

Kunnskapsbaserte fagprosedyrer som kunnskapskilde i hjemmesykepleien

Carla Arredondo



Masteroppgave i sykepleievitenskap

Institutt for helse og samfunn

Universitet i Oslo

Dato 17.08.2020



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Carla Arredondo	Dato: 17.08.2020
Tittel og undertittel: Artikkel: Kunnskapsbaserte fagprosedyrer som kunnskapskilde i hjemmesykepleien. Refleksjonsoppgave: Faktorer som påvirker bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer i hjemmesykepleien.	
Sammendrag: Masteroppgaven består av to deler; en artikkel og en refleksjonsoppgave. Formål: Studiens hensikt var å undersøke sykepleieres syn på og erfaringer med bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer i hjemmesykepleien. Dette presenteres i artikkelen. I refleksjonsoppgaven søkes ytterligere forståelse for betydningen de identifiserte forholdene kan ha for implementering av kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Teoretisk forankring: En måte å fremme kunnskapsbasert praksis på er å utvikle og publisere standarder som kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Kunnskapsbaserte fagprosedyrer beskriver hvordan avgrensede praktiske oppgaver av klinisk karakter bør utføres. Resultater fra tidligere studier avdekker ulike faktorer som påvirker sykepleieres mulighet for å ta i bruk kunnskapsbaserte standarder i praksis. Det finnes imidlertid mindre kunnskap om bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer i hjemmesykepleien enn i andre praksisarenaer. Metode: Kvalitativt beskrivende design der individuelle semi-strukturerte intervjuer med seks sykepleiere i kommunal hjemmesykepleie ble analysert med utgangspunkt i Braun og Clarkes metode for tematisk analyse. Resultater: <i>Artikkel:</i> Informantene hadde et positivt syn på kunnskapsbasert praksis, og opplever kunnskapsbaserte fagprosedyrer som en viktig kunnskapskilde som bidrar til faglig trygghet og kvalitet i tjenesten. Informantene tilpasset kunnskapsbaserte fagprosedyrer til lokal kontekst, og tillot seg handlingsrom i fagprosedyreutøvelsen basert på erfaringskunnskap, rammebetingelser og pasientens preferanser. Til tross for sykepleiernes positive syn utfordres bruken av kunnskapsbaserte fagprosedyrer av flere faktorer; tidspres, tilgjengelighet, læringsmiljø og lederstøtte. Informantene ytret behov for en mer systematisk innsats for å underbygge kunnskapsbasert praksis. <i>Refleksjonsoppgave:</i> Barrierene informantene beskrev kan relateres til ulike perspektiver fra implementeringsforskning: Egenskaper ved fagprosedyrene, brukerne av fagprosedyrene og lokal kontekst påvirker hvorvidt implementering av kunnskapsbasert praksis lykkes. Konklusjon: Kunnskapsbaserte fagprosedyrer er betydningsfulle for sykepleie, spesielt for å opprettholde kvaliteten på fagutøvelsen. Flere ulike faktorer utfordrer sykepleiernes handlingsrom og virker som barrierer for bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer i praksis. I takt med vekst i antall pasienter og nye behandlingsoppgaver i hjemmet trengs økt satsing på kunnskapsbasert praksis i hjemmesykepleien. For å sikre vellykket implementering bør sykepleiere i hjemmesykepleien i større grad være fremtidens målgruppe for, og dessuten aktør i utvikling av, kunnskapsbaserte fagprosedyrer.	
Nøkkelord: Kunnskapsbasert praksis, kunnskapsbaserte fagprosedyrer, hjemmesykepleie, kvalitativ studie.	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Carla Arredondo	Date: 17.08.2020
Title and subtitle: Article: Evidence-based procedures as a source of knowledge in home health nursing. Essay: Factors affecting the use of evidence-based procedures in home health nursing.	
Abstract: The master's thesis consists of two parts; an article and an essay. Purpose: The purpose of the study was to examine nurses' views on and experiences with the use of evidence-based procedures in home health nursing. This is presented in the article. The essay seeks further understanding of the significance the identified conditions may have for the implementation of evidence-based procedures. Literature review: One way to promote evidence-based practice is to develop and publish standards such as evidence-based procedures. Evidence-based procedures describe how defined practical tasks should be performed. Results from previous studies identify various factors that affect nurses' ability to apply evidence-based standards in practice. However, there is less knowledge about the use of evidence-based procedures in home health nursing than in other practice arenas. Method: Qualitative descriptive design in which individual semi-structured interviews with six nurses in municipal home health nursing were analyzed based on Braun and Clarke's method for thematic analysis. Results: <i>Article:</i> The informants had a positive view of evidence-based practice, and experience evidence-based procedures as an important source of knowledge that contributes to professional security and quality in the service. The informants adapted evidence-based procedures to the local context and allowed themselves to adapt the professional procedure practice based on experiential knowledge, contextual conditions and patient's preferences. Despite positive views, the use of evidence-based procedures is challenged by several factors; time pressure, accessibility, learning environment and management support. The informants expressed a need for a more systematic effort to support knowledge-based practice. <i>Essay:</i> The barriers the informants described can be related to various perspectives from implementation research: Characteristics of the evidence-based procedures, the users of the procedures and local context affect whether the implementation of evidence-based practice is successful. Conclusion: Evidence-based procedures are important for nursing practice, especially to maintain its quality. Several factors challenge nurses' room for maneuver and act as barriers to the use of evidence-based procedures in practice. With a growth in the number of patients and new treatments in home care, an increased focus is needed on evidence-based practice in home health nursing. To ensure successful implementation, nurses in home care should to a greater extent be the target group for, and also participants in the development of, evidence-based procedures.	
Key words: Evidence-based practice, evidence-based procedures, home health nursing, qualitative study.	

INNHALDSFORTEGNELSE

MASTEROPPGAVENS DEL 1: ARTIKKEL

TITTELSIDE.....	1
SAMMENDRAG	2
INNLEDNING	4
Kunnskapsbaserte fagprosedyrer.....	4
Kunnskapsbasert praksis	4
HENSIKT	5
METODE	5
Design.....	5
Utvalg	5
Innsamling av data.....	6
Analyse	6
Forskningsetiske vurderinger	6
RESULTATER.....	6
Nytteverdi	6
Læringsmiljø.....	7
Tid og tilgang	8
DISKUSJON	10
Fagprosedyrer i samspill med andre kunnskapskilder.....	10
Barrierer for bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer.....	11
Premisser for KBP	11
Styrker og svakheter ved studien.....	12
KONKLUSJON.....	13
REFERANSELISTE	14

Oversikt over tabeller

Tabell 1. Eksempel på analyseprosessen.....	16
---	----

Oversikt over figurer

Figur 1. Kunnskapspyramiden med eksempel på kilder.....	17
---	----

Vedlegg

Vedlegg 1 – Forfatterveiledning, Sykepleien Forskning

Vedlegg 2 – Intervjuguide

MASTEROPPGAVENS DEL 2: REFLEKSJONSOPPGAVE

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt og refleksjonsspørsmål	2
1.3	Valg av litteratur	2
1.4	Oppbygning av refleksjonsoppgaven	3
2	KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS.....	4
2.1	Kunnskapsbaserte fagprosedyrer	5
3	PERSPEKTIVER FRA IMPLEMENTERINGSTEORI	6
3.1	Egenskaper ved implementeringsobjektet	7
3.2	Egenskaper ved målgruppen.....	7
3.3	Egenskaper ved pasienten.....	8
3.4	Den sosiale- og organisatoriske konteksten.....	8
3.5	Implementeringsstrategier	8
4	IMPLEMENTERING AV KUNNSKAPSBASERTE FAGPROSEDYRER	9
4.1	Egenskaper ved kunnskapsbaserte fagprosedyrer.....	9
4.2	Brukere av fagprosedyrene	10
4.3	Hjemmesykepleien som kontekst	12
5	KONKLUSJON.....	18
	REFERANSELISTE	19

Vedlegg:

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv om deltakelse i forskningsprosjekt med samtykkeskjema

Vedlegg 2 – NSD Meldeskjema og vurdering

MASTEROPPGAVENS DEL 1:
ARTIKKEL

Kunnskapsbaserte fagprosedyrer som kunnskapskilde i
hjemmesykepleien

*En kvalitativ studie om sykepleiere i hjemmesykepleien sitt syn
og erfaringer*

TITTELSIDE

Tittel: Kunnskapsbaserte fagprosedyrer som kunnskapskilde i hjemmesykepleien.

Forfatter: Carla Arredondo, sykepleier, Bydel Grünerløkka, Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Universitet i Oslo.

Antall tegn: 17448.

Antall ord: 2997.

Antall figurer og tabeller: 2.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Samhandlingsreformen har ført til økning i antall pasienter, større variasjon i behov for helsehjelp og mer komplekse problemstillinger i hjemmesykepleien. Sykepleiere i dette praksisfeltet utfører derfor mer varierte og avanserte oppgaver enn tidligere. Denne utviklingen aktualiserer behovet for å undersøke kunnskapsgrunnlaget for praksisen og bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer.

Hensikt: Undersøke sykepleieres syn på og erfaringer med bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer i hjemmesykepleien.

Metode: Kvalitativt beskrivende design der individuelle semi-strukturerte intervjuer med seks sykepleiere i kommunal hjemmesykepleie ble analysert med utgangspunkt i Braun og Clarkes metode for tematisk analyse.

Resultat: Informantene hadde et positivt syn på kunnskapsbasert praksis, og opplever kunnskapsbaserte fagprosedyrer som en viktig kunnskapskilde for å opprettholde kvaliteten på fagutøvelsen og faglig trygghet. Informantene tilpasser kunnskapsbaserte fagprosedyrer til lokal kontekst, og tillater seg handlingsrom i prosedyreutøvelsen basert på erfaringskunnskap, rammebetingelser og pasientens preferanser. Bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer utfordres av tidspress, tilgjengelighet, læringsmiljø og lederstøtte. Ansvar for å holde seg oppdatert på og å bruke kunnskapsbaserte fagprosedyrer var i stor grad overlatt til den enkelte sykepleier fremfor at det var satt i system. At kunnskapsbaserte fagprosedyrer ikke er utviklet med hjemmesykepleien som målgruppe eller tar hensyn til forutsetninger i dette praksisfeltet er også pekt på som en svakhet.

Konklusjon: Kunnskapsbaserte fagprosedyrer er viktig i sykepleie for å opprettholde kvaliteten på fagutøvelsen og faglig trygghet. I takt med vekst i antall brukere og nye behandlingsmuligheter i hjemmet trengs kunnskapsbaserte fagprosedyrer både på individ- og organisasjonsnivå i hjemmesykepleien. Sykepleiere i hjemmesykepleien bør også i større grad være fremtidens målgruppe for, og dessuten aktør i, utvikling av kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Resultatet fra denne studien kan bidra med viktig kunnskap for helsepersonell som arbeider med implementering av kunnskapsbaserte fagprosedyrer.

Nøkkelord: Kunnskapsbasert praksis, kunnskapsbaserte fagprosedyrer, hjemmesykepleie, kvalitativ studie.

INNLEDNING

Hjemmesykepleien er et praksisfelt hvor det stilles krav til bred kompetanse (1), fordi sykepleiere utfører komplekse og varierte oppgaver, som oftest alene i møte med pasientene (2). Kunnskapsbaserte fagprosedyrer er et hjelpemiddel for å øke tilgjengelighet og bruk av forskningsbasert kunnskap i praksis. De skal bidra til at pasienter mottar helsehjelp basert på anbefalinger og råd for hva som er god praksis på utgivelsestidspunktet, og redusere uønskede variasjoner i helsehjelpen (3). Til tross for disse fordelene viser tidligere studier at bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer varierer og avhenger av en rekke faktorer både på individ- og organisasjonsnivå (4). Interne faktorer på individnivå, som sykepleieres holdninger, kompetanse og motivasjon, og eksterne faktorer som ressurser, organisasjonskultur og ledelse, har blitt påvist å ha innvirkning på i hvilken grad sykepleiere tar i bruk kunnskapsbaserte standarder (5;6).

Kunnskapsbaserte fagprosedyrer

Kunnskapsbaserte fagprosedyrer baseres på kunnskapsoppsummering som beskriver sykepleie, medisinske og andre helsefaglige aktiviteter eller prosesser. De er basert på vitenskapelig dokumentasjon og er systematisk utviklet etter egen retningslinjemetodikk (3). I kunnskapspyramiden (figur 1), som viser en gradert oversikt over ulike typer kunnskapskilder, befinner kunnskapsbaserte fagprosedyrer seg på det tredje nivået. Pyramiden skal hjelpe helsepersonell å velge kilder når en skal finne svar på kliniske spørsmål (7).

[Sett inn figur 1]

Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis (KBP) handler om å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (7). KBP har utspring fra «evidence-based medicine», som handler om å utøve klinisk praksis med et helhetssyn hvor den beste tilgjengelige kunnskapen fra forskning kombineres med klinikerens erfaringskunnskap (8). Et kritisk blikk på KBP har vært begrunnet med at forskningsbasert kunnskap ofte har vært reservert til bestemte former for målbar kunnskap der funn fra randomiserte kontrollforsøk blir rangert høyere enn andre kunnskapskilder (3).

I KBP spiller konteksten en viktig rolle, det vil si miljøet eller arbeidsplassen kunnskapskildene skal benyttes i. Aspekter ved konteksten, som kultur, ressurser og etiske forhold, vil ha innvirkning på sykepleieres vektlegging av kunnskapskilde, prioritering og praksisutøvelse. Sykepleiere må vurdere situasjon og kontekst, og se dette i lys av forsknings-, bruker- og erfaringsbasert kunnskap for å kunne ta gode beslutninger i praksis (7).

Hvorvidt eller hvor hyppig sykepleiere bruker kunnskapsbaserte fagprosedyrer kan ha sammenheng med deres syn på og forståelse av KBP. Studier har vist at sykepleiere ofte vektlegger erfaringskunnskap og pasientens preferanser tungt i sin praksis, til tross for en positiv holdning til KBP (9-11).

