn utvikler seg i en klinisk hverdag preget av nedskrevne prosedyrer og retningslinjer, som er ment å følges, for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen.

Det vil derfor være interessant å velge personer som har tanker og opplevelser rundt temaet, og som villig deler med meg

Hva innebærer deltakelse i studien?

Å delta i studien innebærer deltakelse i et fokusgruppeintervju med tre til fire andre personer. Spørsmålene vil omhandle sykepleierens bruk av prosedyrer og skjønn i den kliniske praksis. Intervjuet vil vare i omtrent en time. Det blir holdt etter nærmere avtale om tid og sted. Det blir gjort lydopptak av intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Forsker, forskerassistent og veileder vil ha tilgang til dataene fra intervju og observasjonen. Deltakerne vil ikke gjenkjennes i studien.

Prosjektet skal etter planen avsluttes september 2014. Alle data blir da slettet

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Katrin Lindeflaten, masterstudent ved HIOA, tlf. 909 468 09, klindeflaten@yahoo.no, eller Bjørg Christiansen, bjorg.Christiansen@hioa.no, veileder fra HIOA.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.


Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta



(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til deltakelse i fokusgruppeintervju.



(forsker)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan erfarer sykepleierne at bruk av retningslinjer og prosedyrer påvirker deres sykepleiefaglige skjønn?”

Bakgrunn og formål

Oppgaven har som hensikt å beskrive og tolke hvordan sykepleierens faglige skjønn utvikler seg i en klinisk hverdag preget av nedskrevne prosedyrer og retningslinjer, som er ment å følges, for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen.

Det vil derfor være interessant å velge personer som har tanker og opplevelser rundt temaet, og som villig deler med meg

Hva innebærer deltakelse i studien?

Å delta i studien innebærer deltakelse i et fokusgruppeintervju med tre til fire andre personer.

Spørsmålene vil omhandle sykepleierens bruk av prosedyrer og skjønn i den kliniske praksis.

Intervjuet vil vare i omtrent en time. Det blir holdt etter nærmere avtale om tid og sted. Det blir gjort lydopptak av intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Forsker, forskerassistent og veileder vil ha tilgang til dataene fra intervju og observasjonen. Deltakerne vil ikke gjenkjennes i studien.

Prosjektet skal etter planen avsluttes september 2014. Alle data blir da slettet

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Katrin Lindeflaten, masterstudent ved HIOA, tlf. 909 468 09, klindeflaten@yahoo.no, eller Bjørg Christiansen, bjorg.Christiansen@hioa.no, veileder fra HIOA.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta



(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til deltakelse i fokusgruppeintervju.

 (forsker)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan erfarer sykepleierne at bruk av retningslinjer og prosedyrer påvirker deres sykepleiefaglige skjønn?”

Bakgrunn og formål

Oppgaven har som hensikt å beskrive og tolke hvordan sykepleierens faglige skjønn utvikler seg i en klinisk hverdag preget av nedskrevne prosedyrer og retningslinjer, som er ment å følges, for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen.

Det vil derfor være interessant å velge personer som har tanker og opplevelser rundt temaet, og som villig deler med meg

Hva innebærer deltakelse i studien?

Å delta i studien innebærer deltakelse i et fokusgruppeintervju med tre til fire andre personer. Spørsmålene vil omhandle sykepleierens bruk av prosedyrer og skjønn i den kliniske praksis. Intervjuet vil vare i omtrent en time. Det blir holdt etter nærmere avtale om tid og sted. Det blir gjort lydopptak av intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Forsker, forskerassistent og veileder vil ha tilgang til dataene fra intervju og observasjonen. Deltakerne vil ikke gjenkjennes i studien.

Prosjektet skal etter planen avsluttes september 2014. Alle data blir da slettet

Frivillig deltakelse


Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Katrin Lindeflaten, masterstudent ved HIOA, tlf. 909 468 09, klindeflaten@yahoo.no, eller Bjørg Christiansen, bjorg.Christiansen@hioa.no, veileder fra HIOA.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta



(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til deltakelse i fokusgruppeintervju.