HENSIKT

Hjemmesykepleien er en kompleks sektor i kontinuerlig endring. Sykepleiere utfører mer avansert praksis enn tidligere, hvorav flere oppgaver tradisjonelt sett har vært utført på sykehus (12). Kunnskapsbaserte fagprosedyrer er et sentralt hjelpemiddel i møte med utviklingen som hjemmesykepleien står overfor. Kompleksiteten og økende spesialisering i hjemmesykepleien aktualiserer behovet for å undersøke aspekter ved kunnskapsgrunlaget i dette praksisfeltet.

Hensikten med studien er derfor å undersøke sykepleieres syn på og erfaring med bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer som kunnskapskilde i hjemmesykepleien.

METODE

Design

For å innhente informasjon om sykepleieres erfaringer med bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer ble det anvendt en kvalitativ beskrivende design. Kvalitative tilnærminger gir grunnlag for å oppnå forståelse og beskrivelser av egenskaper ved fenomenet man studerer (13).

Utvalg

Seks sykepleiere fra kommunal hjemmesykepleie fra to forskjellige avdelinger i en stor kommune ble rekruttert. Alle informantene hadde flere års erfaring som sykepleiere, og antall

år med arbeidserfaring fra hjemmesykepleien varierte fra 1 - 16 år. To av sykepleierne hadde stilling som fagansvarlig, og fire av sykepleierne arbeidet i klinisk praksis.

Innsamling av data

Data ble innhentet gjennom semi-strukturerte individuelle intervjuer høsten 2019. En intervjuguide ble utviklet for å sikre at samtalene inkluderte temaene syn på KBP og erfaringer med kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Intervjuene ble gjennomført på deltakernes arbeidsplass, tatt opp på lydbånd og transkribert i sin helhet i etterkant. Språket i noen av intervjuene har blitt normalisert, og enkelte utsagn vil derfor ikke være referert ordrett.

Analyse

Analysen ble utført med utgangspunkt i Braun og Clarkes (14) metode for tematisk analyse. Metoden, som består av seks trinn, bidro til å identifisere koder og deretter abstrahere temaer og mønstre i datamaterialet på en fleksibel og systematisk måte.

[Sett inn tabell 1]

Forskningsetiske vurderinger

Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (referansekode 52279) før innsamling av data. Det ble sendt forespørsel til en seksjonsleder om tillatelse til innhenting av data. Etter å ha mottatt samtykke ble det etablert kontakt med to ulike avdelinger. En sykepleier i hver avdeling bidro i rekruttering ved å videreformidle skriftlig informasjon om studien til sykepleiere i avdelingene. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra informantene som ble intervjuet.

RESULTATER

Resultatene av analysen gir et bilde av betydningen informantene tilla kunnskapsbaserte fagprosedyrer og deres oppfatning av nytteverdien. I den daglige praksisen var det flere forhold som hadde innvirkning på informantenes mulighet til å ta i bruk kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Funnene ble oppsummert i tre tema: Nytteverdi, læringsmiljø og tid og tilgang.

Nytteverdi

Informantene hadde et positivt syn på KBP. En felles oppfatning var at bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer var viktig for den faglige kvaliteten i praksisutøvelsen, og at denne formen for kunnskapskilde kom pasientene til gode. De hadde tillit til at

kunnskapsbaserte fagprosedyrer var basert på oppdatert forskningsbasert kunnskap, noe som ga sykepleierne en ekstra trygghet. En av informantene beskrev det slik:

«(...) jeg synes jo at det gir en trygghetsfølelse. Du jobber etter noe som du vet skal være den beste måten å gjøre det på (1)».

Informantene fortalte at kunnskapsgrunnlaget i fagprosedyrerne ble brukt som teoretisk utgangspunkt i opplærings situasjoner og i praksisveiledning av studenter og kollegaer. I tillegg ble fagprosedyrerne brukt som beslutningsstøtte for handlingsvalg. En informant fortalte:

«Det har vært veldig greit å kunne finne prosedyren i (...), og ha den med på møter for å vise hvordan det bør gjøres. Fordi vi har hatt et ulikt syn på hvordan det bør gjøres (2)».

Dette funnet peker på at informantene ser på fagprosedyrerne som en beskrivelse av riktig praksis.

I møte med pasientene tillot informantene seg handlingsrom i fagprosedyreutøvelsen på bakgrunn av tidligere erfaring, kunnskap og skjønnsmessige vurderinger. En informant sa:

«(...) fagprosedyrerne er litt generalisert, og det er ikke alltid rekkefølgen kan følges, og du må tilpasse det hver gang, til hver enkel pasient eller bruker. For det er ikke alltid prosedyrene er helt tilpasset dem (6)».

Informantene understreket at det i mange tilfeller var nødvendig å gjøre individuelle tilpasninger av praksisanbefalingene i fagprosedyrerne for å kunne imøtekomme pasientens mer spesielle ønsker. Enkelte ganger avvek de derfor fra fagprosedyrenes anbefalinger fordi pasientene hadde andre preferanser.

Læringsmiljø

Flere av informantene fortalte at fagprosedyrer kunne utløse faglige diskusjoner sykepleiere imellom, og at i diskusjonene ble erfaringskunnskap i stor grad anerkjent og vektlagt.

En informant fortalte:

«(...) her i hjemmesykepleien er det veldig vanlig at folk sier «det funker best på denne måten» (...) jeg mener at det er ikke alltid en bør basere praksis på erfaringer, man bør også søke etter andre kunnskapskilder (6)»

Dette funnet antyder at erfaringskunnskap kunne gå på bekostning av å bruke andre typer kunnskapskilder, og vektlegges fremfor forskningsbaserte anbefalinger.

Enkelte av informantene fortalte at det var lav terskel for å spørre andre kollegaer om hjelp dersom det var ting ved fagprosedyrer de var usikre på. En informant fortalte:

«Vi diskuterer prosedyrene oss mellom når vi har rapporter. Og hvis det er nye fagprosedyrer så er vi flinke til å gi hverandre opplæring (1)».

Internt spilte både kollegaer og sykepleiere med fagansvar en rolle i opplæring i utførelse av fagprosedyrer. Enkelte ganger ble opplæring i mer avanserte fagprosedyrer gitt på sykehus. Informantene fortalte at behovet for opplæring ofte var avhengig av om fagprosedyrene var ukjente og avanserte, men også av den enkeltes interesse for å holde seg faglig oppdatert.

Å holde seg faglig oppdatert ble beskrevet av flere av informantene som utfordrende. Enkelte fortalte at faglig oppdatering foregikk på fritiden og som regel på eget initiativ, fordi det ikke var tid når de var på jobb. Informantene hadde i tillegg ulike meninger om hvorvidt kunnskapsbaserte fagprosedyrer ble gjort kjent for dem og en informant sa:

«(...) vi snakker ikke så mye om prosedyrer på jobben, en burde på en mer aktiv måte prøve å selge dem inn, slik at alle blir bevisst dem (...). Og motivere folk til å bruke dem (3)».

Informantene anså det som viktig for bruk av fagprosedyrer å ha fora hvor fagprosedyrer ble satt på dagsorden og formidlet til dem.

Flere av informantene ytret ønske om mer fokus fra ledere på KBP som en nødvendig arbeidsform. En informant beskrev det slikt:

«Ledere burde være mere tydelig på at det er kunnskapsbasert vi må jobbe. Og gi folk anledning til og både lære seg hvordan det gjøres og få tid til å gjøre det. For det er ganske stramme rammer (4)».

Dette peker på behov for en mer systematisk innsats både på individ- og organisasjonsnivå for å fremme denne formen for praksisutøvelse.

Tid og tilgang

Tidspress ble fremhevet av informantene som en utfordring. Slik beskrev en informant det:

«... det er mye tidspress i hjemmesykepleien. Så det gjelder på en måte av og til å holde hodet kaldt, og du må ta deg tid til å gjøre prosedyren rett selv om du vet at det er veldig mye du skal gjøre etterpå (1)».

Mangel på tid hindret muligheten for å kunne søke etter fagprosedyrer og å oppdatere seg på dem, og påvirket også den praktiske prosedyreutøvelsen hjemme hos pasientene.

En felles oppfatning blant informantene var at etter samhandlingsreformen hadde de økt behov for tilgang til forskningsbasert kunnskap i hjemmesykepleien. De fleste av informantene opplevde imidlertid at tilgangen til denne kunnskapskilden var begrenset:

«Tilgangen til forskningsbasert kunnskap er dårlig bortsett fra de kunnskapsbaserte fagprosedyrene, (...) vi har ikke tilgang til databaser for å søke etter forskning (6)»

Flere av informantene fortalte at internett ble hyppig brukt for å søke etter kunnskap. En av informantene fortalte at hun søkte etter fagprosedyrer på Youtube for å lære seg hvordan de skulle utføres. Tilgangen til tidsskrifter på arbeidsplassen ble omtalt som mangelfull, men i den grad de ble introdusert for ny kunnskap var det gjennom kurs og seminarer.

En av informantene pekte på at det ikke var gitt at søk etter ny kunnskap var enkelt for alle:

«For jeg vet hvor jeg skal lete, og hvor jeg skal hente den kunnskapen jeg trenger, men jeg er ikke så sikker om det er like lett for alle (4)».

Dette funnet tyder på at sykepleierne hadde ulik kunnskap om hvilke oppslagsverk de hadde til rådighet på arbeidsplassen.

Informantene fortalte om flere aspekter ved de kunnskapsbaserte fagprosedyrene som kunne virke som barriere for bruk. Enkelte oppfattet fagprosedyrene som for lange og lite brukervennlige. En informant sa det slikt:

«Ellers så synes jeg ofte at prosedyrer som er i (...) er ganske lange og omfattende, at det hadde vært enklere hvis man kunne ha lagd de kortere og mer brukervennlige (2)».

En annen informant beskrev en form for motløshet hun kunne få av å lese lange og kompliserte fagprosedyrer. Flere av informantene opplevde at de kunnskapsbaserte fagprosedyrene som de hadde til rådighet var laget for sykehuspraksis. Dette relaterte de til at praksisanbefalingene kunne være vanskelig å gjennomføre hjemme hos pasientene på grunn av fysisk utforming ved boligen og tilgangen på utstyr.

For flere av informantene var det en utfordring at kunnskapsbaserte fagprosedyrer ikke alltid var lett tilgjengelige der de trengte dem hjemme hos pasientene. En informant sa:

«At fagprosedyrene er lett tilgjengelig, det tenker jeg er veldig viktig. For det er ikke alltid så lett, eller de er egentlig ikke så lett tilgjengelig i arbeidshverdagen i hjemmetjenesten. Fordi da må du ha lastet ned (...) på din egen telefon, hvis ikke integrasjonsløsningen har blitt brukt til elektronisk pasientjournal (2)».

Dette peker på at det ikke var en norm at fagprosedyrene var tilgjengelig i de ulike praksisarenaene hvor informantene utførte sitt arbeid.

DISKUSJON

Sykepleieres erfaringer bekrefter at de opplevde flere fordeler med å bruke kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Formålet og nytten så ut til å ha bred aksept. Samtidig var det flere faktorer som hadde innvirkning på i hvilken grad de ble brukt i praksis.

Fagprosedyrer i samspill med andre kunnskapskilder

Funnene viser at informantene hadde et positivt syn på KBP og at kunnskapsbaserte fagprosedyrer er en viktig kunnskapskilde for kvalitetssikring av fagutøvelsen og faglig trygghet. Informantene brukte fagprosedyrer til å begrunne handlingsvalg og som teoretisk utgangspunkt i opplæring og veiledning. Opplevelsen av nytteverdi bidrar i seg selv til at kunnskapsbaserte standarder blir brukt av sykepleiere, noe som støttes av tidligere forskning (5;15).

Den positive holdningen til kunnskapsbaserte fagprosedyrer synes også å ha sammenheng med at informantene opplevde økt behov for tilgang til forskningsbasert kunnskap etter samhandlingsreformen. Behovet er begrunnet i at utviklingen i hjemmesykepleien har vært at de overtar stadig flere oppgaver som tidligere har vært utført på sykehus (12).

Noen studier har pekt på motstand mot kunnskapsbaserte standarder fordi slike kunnskapsoppsummeringer kan virke som en barriere for individuelt tilpasset sykepleie, kritisk tenkning og sykepleieres autonomi i praksisutførelsen (16;5). Dette står i kontrast til funn i denne studien: Til tross for at fagprosedyrene var en viktig rettesnor for informantenes praksis, sikret de individuell tilpasning ved å tillate seg handlingsrom i prosedyreutøvelsen. Informantene så det nødvendig å gjøre justeringer av praksisanbefalingene i fagprosedyrene for å imøtekomme brukers preferanser og individuelle behov. Dette funnet støttes av andre studier som finner at pasientenes individuelle behov er et viktig moment i beslutningsprosessen for sykepleiere i hjemmesykepleien (17).

Erfaringsutveksling omkring fagprosedyrer syntes å spille en viktig rolle for informantene og bidro til læring. Andre studier bekrefter at sykepleiere benytter kollegaer som kunnskapskilde

og at slik erfaringsutveksling mellom kollegaer har innvirkning på sykepleieres faglige vurderinger (10;18;19). Praksisanbefalinger i fagprosedyrer kan endre seg på bakgrunn av ny forskning (20), derfor vil kunnskapsoverføring blant kollegaer utfordres dersom den som lærer bort ikke er oppdatert på kunnskap om riktig praksis. En konkret konsekvens vil være at sykepleiere lærer hverandre feil prosedyrepraksis.

Barrierer for bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer

I den grad informantene hadde negative erfaringer med bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer var det hovedsakelig knyttet til selve utformingen og relevansen til lokal kontekst. At kunnskapsbaserte standarder oppleves som anvendelige og forenlig med lokal kontekst har innvirkning på om sykepleiere tar dem i bruk (5;21). Dette understreker at i utviklingen av kunnskapsbaserte fagprosedyrer spiller målgruppedefinisjon, innhold og struktur en viktig rolle for brukervennlighet og vurdering av overføringsverdien (22;23).

For informantene var enkel tilgjengelighet av fagprosedyrene i arbeidsarenaene av betydning for bruken. Det er rimelig å anta at dersom sykepleiere på en rask måte kan finne frem fagprosedyrer når de trenger dem vil det fremme bruken (22).

I likhet med andre studier fant denne studien at sykepleiere opplevde tidspress som en barriere for bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer (15;6). Informantenes beskrivelser gir grunnlag for å si at tidspress hindrer deres mulighet for å holde seg faglig oppdatert i mengden av fagprosedyrer, og at slikt tidspress kunne få konsekvens for kvaliteten på gjennomføringen av fagprosedyrene. Opplevelsen av tidspress og mangel på lett tilgjengelige fagprosedyrer kan bidra til at sykepleiere nedprioriterer å søke etter og bruke fagprosedyrer (5). Dette kan være en forklaring på den lave terskelen for å henvende seg til en kollega, eller søke etter kunnskap gjennom andre kilder som internett og Youtube (24).

Premisser for KBP

Et godt utgangspunkt for å ta velinformerte beslutninger og for å fremme KBP er at helsepersonell har nødvendig tilgang til ulike kilder for forskningsbasert kunnskap (25). På den ene siden opplevde flere av informantene tilgangen til forskningsbasert kunnskap som begrenset. På den andre siden peker resultatene på at informantene hadde varierende kjennskap til hva de hadde til rådighet av kunnskapskilder på arbeidsplassen. I tillegg hadde de ulik kunnskap om hvordan å oppsøke slik kunnskap. Studier viser at sykepleiere rapporter

om manglende kunnskaper om KBP og utfordringer med å håndtere forskningsbasert kunnskap (26-28).

Informantene ønsket mer fokus og etterspørsel fra ledere om å integrere KBP i det daglige arbeidet, og at kunnskapsbaserte fagprosedyrer i større grad ble satt på dagsorden. Tidligere studier viser at ledelse er en viktig faktor for implementering av KBP (29;19). Funn fra en systematisk review viste at manglende støtte fra ledere førte til usikkerhet blant personalet om hvorvidt kliniske retningslinjer skulle brukes, og naturlig nok til at de i mindre grad ble brukt i daglig praksis (5).

Ny forskning fører til at kunnskapsbaserte fagprosedyrer blir revidert og at praksisanbefalingene endrer seg over tid (22). For å unngå at sykepleiere baserer sin praksis på utdatert teori eller en ubalanse i valg av kunnskapskilder så forutsetter det tilgang til fagprosedyrer og regelmessig oppdatering i dem. For å sikre KBP vil det derfor være hensiktsmessig å tilrettelegge for at faglig oppdatering innlemmes som en oppgave i arbeidshverdagen på lik linje med å utføre andre praktiske oppgaver.

Styrker og svakheter ved studien

Styrken med denne studien er at den bidrar med kunnskap om bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer i hjemmesykepleien, som er et mindre utforsket tema og praksisfelt. Litteratursøk avdekket at de fleste tidligere studiene referer til bruk av kliniske retningslinjer, de er kvantitative og gjerne utført i sykehuskontekst. Det at forfatteren av denne artikkelen har erfaring både med tematikken og praksisfeltet kan være både en svakhet og styrke ved studien. For å redusere risikoen for at tolkningene kunne bli et resultat av min forforståelse har den tematiske analysen vært gjort tett opp til deltakernes uttalelser. En annen begrensning er at studien er gjennomført i kun én kommune, og en må ta høyde for at et større utvalg ville gitt større variasjon i datamaterialet. Studiens resultater kan ha nytteverdi for helsepersonell og ledere som arbeider med implementering av kunnskapsbaserte fagprosedyrer i hjemmesykepleien.

KONKLUSJON

Når det stilles krav til bredere kompetanse i hjemmesykepleien, fordi man utfører komplekse og varierte oppgaver alene i møte med pasientene, er kunnskapsbaserte fagprosedyrer som kunnskapskilde stadig viktigere for å opprettholde kvaliteten på fagutøvelsen og faglig trygghet. Sett i lys av nytteverdien informantene hadde av kunnskapsbaserte fagprosedyrer er det problematisk at KBP er avhengig av sykepleiernes egen interesse for og vilje til å jobbe kunnskapsbasert, og i mindre grad forankret på organisasjonsnivå. I takt med vekst i antall brukere og nye behandlingsmuligheter i hjemmet trengs det økt satsing på KBP i hjemmesykepleien. Sykepleiere i hjemmesykepleien bør i større grad være fremtidens målgruppe og aktør i utvikling av kunnskapsbaserte fagprosedyrer.

REFERANSELISTE

1. Bing-Jonsson PC, Bjørk, I, Hofoss D, Kirkevold M, Foss C. Competence in advanced older people nursing: development of 'Nursing older people – Competence evaluation tool. *International Journal of Older people Nursing*. 2014;10(1):59 – 72.
2. Fjørtoft AK. *Hjemmesykepleie: ansvar utfordringer og muligheter*. 3. utg. Bergen. Vigmostad & Bjørke AS; 2016. 248.
3. Stubberud DG. *Kvalitet og pasientsikkerhet: sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018. 173.
4. Ploeg J, Davies B, Edwards N, Gifford W, Miller PE. Factors influencing best-practice guideline implementation: lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2007;4(4):210–219.
5. Jun J, Kovner CT, Stimpfel AW. Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;60:54–68
6. Abrahamson KA, Fox RL, Doebbeling BD. Facilitators and barriers to clinical practice guideline use among nurses. *American Journal of Nursing*. 2012;112(7):26-36.
7. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. *Jobb kunnskapsbasert! en arbeidsbok*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm AS; 2017. 216.
8. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-72.
9. Rolfe G, Segrott J, Jordan S. Tensions and contradictions in nurses' perspectives of evidence-based practice. *Journal of Nursing Management*. 2008;16(4):440-451.
10. Berland A, Gundersen D, Bentsen SB. Evidence-based practice in primary care—An explorative study of nurse practitioners in Norway. *Nurse Education in Practice*. 2012;12(6):361-365.
11. Renolen Å, Hjälmhult E. Nurses experience of using scientific knowledge in clinical practice: a grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015;29(4):633-641.
12. Melby L, Obstfelder A, Hellesø R. 'We Tie Up the Loose Ends': Homecare Nursing in a Changing Health Care Landscape. *Global Qualitative Nursing Research*. 2018;5:1-11.
13. Thagaard T. *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. 4. utg. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS; 2013. 244.
14. Virginia Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3:2:77-101.
15. Mathieson A, Grande G, Luker K. Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: a systematic mixed-studies review and qualitative synthesis. *Primary Health Care Research & Development*. 2019;20(e6):1-11.
16. Henriksen J, Madsen KH, Meldgaard A. Sygepleje og palliativ indsats – Hvilken betydning tillagde basis sygeplejersker procedurer og kliniske retningslinjer i den palliative indsats?. *Nordisk Sygeplejeforskning*. 2015;5(4):382-396.
17. Gray E, Currey J, Considine J. Hospital in the home nurses' assessment decision making: an integrative review of the literature. *Contemporary Nurse*. 2018;54(6):603-616.

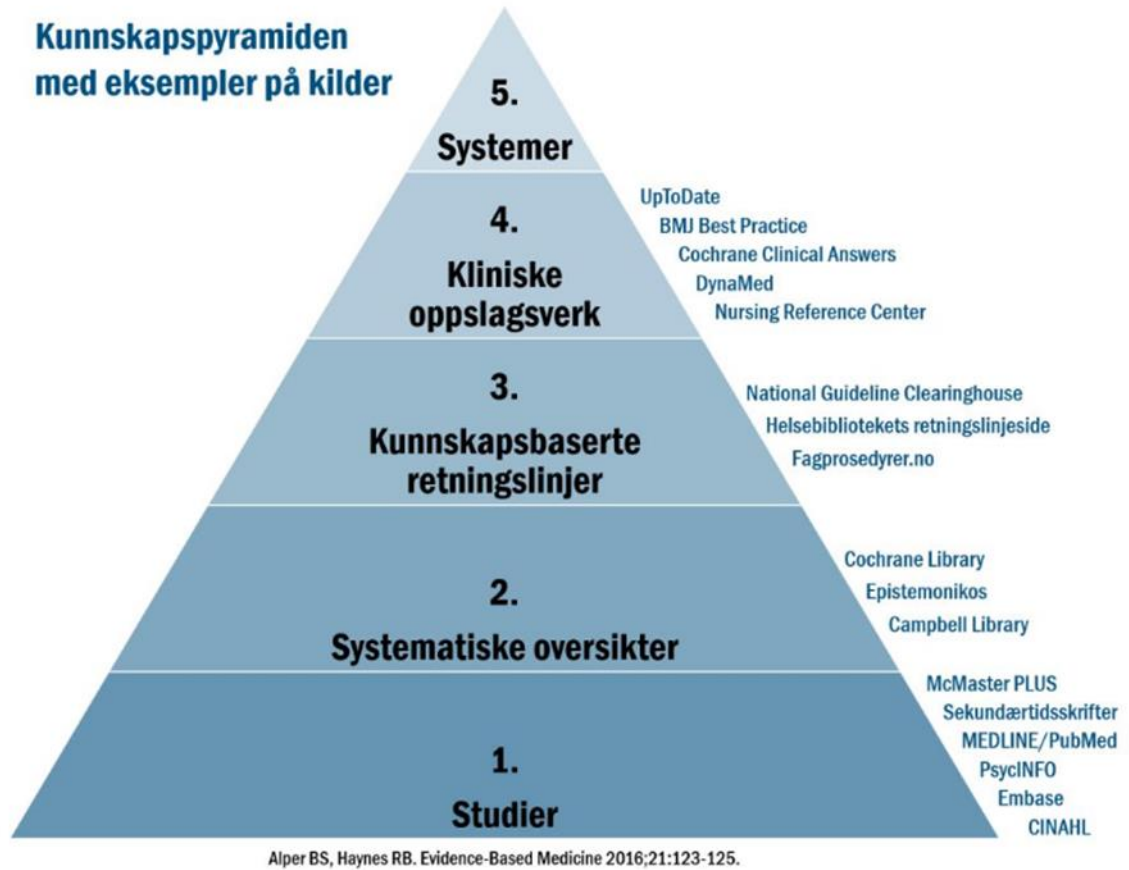
18. Kyrkjebø D, Søvde BE, Råholm M-B. Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering?. *Sykepleien Forskning*. 2017.
19. Røkholt G, Davidsen L-S, Johnsen HN, Hilli Y. Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge. *Nordisk Sygeplejeforskning*. 2017;7(3):195-208.
20. Shekelle, P., Woolf, S., Grimshaw, J.M. et al. Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. *Implementation Science*. 2012;7:62.
21. Barth JH, Misra S, Aakre KM, et al. Why are clinical practice guidelines not followed?. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*. 2016;54(7):1133-1139.
22. Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. *Kunnskapshåndtering: i medisin og helsefag*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2013. 194.
23. Wensing M, Grol R, Grimshaw J. *Improving Patient Care: the implementation of change in health care*. 3.utg. Chichester: John Wiley & Sons; 2020. 432.
24. Teodorowski P, Cable C, Kilburn S, Kennedy C. Enacting evidence-based practice: pathways for community nurses. *British Journal of Community Nursing*. 2019;24(8):370-376.
25. Eizenberg MM. Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors?. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(1):33-42.
26. Hjelen W, Sagbakenn M. Operasjonssykepleiere mangler tid og kompetanse til å arbeide kunnskapsbasert. *Sykepleien Forskning*. 2018;13.
27. Brooke JM, Mallion J. Implementation of evidence-based practice by nurses working in community settings and their strategies to mentor student nurses to develop evidence-based practice: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*. 2016;22(4):339-347.
28. Weum M, Bragstad LK, Glavin K. Hvordan helsesøstre bruker kunnskapskilder. *Sykepleien Forskning*. 2017;11.
29. Sandvik GK, Stokke K, Nortvedt MW. Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus?. *Sykepleien Forskning*. 2011;8(2):158-165.

Tabell 1

Eksempel på analyseprosessen

Meningsbærende enhet	Koder	Tema
<i>Prosedyrer har man nytte av, for da vet du at det blir ordentlig, og at det er riktig og sikkert (4).</i>	Kvalitetssikring av fagutøvelse	Nytteverdi
<i>Fagsykepleier hjelper oss hvis det er noe vi lurere på med fagprosedyrer, hjelper oss å finne fagprosedyrer og vi kan støtte oss på vedkommende (1).</i>	Kollegial støtte	Læringsmiljø
<i>Arbeidsdagen er beregnet for å utføre det som står i tiltaksplanen, men det er ikke beregnet tid til å finne noe forskningsbasert kunnskap (6).</i>	Ikke tid til å finne forskningsbasert kunnskap	Tid og tilgang
<i>Vi har jo ikke mye tilgang til forskningsbasert kunnskap. Vi har jo ikke databaser å søke på. Sånn at vi må innhente kunnskap på andre måter. Så tilgangen er ikke så stor akkurat på arbeidsplassen (1).</i>	Manglende tilgang til forskningsbasert kunnskap	Tid og tilgang

Figur 1 Kunnskapspyramiden med eksempler på kilder



Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Dato: 25.06.2020

Vedlegg 1 – Forfatterveiledning, Sykepleien Forskning

Hentet fra: <https://sykepleien.no/forfatterveiledning>. Dato: 25.06.2020

FORFATTERVEILEDNING

Sykepleien Forskning er et norsk, fagfellevurdert vitenskapelig nivå-1-tidsskrift som skal fremheve og formidle kunnskap som er relevant for alle aspektene av sykepleieutøvelsen.

Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke kunnskapsbasen for og kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. *Sykepleien Forskning* publiserer vitenskapelige artikler som samsvarer med dette målet.