 (forsker)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan erfarer sykepleierne at bruk av retningslinjer og prosedyrer påvirker deres sykepleiefaglige skjønn?”

Bakgrunn og formål

Oppgaven har som hensikt å beskrive og tolke hvordan sykepleierens faglige skjønn utvikler seg i en klinisk hverdag preget av nedskrevne prosedyrer og retningslinjer, som er ment å følges, for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen.

Det vil derfor være interessant å velge personer som har tanker og opplevelser rundt temaet, og som villig deler med meg

Hva innebærer deltakelse i studien?

Å delta i studien innebærer deltakelse i et fokusgruppeintervju med tre til fire andre personer. Spørsmålene vil omhandle sykepleierens bruk av prosedyrer og skjønn i den kliniske praksis. Intervjuet vil vare i omtrent en time. Det blir holdt etter nærmere avtale om tid og sted. Det blir gjort lydopptak av intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Forsker, forskerassistent og veileder vil ha tilgang til dataene fra intervju og observasjonen. Deltakerne vil ikke gjenkjennes i studien.

Prosjektet skal etter planen avsluttes september 2014. Alle data blir da slettet

Frivillig deltakelse

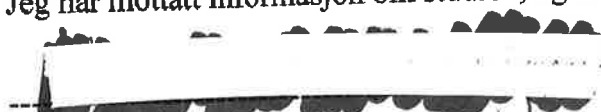
Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Katrin Lindeflaten, masterstudent ved HIOA, tlf. 909 468 09, klindeflaten@yahoo.no, eller Bjørg Christiansen, bjorg.Christiansen@hioa.no, veileder fra HIOA.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

 8/11-14

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til deltakelse i fokusgruppeintervju.

 ----- (forsker)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan erfarer sykepleierne at bruk av retningslinjer og prosedyrer påvirker deres sykepleiefaglige skjønn?»

Bakgrunn og formål

Oppgaven har som hensikt å beskrive og tolke hvordan sykepleierens faglige skjønn utvikler seg i en klinisk hverdag preget av nedskrevne prosedyrer og retningslinjer, som er ment å følges, for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen.

Det vil derfor være interessant å velge personer som har tanker og opplevelser rundt temaet, og som villig deler med meg

Hva innebærer deltakelse i studien?

Å delta i studien innebærer deltakelse i et fokusgruppeintervju med tre til fire andre personer. Spørsmålene vil omhandle sykepleierens bruk av prosedyrer og skjønn i den kliniske praksis. Intervjuet vil vare i omtrent en time. Det blir holdt etter nærmere avtale om tid og sted. Det blir gjort lydopptak av intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Forsker, forskerassistent og veileder vil ha tilgang til dataene fra intervju og observasjonen. Deltakerne vil ikke gjenkjennes i studien.

Prosjektet skal etter planen avsluttes september 2014. Alle data blir da slettet

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Katrin Lindeflaten, masterstudent ved HIOA, tlf. 909 468 09, klindeflaten@yahoo.no, eller Bjørg Christiansen, bjorg.Christiansen@hioa.no, veileder fra HIOA.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til deltakelse i dybdeintervju

 Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Katrin Lindeflaten

----- (forsker)

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan erfarer sykepleierne at bruk av retningslinjer og prosedyrer påvirker deres sykepleiefaglige skjønn?”

Bakgrunn og formål

Oppgaven har som hensikt å beskrive og tolke hvordan sykepleierens faglige skjønn utvikler seg i en klinisk hverdag preget av nedskrevne prosedyrer og retningslinjer, som er ment å følges, for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen.

Det vil derfor være interessant å velge personer som har tanker og opplevelser rundt temaet, og som villig deler med meg

Hva innebærer deltakelse i studien?

Å delta i studien innebærer deltakelse i et fokusgruppeintervju med tre til fire andre personer. Spørsmålene vil omhandle sykepleierens bruk av prosedyrer og skjønn i den kliniske praksis. Intervjuet vil vare i omtrent en time. Det blir holdt etter nærmere avtale om tid og sted. Det blir gjort lydopptak av intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Forsker, forskerassistent og veileder vil ha tilgang til dataene fra intervju og observasjonen. Deltakerne vil ikke gjenkjennes i studien.