Sykepleien Forskning henvender seg til utøvende helsepersonell, studenter på alle nivåer og forskere for å bidra til at den publiserte kunnskapen leses og benyttes i fagutvikling samt teoretisk og empirisk forskning.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett, noe som innebærer at kunnskap raskt når ut til mange lesere. *Sykepleien Forskning* inviterer av og til en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren lenkes til artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, kan lenke til artikkelen sin på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i, sosiale medier eller andre kanaler.

Alle artikkelmanuskripter som sendes til redaksjonen, må følge det som står i denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne, selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Dobbelt- eller sekundærpublikasjon

Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som rapporter, aviser, magasiner og på internett, for eksempel i institusjonelle arkiver.

Hvis manuskriptet bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatter(ne) opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon, for å unngå plagiering/dobbeltpublisering.

Om du er i tvil om manuskriptet er en dobbelt- eller sekundærpublikasjon, må du ta kontakt med redaktør for avklaring.

Lengde på manuskriptet

Antallet ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser). Unntak kan gjøres for systematiske litteraturoppsummeringer, men disse bør ikke overskride 4000 ord.

Format og oppsett

Artikkelmanuskriptet med alle vedlegg skrives elektronisk i Microsoft Word-programmets .doc-form.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatter(ne) må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

- All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.
- Overskriftene markeres med fet skrift.
- Linjeavstand skal være 1,5.
- Ikke bruk rett høyremarg.
- Fotnoter skal ikke brukes.
- Figurer og tabeller fremstilles sist i hovedmanuskriptet.
- Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig.

Manuskriptets innhold

Artiklene skal struktureres etter IMRAD-prinsippet (Introduction, Methods, Results and Discussion):

- innledning
- metode
- resultater
- diskusjon

Hovedmanuskriptet (main document) skal ha følgende innhold:

1. Tittelside

Tittelsiden skal inneholde følgende:

- tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom)
- forfatterens/forfatterne navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, angis det en kontaktperson og kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antallet tegn (inkludert ordmellomrom) og antallet ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antallet figurer og tabeller

2. Sammendrag (*abstract*)

Forfatter(ne) fremstiller kun et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Sammendraget skal være på maksimalt 300 ord inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Bruk helst norske MeSH-begreper. Disse finner du på nettsiden mesh.uia.no. Angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av hele artikkelen, inkludert sammendraget, til engelsk.

Tekst

Overskriftene (mellomtitlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

- Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt. (Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)
- Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt. (Subjektet er ikke synlig – hvem undersøker ...?)

Bruken av fremmedord bør begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser skal forklares første gang de forekommer i teksten.

Du finner gode tips til skriving i det hvite feltet nederst på *Sykepleien Forsknings* hjemmeside, kalt «Skrive for Sykepleien Forskning?».

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken og *bakgrunn* for studien, som inkluderer en litteraturgjennomgang som beskriver nyere og aktuell forskning innen det samme emnet/temaet, og som begrunner behovet for at studien artikkelen beskriver, ble gjennomført. Denne delen avsluttes for eksempel med: «Hensikten med studien er å ...»

Det styrker artikkelens kvalitet om en problemstilling leder frem til artikkelens hensikt og forskningsspørsmål.

Metodedel. Her beskrives og begrunnes forskningsdesign og metoder: utvalg og utvelgelsesprosess, datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert i hvilken tidsperiode dataene ble samlet inn), bearbeiding og analyse av dataene, og godkjenning av REK eller Personvernombudet/NSD (oppgi referansenummer) og andre relevante instanser.

Hva forfatter(ne) gjorde for å ivareta studiens reliabilitet og resultatenes validitet, bør det gjøres rede for. Tillatelser til bruk av eksisterende spørreskjemaer må være innhentet.

Resultater. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling og/eller forskningsspørsmål i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren.

Ved bruk av kvalitative metoder bør forfatter(ne) ha illustrert analyseprosessen, det vil si hvordan du kom frem til resultatene, i en figur eller en tabell/matrise i metodedelen.

Diskusjon. Studiens resultater diskuteres i relasjon til hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål og annen internasjonal relevant forskning. Diskusjonen skal inkludere en metodediskusjon, der studiens styrker og svakheter gjøres rede for og diskuteres.

Konklusjon. Konklusjonen beskriver hva studiens bidrag er (til hva eller hvem), og skal fullt ut underbygges av studiens resultater.

Figurer og tabeller

Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer og tabeller (for eksempel tre tabeller og to figurer eller omvendt). Disse lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene). Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten. Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettfomater, som nettbrett og mobiltelefon.

Referanser

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antallet referanser bør ikke overstige tretti. For artikler som beskriver litteraturstudier, gjelder ikke begrensningen i antallet referanser.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato.

Tilleggsinformasjon, som «tilgjengelig fra», «nedlastet», «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai;45(5):668–81.
2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.

3. Brenne AT, Estenstad B. Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. Palliasjon: nordisk lærebok. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Melbye L, Ådnes M, Kasteng F. Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: Sintef; 2017. Sintef-rapport A28053.
5. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).
6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatabank.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).
7. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
8. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
9. Humerfelt K. Brukermidvirkning i arbeid med individuell plan. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

Forslag til habile fagfeller

Artikkelforfatter(ne) må foreslå minst to habile fagfeller. Fagfeller kan ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan skape tvil om habiliteten.

Følgerebrev til redaktør (cover letter)

I følgerbrevet må forfatterne oppgi

- hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer
- en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for *Sykepleien Forsknings* lesere
- en redegjørelse for hvorvidt resultatene er presentert tidligere, for eksempel som poster eller abstrakt på en vitenskapelig konferanse

Innsending av manuskript

Artikkelen og alle medfølgende dokumenter lastes opp i *Sykepleien Forsknings* manuskripthåndteringssystem ScholarOne, via følgende adresse: <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskripter som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren og en medredaktør en vurdering av om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter(ne) for revidering eller oversendes til fagfeller (*referees/reviewers*) for nærmere vurdering.

Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering, hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg på manuskripthåndteringssystemet ScholarOne kan du følge med på hvor manuskriptet ditt er i vurderingsprosessen.

Innsending av revidert manuskript

Etter fagfellevurderingen blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(ne) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.

Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatter(ne) har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør. Dette lastes opp sammen med det reviderte manuskriptet i ScholarOne som «Author's response».

Alle endringer i det reviderte manuskriptet skal markeres med rød skrift.

Revidert manuskript og «Author's response» lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren eller gå til «Author» i ScholarOne.

Godkjenning av manuskript

Forfatter(ne) får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering.

Etter godkjenning sendes manuskriptet videre for teknisk og språklig bearbeiding (inkluderer også tittelen) og følges opp av manusredaktøren.

Forfatter(ne) mottar språkvasket manuskript for gjennomgang og godkjenning.

Ved stor pågang kan bearbeidingen ta noe tid.

Oversetting til engelsk

Alle forskningsartikler i *Sykepleien Forskning* blir oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.

Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesning før publisering.

Krav til medforfatterskap

Sykepleien Forskning følger de nasjonale forskningsetiske komitéenes anbefalinger om å følge Vancouver-reglene for medforfatterskap.

Alle forfatterne skal ha deltatt i arbeidet i et slikt omfang at hver av dem kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet i artikkelen. Alle av følgende kriterier skal være oppfylt:

- Forfatter(ne) skal ha bidratt vesentlig til idé og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data
- Forfatter(ne) skal ha bidratt til utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold
- Alle forfatterne skal ha godkjent artikkelversjonen som skal publiseres
- Det skal være enighet blant forfatterne om å være ansvarlig for alle deler av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon eller integritet til noen del av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt

Vancouver-reglene med utdypninger finnes på følgende nettside: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må personene som har ansvar for og opphavsrett til innholdet, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen.

Personer som har bidratt til arbeidet, men som ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Sykepleien Forskning er i kontakt med forfatteren som er oppgitt som kontaktperson, og det er kontaktpersonens ansvar å videreformidle fagfellenes vurderinger og redaksjonens beslutninger til eventuelle medforfattere.

Interessekonflikter

Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis under punktet «Kartlegging av mulige interessekonflikter» når manuskriptet sendes inn. Det er ikke nødvendig å sende inn selve dokumentet «Erklæring om interessekonflikter».

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Intervjuguide

Innledning (kort om):

- Presentasjon; navn og bakgrunn; det vil si studie og studiested.
- Hva som er hensikten med prosjektet.
- Hvordan informasjonen fra intervjuet skal benyttes.
- Informasjon om anonymitet.
- Bruk av lydbånd.
- Stille spørsmål om det er noe informanten lurer på i forbindelse med intervjuet.

Demografiske spørsmål:

- Hvor lenge har du arbeidet i den kommunale hjemmesykepleien?
- Hvilken stilling har du?

Tema: Syn på kunnskapsbasert praksis

1. Kan du beskrive hva du oppfatter at kunnskapsbasert praksis er?
2. Kan du fortelle om ditt syn på kunnskapsbasert praksis?

Tema: Erfaring med kunnskapsbaserte fagprosedyrer

3. Vi henter kunnskap fra ulike kilder, for eksempel fra kollegaer, kurs og forskning. Hvordan vil du beskrive tilgangen til forskningsbasert kunnskap (kunnskap som er basert på forskning) i hjemmesykepleien?
4. Kunnskapsbaserte fagprosedyrer er bygd opp etter en metode (retningslinjemetodikk) og de oppfyller noen minstekrav blant annet at de er basert på forskningskunnskap. Eksempel på slike kunnskapsbaserte prosedyrer finnes i VAR Healthcare og i Helsebiblioteket.

Hvilke erfaringer har du med å bruke kunnskapsbaserte fagprosedyrer som en del av din arbeidshverdag?

5. Hvilken nytte opplever du at du har av å bruke kunnskapsbaserte fagprosedyrer?

MASTEROPPGAVENS DEL 2:

REFLEKSJONSOPPGAVE

Faktorer som påvirker bruk av kunnskapsbaserte
fagprosedyrer i hjemmesykepleien

*Refleksjon over studiens resultater sett i lys av
implementeringsteori*

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt og refleksjonsspørsmål.....	2
1.3	Valg av litteratur	2
1.4	Oppbygning av refleksjonsoppgaven	3
2	KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	4
2.1	Kunnskapsbaserte fagprosedyrer	5
3	PERSPEKTIVER FRA IMPLEMENTERINGSTEORI.....	6
3.1	Egenskaper ved implementeringsobjekt.....	7
3.2	Egenskaper ved målgruppen.....	7
3.3	Egenskaper ved pasienten.....	8
3.4	Den sosiale- og organisatoriske konteksten	8
3.5	Implementeringsstrategier	8
4	IMPLEMENTERING AV KUNNSKAPSBASERTE FAGPROSEDYRER.....	9
4.1	Egenskaper ved kunnskapsbaserte fagprosedyrer	9
4.2	Brukere av fagprosedyrene.....	10
4.3	Hjemmesykepleien som kontekst	12
5	KONKLUSJON.....	18
	REFERANSELISTE	19

Vedlegg

Vedlegg 1 - Informasjonsskriv om deltakelse i forskningsprosjekt med samtykkeskjema

Vedlegg 2 - NSD Meldeskjema og vurdering

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Fra et nasjonalt perspektiv har utviklingen i helsepolitikken gradvis flyttet ansvar fra sykehusene til tjenesteyting på kommunenivå. Pasienter innenfor både somatiske og psykiatriske helsetjenester skrives ut tidligere enn før, og behandling for begge gruppene skal i større grad foregå på laveste effektive omsorgsnivå - gjerne i egen bolig (Stamsø, 2014, s. 235 - 236). Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 tar hjemmesykepleien imot økt antall pasienter og disse pasientene har et mer sammensatt omsorgsbehov. Sykepleiere i dette praksisfeltet utfører derfor mer varierte og avanserte oppgaver enn tidligere (Gautun & Syse, 2013; Melby, Obstfelder & Hellesø, 2018).

Hjemmesykepleie defineres som helsehjelp til pasienter i deres eget hjem (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 39). Dette er ikke ensbetydende med at helsehjelpen ytes av en sykepleier, og hjemmesykepleiens oppgaver ivaretas av ulike grupper helsepersonell. Helsepersonell i hjemmesykepleien må yte helsehjelp til et mangfold av pasienter når det gjelder både alder, diagnoser, behov for helsehjelp og sosiale problemstillinger (Fjørtoft, 2016; Gjevjon & Fjørtoft, 2016). En sykepleiers arbeids- og funksjonsområder i hjemmesykepleien innebærer behandling, pleie og omsorg, samt fokus på helsefremming, forebygging og rehabilitering (Gjevjon & Fjørtoft, 2016). Kompleksiteten i helsehjelpen som ytes i hjemmesykepleien øker, noe som fordrer høy kompetanse - både på generalistnivå og på et avansert nivå. Tilgangen til og bruk av ulike kunnskapskilder i praksis øker også (Fjørtoft, 2016; Gjevjon & Fjørtoft, 2016).

I artikkelen ble sykepleiere i hjemmesykepleien sitt syn på og erfaringer med bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer som kunnskapskilde beskrevet (Arredondo, 2020). Informantene hadde et positivt syn på kunnskapsbasert praksis (KBP), og kunnskapsbaserte fagprosedyrer kom til nytte på flere måter i deres praksis. Det var imidlertid flere faktorer som utfordret informantenes mulighet for å bruke denne type kunnskapskilde. Dette samsvarer med tidligere studier som beskriver at implementering av KBP i helsevesenet er en kompleks prosess som påvirkes av en rekke faktorer både på individ- og organisasjonsnivå (Gifford, Graham & Davies, 2013; Lau et al., 2016).

1.2 Hensikt og refleksjonsspørsmål

Hensikten med refleksjonsoppgaven er å få en ytterligere forståelse av de identifiserte faktorerers betydning for sykepleieres mulighet til å bruke kunnskapsbaserte fagprosedyrer, for å få innsikt i hvordan disse kan tas i bruk på en suksessfull måte. Jeg mener det er hensiktsmessig å se dette i lys av implementeringsteori. Implementeringsteorier beskriver forhold som påvirker prosessen med omsetting av forskningsbasert kunnskap ut i praksisfeltet (Flottorp & Aakhus, 2013). Oppgavens refleksjonsspørsmål er derfor: Hvilke faktorer kan virke fremmende eller som barrierer for sykepleiernes bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer i hjemmesykepleien?

1.3 Valg av litteratur

Refleksjonsoppgaven er basert på tidligere forskningsstudier og faglitteratur. Publiserte bøker har blitt søkt frem via Oria på universitetsbibliotekets hjemmeside og via søk på Google. For å finne aktuelle forskningsartikler har jeg gjennomført systematisk litteratursøk i databasene Oria, CINAHL, SveMed+ og PubMed. Å lese abstrakter av forskningsartikler har underveis fungert som et hjelpemiddel for å velge ut relevante engelske fagtermer til bruk i litteratursøket. Søkordene som ble brukt er beskrevet i tabell 1. Søkene ble forsøkt målrettet, og antall treff redusert, ved å kombinere søkeord fra radene for populasjon og intervensjon ved hjelp av AND. Det var få treff på *fagprosedyrer / procedures*, men mange treff på *retningslinjer / guidelines*. Ettersom prinsippet bak utvikling av fagprosedyrer og retningslinjer er det samme, og begge defineres som standarder, vurderte jeg det som relevant å bruke litteratur om retningslinjer som kompensasjon for manglende treff på fagprosedyrer.

Tabell 1

Søkestrategi ved bruk av PICO

P:	Population/patient/problem	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleier - Nurses - Hjemmesykepleie - Community care - Home health care - Primary care
I:	Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Erfaring / syn / holdning med kunnskapsbasert praksis / kunnskapsbaserte fagprosedyrer - Experience / view / attitude towards evidence-based practice / evidence-based guidelines / evidence-based procedures
C:	Comparison	
O:	Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer - Use of evidence-based procedures

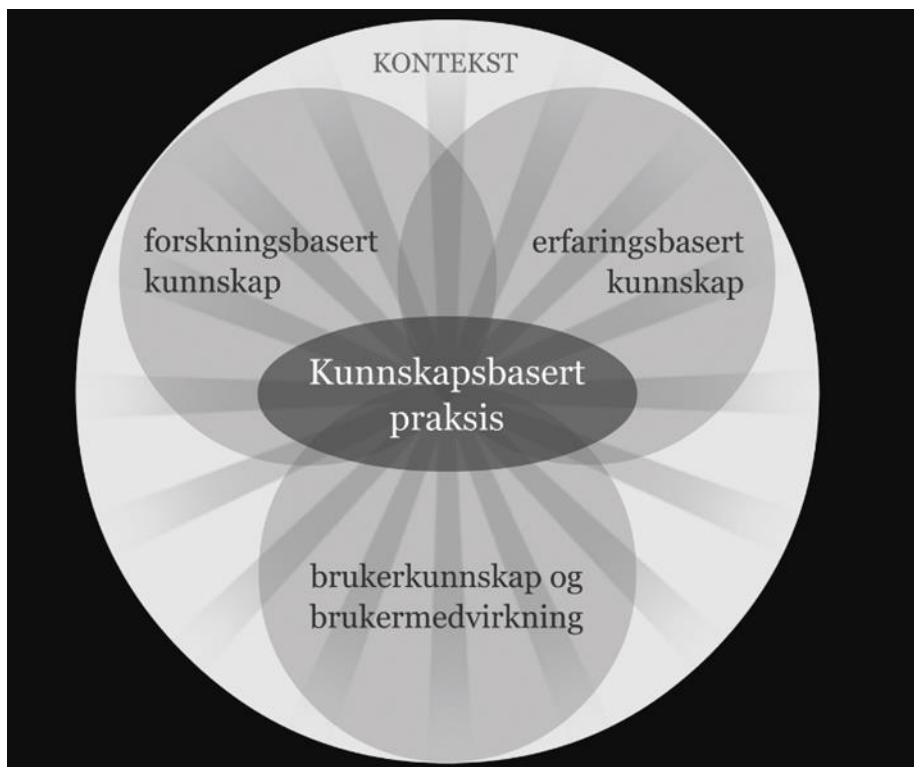
1.4 Oppbygning av refleksjonsoppgaven

Etter oppgavens innledning presenteres en kort beskrivelse av begrepene KBP og kunnskapsbaserte fagprosedyrer, etterfulgt av perspektiver fra implementeringsteori. Videre diskuteres hvilke faktorer i hjemmesykepleien som vil kunne fremme eller være barriere for bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Refleksjonsoppgaven avsluttes med en konklusjon.

2. KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

Sykepleiere har ansvar for at helsehjelpen som ytes bygger på oppdatert kunnskap, det vil si at praksisen skal være kunnskapsbasert (Stubberud, 2018). Kravet om at helsetjenester skal være kunnskapsbasert er beskrevet i flere politiske dokumenter, blant annet i stortingsmeldingene «Nasjonal helse- og omsorgsplan» (Meld.St. 16 (2011 – 2015)) og «God kvalitet – trygge tjenester» (Meld.St. 10 (2012–2013)). Forståelsen av KBP som legges til grunn i denne oppgaven er basert på modell for kunnskapspraksis (figur 1), definert som «å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2017, s. 17).

Figur 1 Modell for kunnskapsbasert praksis



Hentet fra https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/_attachment/251168?_ts=157beb1389f

KBP handler om å hente lærdom fra forskningsbasert kunnskap, kliniske erfaringer og pasientkunnskap for å kunne ta velinformerte beslutninger. I tillegg er konteksten der KBP skal utøves et viktig element, som vil si miljøet kunnskapskildene skal benyttes i (Nortvedt et al., 2017).

2.1 Kunnskapsbaserte fagprosedyrer

Etablering av standardiserte retningslinjer for helsehjelp sees på som et ledd i kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid, gjennom krav blant annet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Stubberud, 2018).

Standardiserte fagprosedyrer og retningslinjer skal bidra til å redusere gapet mellom forskningsbasert kunnskap og praksis, men er viktige også av andre grunner. En sentral hensikt er å redusere uønsket variasjon i helsehjelpen som pasienter får, gjennom at helsepersonell som arbeider med samme pasient eller grupper av pasienter utfører de samme handlingene. I tillegg skal de bidra til å begrense unødig eller feil bruk av ressurser som for eksempel bruk av utstyr, tid og penger ved at de utføres på riktig måte (Stubberud, 2018; Skår, 2013, s. 75). For å kunne definere en fagprosedyre som kunnskapsbasert forutsettes en viss grad av forankring i forskningsbasert kunnskap og at en har fulgt en standardisert fremgangsmåte under utviklingen av fagprosedyren, i litteraturen kalt retningslinjemetodikk (Stubberud, 2018). Det er viktig å merke seg at kvaliteten på kunnskapsbaserte fagprosedyrer kan variere og vil avhenge av i hvilke grad og på hvilken måte minstekravene i retningslinjemetodikken har blitt fulgt (Stubberud, 2018; Krøll, 2011).

Kunnskapsbaserte fagprosedyrer beskriver på en detaljert måte hvordan avgrensede praktiske oppgaver av klinisk karakter bør utføres, og de gir anbefalinger for hva som er ansett som god praksis på utgivelsestidspunktet (Krøll, 2011; Stubberud, 2018, s. 66). Praksisanbefalingene i mange av fagprosedyrene er svært viktige for pasientsikkerheten, og dersom de ikke utføres som anbefalt kan det medføre alvorlige konsekvenser (Skår, 2013, s.76). Prosedyreferdigheter blir ofte kalt for praktiske ferdigheter. Læring i å mestre praktiske ferdigheter som fagprosedyrer skjer gjennom trening, men også i kombinasjon med teoretisk kunnskap og klinisk skjønn (Bjørk, 2006; Ravik, Havne & Bjørk, 2014). Et viktig moment er at selv om kunnskapsbaserte fagprosedyrer skal understøtte sykepleiernes praksis, fratår de ikke helsepersonell ansvaret for å vise faglig skjønn i vurderingen av hver enkelt pasient og ta hensyn til individuelle behov (Helsedirektoratet, 2012).

3. PERSPEKTIVER FRA IMPLEMENTERINGSTEORI

At det utvikles kunnskapsbaserte fagprosedyrer fører ikke nødvendigvis til at de blir tatt i bruk i klinisk praksis. Implementeringsforskning utviklet seg nettopp for å bidra til å redusere dette gapet mellom forskning og praksis, ved å identifisere faktorer og strategier som kan fremme eller hemme nyttegjøring av forskningsbasert kunnskap (Flottorp & Aakhus, 2013; Nilsen, 2015). Eccles og Mittman (2006) definerer implementeringsforskning slik:

Implementation research is the scientific study of methods to promote the systematic uptake of research findings and other evidence-based practices into routine practice, and, hence, to improve the quality and effectiveness of health services. It includes the study of influences on healthcare professional and organisational behavior.

Implementeringsteoriene gir innsikt i og/ eller forklarer relevante aspekter ved innføring av nye arbeidsmetoder i klinisk praksis (Nilsen, 2015). Nilsen (2015) beskriver at teoriene, modellene og rammeverkene innen implementeringsforskning kan grupperes i tre overordnede retninger, med ulike hensikter og mål. Den første beskriver og/eller guider prosessen med kunnskapsoverføring fra forskningsfunn til klinisk praksis (modellrammeverk). Modellene gir oss innsikt i hvordan implementeringen bør foregå, vanligvis ved å indikere en rekke trinn som bør følges. Den andre og tredje retningene søker å forstå eller forklare hva som påvirker implementeringsprosessen (determinantrammeverk) samt evalueringen av implementeringsresultater (evalueringsrammeverk). I denne oppgaven synes det naturlig med en tilnærming basert på teorier om determinanter, som her defineres som avgjørende faktorer, da de beskriver og forklarer faktorer som antas eller er funnet å påvirke implementeringsprosess og resultater (Nilsen & Bernhardsson, 2019). Ulike faktorer er funnet å virke både hver for seg og i samspill med hverandre, og vil kunne variere avhengig av kontekst. Det vil si at selv om en fagprosedyre er den samme vil implementering kunne arte seg ulikt i forskjellig kontekster og dermed gi ulike utfall (Wensing, Grol & Grimshaw, 2020). Å forstå hvilke faktorer som er barrierer for eller fremmer bruk av forskning i praksis er et viktig aspekt ved implementeringsforskning, og min studie avdekket flere sider ved informantenes praksis og kontekst som de opplevde som avgjørende for at fagprosedyrene ikke ble brukt i så stor grad som de syntes de burde.

Flere implementeringsrammeverk ser ut til å peke på de samme typene av determinanter, men kategoriserer dem ulikt eller gir dem ulike navn (Nilsen, 2015). Grol & Wensing (2004) har i en årrekke undersøkt barrierer og fremmere for endring på forskjellige nivåer i helsevesenet. På lik linje med andre forskere innen implementeringsfeltet har de identifisert følgende som viktige avgjørende faktorer for implementering; implementeringsobjektet, målgruppen som skal ta i bruk implementeringsobjektet, pasienten, den sosiale- og organisatoriske konteksten, og implementeringsstrategier (Grol & Wensing, 2004; Nilsen, 2015; Wensing et al, 2020). Jeg vil videre gi en kortfattet beskrivelse av disse determinantene.

3.1 Egenskaper ved implementeringsobjektet

Faktorer som har innvirkning på implementering kan relateres til egenskaper med implementeringsobjektet, det vil si innovasjonen man har til hensikt å ta i bruk (Grol & Wensing, 2004; Wensing et al., 2020). I tilfellet med fagprosedyrer vil karakteristiske trekk som format og funksjonalitet være av betydning for vellykket implementering. Andre karakteristiske trekk av betydning vil være om praksisanbefalingene er troverdige, gjennomførbare, og kan tilpasses klinisk praksis og målgruppe (Krøll, 2011). Metodene for å utvikle fagprosedyrer kan være forskjellige, og kanskje ikke gjort rede for, eller fagprosedyrer kan være basert på forskningsbasert kunnskap i ulik grad (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2013, s. 158).

3.2 Egenskaper ved målgruppen

Helsepersonell i hjemmesykepleien vil primært være de som skal ta i bruk kunnskapsbaserte fagprosedyrer i hjemmesykepleien. Deres ferdigheter, kunnskap, holdninger og motivasjon er helt essensielle for å oppnå implementering av denne type kunnskapskilde (Grol & Wensing, 2004, s.59, Wensing et al., 2020). I arbeidet med å implementere fagprosedyrer er det nødvendig å ta hensyn til menneskelige faktorer som sykepleiernes vaner og atferd (Krøll, 2011, s. 110). I denne sammenheng er en viktig faktor at sykepleiere opplever fordeler med å bruke fagprosedyrer (Jun, Kovner & Stimpfel, 2016, Mathieson, Grande, & Luker, 2018). Dersom praksisanbefalingene i fagprosedyrer kommer i konflikt med sykepleieres verdier eller sykepleiere opplever at de ikke mestrer fagprosedyrene vil det kunne ha negativ påvirkning på implementeringsprosessen (Mathieson et al., 2018).

3.3 Egenskaper ved pasienten

Pasientkunnskap er et viktig moment i KBP: Pasientenes kunnskap, verdier og preferanser bør inngå i den grad og på de måter pasienten ønsker (Austvoll-Dahlgren & Johansen, 2013). I møtet mellom pasienten og sykepleiere vil faktorer som kan knyttes til den enkelte pasient, som individuelle behov, holdninger og kunnskap i form av egen sykehistorie, ha innvirkning på og sette premissene for i hvilken grad sykepleiere kan utøve fagprosedyrer (Wensing et al., 2020, s. 163).