Prosjektet skal etter planen avsluttes september 2014. Alle data blir da slettet

Frivillig deltakelse


Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Katrin Lindeflaten, masterstudent ved HIOA, tlf. 909 468 09, klindeflaten@yahoo.no, eller Bjørg Christiansen, bjorg.Christiansen@hioa.no, veileder fra HIOA.

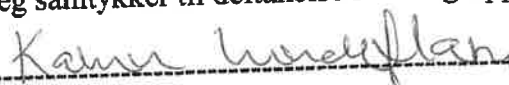
Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta


.....
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til deltakelse i fokusgruppeintervju.


..... (forsker)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan erfarer sykepleierne at bruk av retningslinjer og prosedyrer påvirker deres sykepleiefaglige skjønn?”

Bakgrunn og formål

Oppgaven har som hensikt å beskrive og tolke hvordan sykepleierens faglige skjønn utvikler seg i en klinisk hverdag preget av nedskrevne prosedyrer og retningslinjer, som er ment å følges, for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen.

Det vil derfor være interessant å velge personer som har tanker og opplevelser rundt temaet, og som villig deler med meg

Hva innebærer deltakelse i studien?

Å delta i studien innebærer deltakelse i et fokusgruppeintervju med tre til fire andre personer. Spørsmålene vil omhandle sykepleierens bruk av prosedyrer og skjønn i den kliniske praksis. Intervjuet vil vare i omtrent en time. Det blir holdt etter nærmere avtale om tid og sted. Det blir gjort lydopptak av intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Forsker, forskerassistent og veileder vil ha tilgang til dataene fra intervju og observasjonen. Deltakerne vil ikke gjenkjennes i studien.

Prosjektet skal etter planen avsluttes september 2014. Alle data blir da slettet

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Katrin Lindeflaten, masterstudent ved HIOA, tlf. 909 468 09, klindeflaten@yahoo.no, eller Bjørg Christiansen, bjorg.Christiansen@hioa.no, veileder fra HIOA.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato) 8/1-14

Jeg samtykker til deltakelse i fokusgruppeintervju.

(forsker)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan erfarer sykepleierne at bruk av retningslinjer og prosedyrer påvirker deres sykepleiefaglige skjønn?»

Bakgrunn og formål

Oppgaven har som hensikt å beskrive og tolke hvordan sykepleierens faglige skjønn utvikler seg i en klinisk hverdag preget av nedskrevne prosedyrer og retningslinjer, som er ment å følges, for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen.

Det vil derfor være interessant å velge personer som har tanker og opplevelser rundt temaet, og som villig deler med meg

Hva innebærer deltakelse i studien?

Å delta i studien innebærer deltakelse i et fokusgruppeintervju med tre til fire andre personer. Spørsmålene vil omhandle sykepleierens bruk av prosedyrer og skjønn i den kliniske praksis. Intervjuet vil vare i omtrent en time. Det blir holdt etter nærmere avtale om tid og sted. Det blir gjort lydopptak av intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Forsker, forskerassistent og veileder vil ha tilgang til dataene fra intervju og observasjonen. Deltakerne vil ikke gjenkjennes i studien.

Prosjektet skal etter planen avsluttes september 2014. Alle data blir da slettet

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Katrin Lindeflaten, masterstudent ved HIOA, tlf. 909 468 09, klindeflaten@yahoo.no, eller Bjørg Christiansen, bjorg.Christiansen@hioa.no, veileder fra HIOA.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta



(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til deltakelse i fokusgruppeintervju.


----- (forsker)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan erfarer sykepleierne at bruk av retningslinjer og prosedyrer påvirker deres sykepleiefaglige skjønn?”

Bakgrunn og formål

Oppgaven har som hensikt å beskrive og tolke hvordan sykepleierens faglige skjønn utvikler seg i en klinisk hverdag preget av nedskrevne prosedyrer og retningslinjer, som er ment å følges, for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen.