3.4 Den sosiale- og organisatoriske konteksten

For å implementere fagprosedyrer i praksis er det av betydning å ha kjennskap til hvilke forhold i omgivelsene som kan fremme eller være barrierer i prosessen. Kontekstuelle faktorer kan relateres til kulturen på arbeidsplassen, kollektive holdninger og sosiale nettverk (Grol & Wensing, 2004, s.59). Mange av barrierene for implementering av KBP blir i forskningen forbundet med kontekstuelle faktorer, for eksempel organisatorisk støtte, ressurser (økonomi, tid, bemanning, arbeidsmengde) og lederskap (Li, Jeffs, Barwick & Stevens, 2018; Nilsen, & Bernhardsson, 2019). Organisasjoner som er åpne for innovasjon (som tilegner seg ny kunnskap som for eksempel fra kunnskapsbaserte fagprosedyrer) og har en god læringskultur (som ser nytten av å bruke ressurser på opplæring av sykepleiere i fagprosedyrer) blir forbundet med å ha et bedre utgangspunkt for å lykkes med implementering (Li et al., 2018).

3.5 Implementeringsstrategier

Valg av formidlings – og implementeringsstrategier, det vil si planer for tiltak som skal iverksettes for å implementere fagprosedyrer, påvirker også resultatet av implementeringen (Wensing et al., 2020). Opplæring av sykepleiere i hvordan fagprosedyrer skal utføres vil være en naturlig del av strategien. I tillegg peker studier på at bruk av ressurspersoner som leder implementeringsprosessen, og publisering av fagprosedyrer som elektronisk materiell anbefales som tiltak for implementering av kunnskapsbaserte standarder (Li et al., 2018; Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016, s. 130).

I denne oppgaven vil jeg knytte faktorene som min studie (Arredondo, 2020) fant at hadde innvirkning på sykepleiernes mulighet for å bruke kunnskapsbaserte fagprosedyrer til disse forskjellige determinantene. Dette for å bruke resultater fra implementeringsforskning til å få en bredere forståelse av hvilken betydning hver enkel faktor kan ha.

4. Implementering av kunnskapsbaserte fagprosedyrer

4.1 Egenskaper ved kunnskapsbaserte fagprosedyrer

Kunnskapsbaserte fagprosedyrer er potensielt nyttige for sykepleiere, men for at de skal være til hjelp må helsepersonell stole på og forstå praksisanbefalingene (Bjørndal et al., 2013). Innholdet i fagprosedyrene bør av den grunn definere formål og målgruppe, inneholde en konkret praksisanbefaling og ha en god fremstilling (Bjørndal et al., 2013; Stubberud, 2018; Wensing et al., 2020). På bakgrunn av studiens resultater (Arredondo, 2020) peker det seg ut noen faktorer ved utformingen av kunnskapsbaserte fagprosedyrer som kan virke som barrierer for implementering. For det første opplevde flere av informantene at kunnskapsbaserte fagprosedyrer var lite brukervennlige. Dette forklarte de med at de ofte var for lange og omfattende. Det kunne medføre at de ikke «orket» å lese hele fagprosedyren og mistet motivasjonen til å bruke dem. Det er ulike måter å strukturere en fagprosedyre på, men et grunnleggende prinsipp er at den bør være oversiktlig og lettlest (Stubberud, 2018). Sjansen for at sykepleiere bruker kunnskapsbaserte fagprosedyrer øker hvis de er tydelige og kortfattet (Bjørndal et al., 2013, Wensing et al., 2020). Hvordan en fagprosedyre ser ut, det vil si formatering og visualisering, om den er lettlest, kort eller lang, uoversiktlig eller komplisert fremstilt, kan ha konsekvenser for implementering (Wensing et al., 2020, s.98). En uheldig konsekvens kan være at sykepleiere bevisst velger å ikke bruke den, eller at de bevisst velger bort deler av praksisanbefalingene for å forenkle arbeidet eller spare tid. Dersom fagprosedyren blir for lang, eller er for komplisert fremstilt, vil en annen risiko også kunne være at sykepleierne overser en eller flere praksisanbefalinger.

Et godt utgangspunkt for å lykkes med å implementere en fagprosedyre er at målgruppen som skal ta dem i bruk opplever at de lar seg gjennomføre i deres lokale praksisarena (Wensing et al., 2020; Bjørndal et al., 2013). Barrierer knyttet seg primært til informantenes opplevelse av at kunnskapsbaserte fagprosedyrene var utviklet for sykehuspraksis. Informantene fortalte om at praksisanbefalinger som utføres på sykehuset ikke alltid var overførbare til hjemmesykepleien (Arredondo, 2020). Gitt at hjemmesykepleien har overtatt oppgaver og pasienter som for få år siden ville vært behandlet på sykehus, kan det tenkes at fagprosedyrene ikke har holdt tritt med endringene i konteksten for praksisutførelsen. Av den grunn er det naturlig å anta at sykepleieprosedyrene som har vært utviklet og illustrert for

helsepersonell på sykehus fremfor i hjemmesykepleien. Det kan være vanskelig å implementere en fagprosedyre som sykepleiere ikke føler eierskap til. En fagprosedyre utviklet i egen organisasjon kan gi en større form for eierskap og kan gjøre det lettere å implementere (Krøll, 2011; Wensing et al., 2020). Informantene hadde til rådighet kunnskapsbaserte fagprosedyrer utviklet av privat leverandør som kommunen hadde avtale med (Arredondo, 2020). Sykepleiere bør ha en aktiv rolle i utvikling av kunnskapsbaserte fagprosedyrer eller i tilpasningen av en fagprosedyre til lokal kontekst. En slik tilnærming vil kunne føre til positive holdninger om å bruke den (Krøll, 2011; Wensing et al., 2020).

Sykepleiere rapporterer vanskeligheter med å forstå og søke etter vitenskapelig artikler, og at i den grad de bruker forskningsbasert kunnskap så bruker de retningslinjer og fagprosedyrer (Gerrish & Clayton, 2004; Weum, Bragstad & Glavin, 2017). Med dette som utgangspunkt er det problematisk for implementering av KBP at flere barrierer kan relateres til egenskaper med fagprosedyrene, da forskning viser at dette er en av få kilder sykepleiere bruker for å tilegne seg forskningsbasert kunnskap (Gerrish & Clayton, 2004; Weum et al., 2017).

4.2 Brukere av fagprosedyrene

Sykepleiere påvirkes direkte av implementering av kunnskapsbaserte fagprosedyrer ettersom de er brukergruppen som skal ta dem i bruk. En hensiktsmessig implementeringsstrategi vil derfor være å kartlegge sykepleiernes forutsetninger og motivasjon for å bruke fagprosedyrer. Sykepleiernes endringsvilje og holdninger kan påvirke implementeringsprosessen enten positivt eller negativt (Willman et al., 2016, s. 129). Arbeidet med å implementere en fagprosedyre kan kreve motivasjons- og holdningsarbeid blant helsepersonellet (Stubberud, 2018). At informantene i studien hadde en positiv holdning til kunnskapsbaserte fagprosedyrer og opplevde flere fordeler med å ta dem i bruk (Arredondo, 2020), kan sies å være et godt utgangspunkt for implementering. Sykepleiere som tror at kunnskapsbaserte standarder forbedrer egen praksis rapporterer i større grad å benytte seg av disse fremfor sykepleiere som ikke opplever slik nytteverdi (Jun et al., 2016). Sykepleiere kan vise motstand mot å bruke fagprosedyrer hvis de oppleves å gå på bekostning av sykepleierens egne interesser eller prioriteringer, som for eksempel relasjonen til pasienten (Wensing & Grol, 2020). En studie fant at sannsynligheten for at sykepleiere i kommunehelsetjenesten integrerer nye arbeidsmetoder i sin daglige praksis er mindre dersom de opplever at den nye praksisen medfører negative konsekvenser for deres relasjon til pasientene (Mathieson et al., 2018). En annen barriere er sykepleieres opplevelse av at praksisanbefalingen ikke vil ha noe

betydning for pasientens behandling (Gifford et al., 2013). Tiltroen til kunnskapsbaserte standarder øker hvis sykepleiere er trygge på at fordelene oppveier ulempene ved å følge anbefalingene (Bjørndal et al., 2013, s. 163).

4.2.1 Utøvelse av faglig skjønn

Kunnskapsbaserte fagprosedyrer omhandler medisinske og helsefaglige oppgaver, men tar ikke hensyn til individuelle forskjeller blant pasientene (Bjørndal et al., 2013, s.158). En innvending mot standardiserte praksisanbefalinger har vært at de kan være rigide og gir lite rom for individuelle tilpasninger (Jun et al., 2016). I en forlengelse av dette kan det virke motstridende at praksis standardiseres parallelt med det økende kravet om brukermedvirkning og individualisering av pasientbehandling (Håland & Melby, 2017). I møte med pasientene tillot informantene seg handlingsrom, og studien viser at de var opptatt av å tilpasse fagprosedylene til pasientens preferanser og situasjon (Arredondo, 2020). Informantenes beskrivelser tyder på at de anvender sitt faglige skjønn til å veie anbefalingene i fagprosedylene mot pasientens preferanser de gangene disse var i strid med hverandre.

Til tross for at kunnskapsbaserte fagprosedyrer gir beskrivelser av hvordan en praktisk oppgave skal gjennomføres på riktig måte, må også denne formen for kunnskap inkludere bruk av skjønn. Anbefalinger fra fagprosedyrer må fortolkes og overveies før de tas i bruk i møte med pasienten i en gitt situasjon (Skår, 2013, s. 77). Sykepleiere i hjemmesykepleien har et mulighetsrom med hensyn til å kunne innhente kunnskap fra pasienten i deres omgivelser, og få innsikt i en persons liv på en annen måte enn på en institusjon. De får ikke bare kjennskap til pasientenes diagnoser, men til også til deres tidligere historie, familieforhold og ikke minst til deres private hjem. Dette kan sies å være et godt utgangspunkt for å kunne ta hensyn til individuelle behov i faglige beslutninger (Gray, Currey & Considine, 2018).

God fagprosedyreutøvelse krever at den praktiske og tekniske delen sees i en større sammenheng som også inkluderer det relasjonelle aspektet i situasjonen (Bjørk, 2006; Ravik et al., 2014). Mindre erfarne sykepleiere vil kunne legge mindre vekt på pasientenes opplevelser, fordi fokuset er rettet mot å utøve fagprosedyren på en korrekt måte. Uerfarne sykepleiere kan også komme til kort hvis de må improvisere når de utøver fagprosedyrer og det oppstår uforutsette utfordringer (Pedersen, 2009).

De beskrevne momentene viser at en kan ikke se bort ifra at faktorer på individnivå som sykepleiernes holdning, kompetanse og erfaring kan være potensielle barrierer eller fremmere for implementering av kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Ulik erfaringsbakgrunn og kunnskapsnivå medfører at sykepleiere har ulike forutsetninger for å arbeide kunnskapsbasert.

4.3 Hjemmesykepleien som kontekst

I hjemmesykepleien må sykepleierne ikke bare forholde seg til de organisatoriske rammene for tjenesten, men også til forhold ved hjemmet som praksisarena. Sykepleiere i hjemmesykepleien må ta hensyn til sosiale og fysiske forhold i hjemmet (Fjørtoft, 2016), og kunne utføre fagprosedyrer i mange ulike miljøer.

4.3.1 Hjemmet som praksisarena

I noen hjem kan en fagprosedyre enkelt utføres, mens det kan være forskjell i tilgangen til ressurser som hjelpemidler og utstyr i ulike hjem (Gray et al., 2018). Sykepleiere kan møte fysiske utfordringer hjemme hos pasientene som er barrierer for bruk av fagprosedyrer. I tillegg krever enkelte kunnskapsbaserte fagprosedyrer tilgang til utstyr som enten må medbringes eller som må fremskaffes der fagprosedyren skal utføres. Noen av informantene fortalte at det ikke var gitt at de hadde til rådighet utstyr som ble anbefalt å bruke i fagprosedyrene (Arredondo, 2020). De kunne mangle utstyr hjemme hos pasienten, enten fordi det var glemt eller fordi anbefalt utstyr som brukes på institusjon ikke var tilgjengelig i avdelingene.

Pasientene kan på flere måter sette premisser for sykepleierne praksisutøvelse. Hjemmet kan sies å være pasientenes domene, i kontrast til en institusjon (Gjevjon, 2016, s. 212).

Pasientens preferanser, motivasjon, tro og pasientkunnskap spiller inn i de valgene som både pasienten og sykepleiere tar. Pasienter kan være motvillige til at fagprosedyrer gjennomføres dersom det stiller krav til endringer i deres livstil, hverdagsrutiner eller fysiske forhold i hjemmet (Wensing & Grol, 2020). Siden hjemmesykepleie utøves på pasientens «hjemmebane» kan det være spesielt vanskelig for sykepleieren å vektlegge fagprosedyrer i avveilingen mot andre hensyn, sammenlignet med i institusjoner. Som nevnt beskrev enkelte av informantene at de fravek praksisanbefalingene i fagprosedyrene i tilfeller der pasientene ønsket det annerledes (Arredondo, 2020). Motstand fra pasienter mot forslag fra sykepleiere er en potensiell barriere for implementeringen av ny praksis (Gifford et al., 2013) som kan tenkes å være spesielt relevant i hjemmesykepleien.

Et annet aspekt er at sykepleierne i hjemmesykepleien ikke alltid har kollegial støtte i umiddelbar nærhet, slik som sykepleiere på sykehusene har (Gray et al., 2018). Å utføre avanserte fagprosedyrer i hjemmet kan derfor være krevende med hensyn til at sykepleierne ikke har tilgjengelig assistanse ved behov. Informantene la stor vekt på behovet for og nytten av å diskutere fagprosedyrer med kollegaer når de møttes i avdelingene (Arredondo, 2020), men savnet etter kollegialstøtte ved selve utføringen av fagprosedyrene kan tenkes å være en barriere for å ta dem i bruk, spesielt om det er nye eller ukjente fagprosedyrer eller om sykepleieren er uerfaren. Ettersom sykepleierne i hjemmesykepleie stort sett arbeider alene, blir de heller ikke sett i sine praktiske oppgaver eller får tilbakemeldinger på kvaliteten. Derfor er det desto viktigere at det blir tilrettelagt for at sykepleiere i hjemmesykepleien får tilstrekkelig med opplæring og trening i prosedyreferdigheter. Bjørk (2006) fant at sykepleierne etter ett år i praksis gjorde mange åpenbare feil når de utførte fagprosedyrer.

Tidspress preget også prosedyrepraksisen hjemme hos pasientene, og fagprosedyrene måtte noen ganger utføres raskere enn informantene selv ønsket (Arredondo, 2020). Pasientene i hjemmesykepleien mottar i større grad helsehjelp som krever medisinsk teknisk utstyr (Haken, Allouch & Harten, 2018) og har behov for flere avanserte fagprosedyrer som naturligvis krever lengre tid enn mindre avanserte fagprosedyrer. Mangel på tid kan forårsake at sykepleiere må gå på akkord med egne verdier og blir tvunget til å prioritere annerledes enn de selv ønsker (Christiansen & Bjørk, 2016).

4.3.2 Tilgang til kunnskapsbaserte fagprosedyrer

Når en fagprosedyre er utviklet må en se på strategier for hvordan denne skal spres og gjøres tilgjengelig. Med tilgjengeliggjøring menes hvilke metoder som brukes for å gjøre fagprosedyrene kjent for potensielle brukere. Hvor en fagprosedyre blir publisert, hvem som får den tilsendt og ansvaret for videreformidling internt i en organisasjon er faktorer som er av betydning for implementering (Bjørndal et al., 2013). Det var ulike erfaringer blant informantene rundt formidling av fagprosedyrer (Arredondo, 2020). En informant beskrev at de sjeldent snakket om fagprosedyrer, mens enkelte andre fortalte om at sykepleiere med fagansvar spilte en rolle i formidling av og opplæring i fagprosedyrer. Flere studier viser at det er behov for nøkkelpersoner som er pådrivere i implementeringsarbeid (Li et al., 2018; Mathieson et al., 2018). Lokale nøkkelpersoner har en positiv effekt på implementeringen ved å argumentere for og bidra til at kollegaer ser nytten i å bruke fagprosedyrer, samt å bistå i opplæring, informasjonsformidling og kollegial støtte (Li et al., 2018). Funnene i studien

tyder på at sykepleiere med fagansvar kan inneha en slik nøkkelrolle (Arredondo, 2020). En studie fant at fagutviklingssykepleiere var viktige brobyggere mellom forskning og klinisk praksis. De er pådrivere for å formidle bruk av ulike kunnskapskilder og for opplæring i nye arbeidsmetoder (Christiansen, Carlsen, & Jensen, 2009).

Når kunnskapsbaserte fagprosedyrer er utviklet er det helt essensielt at disse blir gjort tilgjengelig for sykepleierne i de ulike praksisarenaer hvor de utfører fagprosedyrene. Flere av informantene beskrev at tilgangen til fagprosedyrene ikke var optimal, fordi de ikke alltid hadde dem til rådighet hjemme hos pasienten (Arredondo, 2020). Enkelte fortalte dessuten at de opplevde vansker med å finne fagprosedyrer de visste at de ville få behov for, og de trengte hjelp av sykepleier med fagansvar for å finne dem og ta dem med ut til pasienten. Dersom sykepleiere skal prioritere å søke etter og bruke fagprosedyrer bør ikke søkeprosessen oppta for mye tid, og fagprosedyrene må kunne hentes frem i de øyeblikkene og situasjonene de trenger dem uforutsett. Om prosedyrene er vanskelig tilgjengelig er det rimelig å anta at en enklere løsning er å rådføre seg med kollegaer fremfor å bruke tid på å finne fagprosedyrer, noe som kan hindre spredningen av nye anbefalinger. Sykepleiere i kommunehelsetjenesten rapporterer at det er en fordel for implementering dersom innovasjonen oppleves som tidsbesparende og enkel å bruke (Mathieson et al., 2018).

4.3.3 Opplæring og faglig oppdatering

En viktig faktor når en skal implementere nye arbeidsmetoder er kompetanse. Manglende kompetanse vil kunne oppleves som en betydelig barriere og være utslagsgivende for implementeringsresultater (Li et al., 2018). Ulik kompetanse og erfaring blant sykepleiere kan medføre uønsket variasjon i praksis. I sin studie fant Ravik et al. (2014) at det varierte hvordan sykepleiestudenter fulgte samme fagprosedyrer. Bruk av fagprosedyrer krever ofte spesifikk kunnskap og ferdigheter (Wensing et al., 2020, s. 161). Derfor er tilpasset opplæring viktig for implementering av fagprosedyrer.

Sykepleiere rapporterer at utilstrekkelig opplæring er en barriere når de skal ta i bruk ny innovasjon (Mathieson et al., 2018). Å lære seg fagprosedyrer kan være tids- og ressurskrevende. Det er sjeldent tilstrekkelig å lære seg en fagprosedyre ved bare å lese hvordan den skal utføres. Demonstrasjon og instruering i fagprosedyren er nødvendig, i tillegg til at sykepleierne får anledning til å trene på å gjennomføre fagprosedyren på egenhånd (Sommer et al. 2011). Ifølge Bjørk (2006) er repetisjon, korrigerende og tilbakemelding viktige aspekter ved ferdighetstrening for å oppnå progresjon og

egenutvikling. I undersøkelsen «Hjemmesykepleie i endring» gjennomført av tidsskriftet *Sykepleien* svarte en av tre sykepleiere at de var uenig i at de hadde fått god opplæring i å utføre nye prosedyrer og oppgaver eller hva man skal observere hos pasienter med spesielle medisinske problemstillinger (Morland, 2020). Dette resultatet samsvarer med en annen studie som fant at det ikke alltid var tid til å lære seg fagprosedyrer i hjemmesykepleien, men at det likevel forventes at en skal håndtere en slik oppgave (Christiansen & Bjørk, 2016).

Til tross for at det ble lagt til rette for opplæring i avanserte fagprosedyrer syntes det å være flere utfordringer i sykepleiernes daglige praksis som peker i retning av at informantene ikke fikk dekket det reelle behovet for prosedyreopplæring (Arredondo, 2020). For det første fortalte informantene om tidspress i arbeidshverdagen som gjorde det vanskelig å holde seg faglig oppdatert. Enkelte av informantene fortalte at de tok initiativ på fritiden for å søke faglig påfyll. For det andre påpekte de variasjon i de ansattes digitale ferdigheter. Med digitale ferdigheter menes her å kunne søke etter fagprosedyrer som er til rådighet i digitale plattformer. Sykepleiere må læres opp i hvordan de skal søke etter fagprosedyrer og hvor. Det er et økende behov for teknologisk kompetanse i kommunehelsetjenesten (Huemer & Eriksen, 2017). Bruk av fagprosedyrer fordrer at sykepleierne mestrer spesifikk teknologi som for eksempel integrasjonsløsninger av fagprosedyrer i den elektroniske pasientjournal (Rotegård & Fossum, 2019).

Det er viktig og naturlig at de kunnskapsbaserte fagprosedyrene endres over tid, i tråd med det som til enhver tid er anerkjent praksis. Det gjøres ulike grader av oppdateringer av fagprosedyrer. Oppdaterte versjoner kan innebære mindre endringer i tekstformulering eller illustrasjoner. Større oppdateringer kan innbefatte endringer i praksisanbefalingene på bakgrunn av ny forskning eller tilbakemeldinger fra brukere av fagprosedyrer (Shekelle, Woolf, Grimshaw, Schünemann & Eccles, 2012). Dette understreker at behovet for faglig oppdatering alltid er til stede, og at tid og teknisk kompetanse til å holde seg oppdatert er en essensiell del av sykepleieres hverdag.

4.3.4 Ledelsesforankring og organisasjonskultur

Dersom formålet med kunnskapsbaserte standarder er kvalitet og likeverdige tjenester, er det viktig at bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer er forankret på ulike nivåer i en organisasjon. Studier beskriver at faktorer på ulike nivåer gjensidig påvirker hverandre, derfor

krever KBP endringer ikke bare på individnivå, men også på gruppe- og organisasjonsnivå (Rycroft-Malone, 2008; Nilsen & Bernhardsson, 2019).

I tidligere studier blir det presisert hvor viktig støtte fra ledelsen er for å lykkes med implementering, og ledere og andre støttespillere aktivt bør bidra til at det utvikles et klima som er mottakelig for endring og faglig utvikling (Ploeng, Davies, Edwards, Gifford & Miller, 2007; Li et al., 2018). Flere av informantene ga uttrykk for at KBP i liten grad ble etterspurt fra ledelsen (Arredondo, 2020). Deres beskrivelser antydte at KBP var overlatt til den enkelte sykepleier. Sett i lys av kvalitetsforbedring er dette utfordrende, ettersom det er ledere i helsevesenet som har ansvar for kvalitet og trygge tjenester (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016). Hjemmesykepleiens natur gir sykepleiere økt grad av autonomi når de arbeider alene, og større mulighet for å organisere og prioritere sine arbeidsoppgaver (Mathieson et al., 2018). Det vil derfor være desto viktigere at ledere definerer mål som skaper felles retning for arbeidet (Krøll, 2011, s. 111). Både engasjement fra ledelsen og kollegial støtte er viktig for at bruk av fagprosedyrer skal vedvare. Dersom sykepleiere opplever kollegial støtte og oppfølging gjennom lengre periode når innovasjoner tas i bruk øker det sjansen for vellykket implementering (Mathieson et al., 2018). For å vise at KBP faktisk er en prioritert metode for å øke og opprettholde kvaliteten i tjenestene, holder det ikke at ledelsen kun skriver dette ned i ulike dokumenter. Ambisjonene må underbygges ved å sette av tid til opplæring, for å sikre nødvendig kompetanse, og følges opp med måling av anvendelsen (Li et al., 2018), for å vise at det stilles krav. Enkelte av informantene fortalte at ikke alle sykepleiere var like oppdatert på og mestret de mer rutinepregede fagprosedyrene (Arredondo, 2020). Dette kan være resultat av at det ikke blir stilt tydelige krav eller forventninger til de ansatte.

Organisasjonskultur handler om at forandringene integreres i alles handlinger (Krøll, 2011, s. 111). For å skape varige endringer må fagprosedyrer bli en integrert del av personalets felles ressurser og ikke bare personavhengig (Stubberud, 2018, s. 143, s. 146). Kultur for endringer og forbedringer vil naturligvis være ulikt i ulike kontekster, og kulturforskjellene kan ha sin forklaring i sammensetning av personalet, i ledelsen, organisering og pasientgruppe (Skår, 2013, s. 78). Denne variasjonen vil påvirke valg og prioriteringer som gjøres i organisasjoner. En kan innføre en rekke aktiviteter på organisasjonsnivå for å fremme KBP, som å legge til rette for å gi helsepersonell tilgang til pålitelig og anvendelig oppslagsverk for å søke etter forskningsbasert kunnskap, kompetanseheving i form av undervisning, kurs og

videreutdanninger og initiere til samarbeid med høyskoler/universiteter (Kunnskapssenteret, 2011). Dersom bruk av fagprosedyrer ikke er normen for hvordan praktiske ferdigheter gjennomføres i organisasjonen, så er det rimelig å tenke seg at det vil undergrave fagprosedyrenes formål om å forebygge variasjon i praksisutøvelsen. Snibsøer, Olsen, Espehaug & Nortvedt (2012) fant i sin studie at til tross for at personell hadde videreutdanning i KBP, og var positive til denne type arbeidsform, utførte de sjelden aktiviteter relatert til KBP i klinisk praksis. Et viktig moment er at til tross for at sykepleiere har positive holdninger til kunnskapsbaserte standarder, og ser fordelene med å ta dem i bruk, kan andre faktorer som organisatoriske forhold og kultur på arbeidsplassen (Nilsen & Bernhardsson, 2019) forårsake at sykepleiere ikke tar i bruk fagprosedyrer i praksis.

5. KONKLUSJON

Studien blant seks sykepleiere i hjemmesykepleien viser at de er motivert for å anvende KBP og ser nytten av fagprosedyrer. Likevel påpekte de flere hindringer som sto i veien for at de og deres kollegaer faktisk anvendte fagprosedyrene i den grad sykepleierne ønsket. Sett i lys av implementeringsforskning er ikke dette overraskende. Funnene fra studien kan relateres til ulike faktorer som er påvist å påvirke hvorvidt implementering av kunnskapsbaserte standarder lykkes. Flere av disse kan knyttes til spesielle forhold ved hjemmesykepleien som kontekst for praksisen. For å sikre suksessfull implementering av fagprosedyrer i hjemmesykepleien må prosedyrene utvikles med et bevisst forhold til målgruppen og praksisarenaens egenart. I neste omgang må ambisjonene om KBP følges opp med tilpasset opplæring og tydelig forpliktelse og forankring fra ledelsen.