Det vil derfor være interessant å velge personer som har tanker og opplevelser rundt temaet, og som villig deler med meg

Hva innebærer deltakelse i studien?

Å delta i studien innebærer deltakelse i et fokusgruppeintervju med tre til fire andre personer. Spørsmålene vil omhandle sykepleierens bruk av prosedyrer og skjønn i den kliniske praksis. Intervjuet vil vare i omtrent en time. Det blir holdt etter nærmere avtale om tid og sted. Det blir gjort lydopptak av intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Forsker, forskerassistent og veileder vil ha tilgang til dataene fra intervju og observasjonen. Deltakerne vil ikke gjenkjennes i studien.

Prosjektet skal etter planen avsluttes september 2014. Alle data blir da slettet

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Katrin Lindeflaten, masterstudent ved HIOA, tlf. 909 468 09, klindeflaten@yahoo.no, eller Bjørg Christiansen, bjorg.Christiansen@hioa.no, veileder fra HIOA.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.


Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta



(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til deltakelse i fokusgruppeintervju.



(forsker)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

VEDLEGG V. INTERVJUGUIDE FOKUSGRUPPE

Vedlagt følger intervjuguide for fokusgruppe.

Intervjuguide - Fokusgruppe

Hva legges i ordet skjønn?

- Taus kunnskap?
- Personlig kunnskap?
- Synsing?
- Ikke kunnskapsbasert?

Kan noen i gruppa fortelle meg om en episode der du selv brukte skjønn i praksis?

- Hva gjorde du?
- Hva tenkte du?
- Hvilken kunnskap hadde du i bunn?
- Ble det prosedyrer i tillegg?
- Hva tenker resten av gruppe om denne situasjonen?
- Hva var bra/dårlig?
- Hva lærtes i situasjonen?
- På hvilken måte kan det tas lærdom av situasjonen?
- Kan det brukes i en annen situasjon?

Hva erfarer dere er med på å styre handlingene deres i praksis?

Hvordan føler dere at hverdager påvirkes er av prosedyrer og retningslinjer i avdelingen?

- Påvirker det dine tanker og handlinger?
- Har du inntrykk av at det påvirker pasienten?

Hvilke tanker har gruppa omkring problemstillingen at utstrakt bruk av prosedyrer og retningslinjer kan påvirke sykepleiernes faglige skjønn?

- Hva gjør dere med områder i pleien som ikke er omfattet av en prosedyre?
- Grunnleggende behov?
- Hvilke tanker har dere om å få flere prosedyrer?

VEDLEGG VI. INTERVJUGUIDE INDIVIDUELLE INTERVJU

Vedlagt følger intervjuguide for individuelle intervju.

Intervjuguide - Fokusgruppe

Hva legges i ordet skjønn?

- Taus kunnskap?
- Personlig kunnskap?
- Synsing?
- Ikke kunnskapsbasert?

Kan noen i gruppa fortelle meg om en episode der du selv brukte skjønn i praksis?

- Hva gjorde du?
- Hva tenkte du?
- Hvilken kunnskap hadde du i bunn?
- Ble det prosedyrer i tillegg?
- Hva tenker resten av gruppe om denne situasjonen?
- Hva var bra/dårlig?
- Hva lærtes i situasjonen?
- På hvilken måte kan det tas lærdom av situasjonen?
- Kan det brukes i en annen situasjon?

Hva erfarer dere er med på å styre handlingene deres i praksis?

Hvordan føler dere at hverdager påvirkes er av prosedyrer og retningslinjer i avdelingen?

- Påvirker det dine tanker og handlinger?
- Har du inntrykk av at det påvirker pasienten?

Hvilke tanker har gruppa omkring problemstillingen at utstrakt bruk av prosedyrer og retningslinjer kan påvirke sykepleiernes faglige skjønn?

- Hva gjør dere med områder i pleien som ikke er omfattet av en prosedyre?
- Grunnleggende behov?
- Hvilke tanker har dere om å få flere prosedyrer?

VEDLEGG VII. MELDESKJEMA MASTERGRADPROSJEKT NSD

Vedlagt følger Meldeskjema NSD.