REFERANSELISTE

- Austvoll-Dahlgren, A., & Johansen, M. (2013). Pasienten som medvirker og kunnskapshåndterer. *Norsk Epidemiologi*, 23(2). <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1649>
- Bjørk, I.T (2006). Nyutdannede sykepleieres manglende praktiske sykepleieferdigheter. *Klinisk sygepleje*, 20(4), s. 23 – 30.
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Christiansen, B. & Bjørk, I.T. (2016). Godt – eller godt nok? Hvordan opplever sykepleiere idealer og realiteter i utøvelsen av yrket?. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 12(1), 64–76. <https://doi.org/10.7557/14.3774>
- Christiansen, B., Carlsten, C.T. & Jensen, K. (2009). Fagutviklingssykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. *Sykepleien Forskning*, 4(2), s. 100 – 106. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0053>
- Eccles, M.P. & Mittman, B.S. (2006). Welcome to Implementation Science. *Implementation Science*, 1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>
- Flottorp, S. & Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk Epidemiologi*, 23(2), s. 187 – 196. <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1643>
- Fjørtoft, A.K (2016). *Hjemmesykepleie ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

Gautun, H. & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* (rapport nr. 8/13). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring

Gerrish, K. & Clayton, J. (2004). Promoting evidence-based practice: an organizational approach. *Journal of Nursing Management*, 12 (2), s. 114 – 123. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2004.00454.x

Gifford, W.A., Graham, I.D. & Davies, B.L. (2013). Multi-level barriers analysis to promote guideline based nursing care: a leadership strategy from home health care. *Journal of Nursing Management*, 21(5), s. 762 – 770. Doi:10.1111/jonm.12129

Gjevjon, E.R. (2016). Når profesjonell omsorg møter den eldre pasientens personlige liv – juridiske, etiske, og faglige utfordringer i hjemmesykepleien. I K. Glavin & E.R. Gjevjon (red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie* (s. 212 – 225). Bergen: Fagbokforlaget

Gjevjon, E.R & Fjørtoft, A.K. (2016). Hjemmesykepleietjenesten. I K. Glavin & E.R. Gjevjon (red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie* (s. 212 – 225). Bergen: Fagbokforlaget

Gray, E., Currey, J. & Considine, J. (2018). Hospital in the home nurse`s assessment decision making: an integrative review of the literature. *Contemporary Nurse*, 54(6), s. 603-616. Doi:10.1080/10376178.2018.1532802

Grol, R. & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*, Vol. 180, s. 57 – 60.

Haken, I.T, Allouch, S.B & Van Harten, W.H. (2018). The use of advanced medical technologies at home: a systematic review of the literature. *BMC Public Health*. 18(1), 284. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5123-4>

Helsedirektoratet (2012). Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. IS-1870 Oslo: Helsedirektoratet

Helse- og omsorgsdepartementet, (2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (Meld.St. 16 (2010-2011)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet, (2012). God kvalitet og trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten (Meld.St. 10 (2012 – 2013)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>

Huemer, J. & Eriksen, L. (2017). Teknologi i samhandlingsreformen. utfordringer ved implementering av informasjons- og kommunikasjonsteknologi i kommunehelsetjenesten.

Nordisk Sygeplejeforskning, 7(1), s. 48 – 62. DOI: 10.18261/ISSN.1892-2686-01-05

Håland, E. & Melby, E. (2017). Individualisert standardisering? Hvordan god

pasientbehandling blir til i politiske taler om innføring av pakkeforløp for kreft. *Norsk*

Sosiologisk Tidsskrift, 1(5), s. 380 – 399. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2017-05-03> ISSN: 2535-2512

Jun, J., Kovner, C. T., & Stimpfel, A. W. (2016). Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 54–68. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.006>

Krøll, V. (2011). *Kliniske retningslinjer - hvordan og hvorfor*. København: Munksgaard Danmark

Lau, R., Stevenson, F., Ong, B.N., Dziedzic, K., Treweek, S., Eldridge, S. (...). (2016).

Achieving change in primary care—causes of the evidence to practice gap: systematic

reviews of reviews. *Implementation Science*, 11, 40 [https://doi.org/10.1186/s13012-016-0396-](https://doi.org/10.1186/s13012-016-0396-4)

Li, S., Jeffs, L., Barwick, M. & Stevens, B (2018). Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: a systematic integrative review. *BMC Systematic Reviews* ,7, 72.

<https://doi.org/10.1186/s13643-018-0734-5>

Melby, L., Obstfelder, A. & Hellesø, R. (2018). “We tie up the loose ends”: Homecare nursing in a changing health care landscape. *Global Qualitative Nursing Research*, 5, 1–11.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6295756/>

Mathieson, A., Grande, G. & Luker, K. (2018). Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: a systematic mixed-studies review and quality synthesis. *Primary Health Care Research & Development*, 20(e6), 1-11.

Doi:10.1017/S1463423618000488

Morland, E. (2020). Hjemmesykepleiere etterlyser mer tid og kunnskap. Hentet fra <https://sykepleien.no/2020/02/hjemmesykepleiere-etterlyser-mer-tid-og-kunnskap>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2011). Foretaksprosjektet: Mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 16-2011. https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2378238/NOKCrapporter16_2011.pdf?sequence=1

Nilsen, P. & Bernhardsson, S. (2019). Context matter in implementation science: a scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BMC Health Services Research*, 19(1). Doi:10.1186/s12913-019-4015-3

Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(53). <http://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>

Nortvedt, M, Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M (2017). *Jobb kunnskapsbasert en arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS

Pedersen, K.L. (2009). Evidensbasert praksis i møte med pasientens livsverden. *Vård i Norden*, 9(3), s. 53-55. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1177%2F010740830902900313>

Ploeng, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W. & Miller, P.E (2007). Factors influencing best-practice guideline implementation: Lessons learned from administrators, nursing staff and project leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), s. 210-219.

Doi:10.1111/j.1741-6787.2007.00106.x

Ravik, M., Havne, A. & Bjørk, I.T (2014). Exploring nursing students' transfer of peripheral venous cannulation from skills centre to the clinical setting. *Journal of Nursing Education and Practice*, (3), s. 59 – 70. <https://doi.org/10.5430/jnep.v5n3p59>

Rotegård, A. K. & Fossum, M. (2019). Fra oppslagsverk til beslutningsstøtte – VAR Healthcare som case. I R. Hellesø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 177–200). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Rycroft-Malone, J. (2008). Evidence-informed practice: From individual to context. *Journal of Nursing Management*, 16(4), s. 404 -408. Doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00859.x

Shekelle, P., Woolf, S., Grimshaw, J.M., Schünemann, H.J. & Eccles, M.P. (2012). Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. *Implementation Science*, 7(62). Doi:10.1186/1748-5908-7-62

Skår, R. (2013). Læring i arbeidet – betydningen for endring og forbedring. I Å. Bergland & I. Moser (red.). *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre* (s. 70 – 87). Oslo: Cappelen Damm AS

Snibsøer, A.K., Olsen, N.R., Espehaug, B. & Nortvedt, M.W. (2012). Holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis. *Sykepleien Forskning*, 3, s. 232 – 241.

<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0129>

Sommer, I., Larsen, K., Nielsen, C., Fredriksen, A.M.S., Bjørk, I.T., Lomborg, K. (...). (2011). Modell for praktisk ferdighetsøvelse som lærings- og veiledningsredskap. Hentet fra http://www.rins.dk/uploads/1/5/1/3/15136454/artikel_norsk_1.pdf

Stamsø, M.A (2014) Helsetjener. I M.A Stamsø (red.). *Velferdsstaten i endring norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (s. 233 – 255). Oslo: Gyldendal Akademiske

Stubberud, D.G (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Wensing, M., Grol, R. & Grimshaw, J. (2020). *Improving patient care the implementation of change in health care*. Chichester: John Wiley & Sons

Weum, M., Bragstad, L.K. & Glavin, K. (2017). Hvordan helsesøstre bruker kunnskapskilder. *Sykepleien Forskning*, 12(e-64242). DOI: 10.4220/Sykepleienf.2017.64242

Wilmann, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB

Vil du delta i forskningsprosjektet

»*Kunnskapsbasert praksis i hjemmesykepleie*»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke bruk av kunnskapsbasert praksis i hjemmesykepleie. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studiens hensikt er å beskrive hvordan sykepleiere erfarer å bruke kunnskapsbaserte fagprosedyrer som bidrag til kunnskapsbasert praksis i hjemmesykepleie. Kunnskapsbasert praksis handler om å basere praksis på den til enhver tid beste tilgjengelige forskningsbaserte kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon. I tillegg må disse kunnskapskildene sees i lys av konteksten / omgivelsene. Kunnskapsbaserte fagprosedyrer anses som et verktøy for overføring av forskningsbasert kunnskap til klinisk praksis.

Det har lenge vært fokus på hva som fremmer eller hemmer anvendelse av forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis, og på helsepersonells holdning til kunnskapsbasert praksis. Mesteparten av studiene om tema er fra sykehuskontekst, og lite er kjent om kunnskapsbasert praksis blant sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien. Derfor ønsker vi å undersøke følgende forskningsspørsmål; *Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmesykepleien med å bruke kunnskapsbaserte fagprosedyrer som bidrag til kunnskapsbasert praksis?*

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Oslo.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du forespørres om å delta, fordi du er sykepleier eller fagansvarlig sykepleier med minimum 2 års arbeidserfaring fra kommunal hjemmesykepleien. Vi har fått din kontaktinformasjon via din seksjonsleder som har valgt ut kandidater som kan forespørres. Tillatelsene til dette har vi innhentet fra seksjonsleder.

Studien inngår i en masteroppgave og av hensyn til framdriften av oppgaven er det ønskelig å gjennomføre intervjuene i perioden september / oktober 2019.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et individuelt intervju som varer omtrent en time. Det er ønskelig å gjennomføre intervjuet på din arbeidsplass. Intervjuet vil tas opp på lydbånd. Under intervjuet vil det bli brukt en intervjuguide som inneholder spørsmål om dine erfaringer knyttet til kunnskapsbasert praksis og anvendelse av kunnskapsbaserte fagprosedyrer.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Informasjonen du gir i intervjuet vil ikke få konsekvenser for dine nåværende eller fremtidige arbeidsforhold.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Opplysningene vil være tilgjengelig for student Carla Arredondo og hennes veiledere professor Anne Moen og seniorforsker Elin Børøsund.
- Navnet ditt og dine kontaktopplysninger blir erstattet med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Data (lydfiler og transkripsjoner) lagres ved Tjenester for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo, et lagringsområde som tilfredsstillende personregelverket.
- Skriftlig materialet vil være aidentifisert og vil bli oppbevart i låst skap i et låst rom. Personidentifiserbare opplysninger i transkriberingen vil bli anonymisert ved at deltakerne tildeles pseudonymer.
- Alle personopplysninger vil bli behandlet slik at de ikke kan tilbakeføres direkte til deg eller din arbeidsplass når funn fra studien vil bli presentert og/eller publisert.

Studien er meldt til Norsk senter for forskningsdata AS (NSD).

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.05.2021. Dine personopplysninger blir destruert ved prosjektets slutt og data blir anonymisert.

Dine rettigheter:

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg.
- Å få rettet personopplysninger om deg.
- Få slettet personopplysninger om deg.
- Få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitet i Oslo ved student Carla Arredondo. Mailadresse: carla.arredondo@studmed.uio.no. Mobil telefon: 934 84 395.
- Universitet i Oslo ved professor Anne Moen. Mailadresse: anne.moen@medisin.uio.no.
- Oslo Universitetssykehus ved seniorforsker Elin Børøsund. Mailadresse: Elin.borosund@rr-research.no
- Vårt personvernombud: personvernombud@uio.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med student: Carla Arredondo per mail: carla.arredondo@studmed.uio.no eller mobil telefon: 934 84 395.

Med vennlig hilsen

Anne Moen

Carla Arredondo

Elin Børøsund

Prosjektansvarlig

Masterstudent

Biveileder

Navn
Adresse

Dato:
Deres ref.:
Vår ref.:

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Kunnskapsbasert praksis i hjemmesykepleie», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i individuell intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 15.05.21.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Med hilsen

Anne Moen
Prosjektansvarlig

Carla Arredondo
Masterstudent

Elin Børø Sund
Biveileder



Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap
Postadr.: Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo
Besøksadr.: Stjerneblokk, Nedre Ullevål 9,
0850 Oslo

Telefon: 22 85 05 60
Telefaks: 22 85 05 70
postmottak@medisin.uio.no
www.med.uio.no/helsam
Org.nr.: 971 035 854



Meldeskjema 522793

Sist oppdatert

23.07.2019

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer

Type opplysninger

Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedommer eller lovovertridelser?

Nei

Prosjektinformasjon

Prosjektittel

Kunnskapsbasert praksis i hjemmesykepleien

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Det vil sikre kvalitet i innsamling av empirisk materiale å ta dette opp som lydfil.

Ekstern finansiering

- Andre

Annen finansieringskilde

Masterstudent -

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Carla Arredondo , carla.arredondo@studmed.uio.no, tlf: 93483495

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Moen , anne.moen@medisin.uio.no, tlf: 22850540

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Sykepleiere

Rekruttering eller trekking av utvalget

Kontakt via seksjonssjef og avdelingsleder

Alder

22 - 70

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Kontakt med en av følgende: • Universitet i Oslo ved student Carla Arredondo. Mailadresse: carla.arredondo@studmed.uio.no. Mobil telefon: 934 84 395.

- Universitet i Oslo ved professor Anne Moen. Mailadresse: anne.moen@medisin.uio.no
- Oslo Universitetssykehus ved seniorforsker Elin Børøsund. Mailadresse: Elin.borosund@rr-research.no

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

Kontakt med en av følgende:

- Universitet i Oslo ved student Carla Arredondo. Mailadresse: carla.arredondo@studmed.uio.no. Mobil telefon: 934 84 395.
- Universitet i Oslo ved professor Anne Moen. Mailadresse: anne.moen@medisin.uio.no
- Oslo Universitetssykehus ved seniorforsker Elin Børøsund. Mailadresse: Elin.borosund@rr-research.no
- Vårt personvernombud: personvernombud@uio.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (kodenøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Opplysningen krypteres under lagring
- Flerfaktorautentisering
- Opplysningene anonymiseres
- Andre sikkerhetstiltak

Hvilke

Lydfilene lagres i TSD, UiO

Varighet

Prosjektperiode

17.06.2019 - 15.05.2021

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Nei, data vil bli oppbevart uten personopplysninger (anonymisering)

Hvilke anonymiseringstiltak vil bli foretatt?

- Lyd- eller bildeopptak slettes
- Personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjektittel

Kunnskapsbasert praksis i hjemmesykepleien

Referansenummer

522793

Registrert

17.07.2019 av Anne Moen - anne.moen@medisin.uio.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Moen , anne.moen@medisin.uio.no, tlf: 22850540

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Carla Arredondo , carla.arredondo@studmed.uio.no, tlf: 93483495

Prosjektperiode

17.06.2019 - 15.05.2021

Status

24.07.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

24.07.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 24.07.19. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være

nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUTEJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)