



Certitude, though sought, is seldom achieved in actual practice.

Benner et al. (1999)

FORORD

Undersøkelsen som presenteres i denne oppgaven er en del av mastergradsstudiet i helsefag, studieretning sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen. Jeg valgte problemstilling ut fra en aktuell debatt, diskusjonen om evidensbasert eller kunnskapsbasert praksis. Evidensdebatten har også vært en del av undervisningen ved institutt for sykepleievitenskap. Det var vanskelig å vite hvordan det temaet skulle bli konkret nok til å bli en intervjuundersøkelse, men jeg håper at denne studien kan bli et godt innlegg i debatten. Jeg vil først og fremst få takke informanter og avdelingsledelsen på avdelingen hvor intervjuene ble gjennomført. Uten deres velvilje hadde det ikke blitt noe datamateriale å ta fatt i.

Jeg vil få takke min første veileder, Kari Martinsen, for god støtte og gode innspill. Som sagt så var ikke lett å komme videre fra problemstilling til mer konkret skriveprosess. Å forstå problemstillingens evidensbegrep som medisinsk evidens gjorde at det ble lettere å komme videre i prosessen. Jeg fikk ny veileder midt i skriveprosessen. Jeg var selvsagt noe skeptisk til det, men Kjell Kristoffersen har fortsatt der Kari Martinsen sluttet. Jeg vil også takke ham for god veiledning.

Stavanger Universitetssjukehus, fag- og foretaksutvikling ved Målfrid Meling fortjener en takk for 25 000 kr i stipend fra Arv /fond. Det har kommet godt med siden jeg i hele studietiden har arbeidet redusert stilling uten studietid.

Mine medstudenter fra Stavanger, Brit og Kristin, har også vært støttespillere i vår felles studietid. Takk til dere også!

Jeg har studert i Bergen, mens jeg har vært bosatt i Stavanger. En stor takk til Helga og Svein for gjestfrihet og losji gjennom alle studieårene. En takk til Elin for en kreativ forside og til fotograf ved SUS, Marte Monsen Strandskog for bilde.

Inger Emilie Værland
November 2007

Innholdsfortegnelse

INNHOLDSFORTEGNELSE	1
SAMMENDRAG	3
ABSTRACT	4
1. INNLEDNING	5
1.1. PRESENTASJON AV PROBLEMOMRÅDET	6
1.2. PROBLEMSTILLING	11
1.3. METODISK TILNÆRMING	11
1.4. OPPGAVENS OPPBYGNING	12
2. TEORETISK PERSPEKTIV	13
2.1. TIDLIGERE FORSKNING	14
2.2. EVIDENS OG PRAKSIS	19
2.2.1. Evidensbegrepet	19
2.2.2. Evidensbasert praksis / sykepleie	20
2.3. KUNNSKAP OG KLINISK SKJØNN	27
2.3.1. Kunnskapsformer	27
2.3.2. Vitenskapelig kunnskap og praksis	30
2.3.3. Klinisk skjønn	34
2.3.4. Erfaring	37
2.3.5. Sykepleie som sosial praksis	39
2.4. AVSLUTNING	41
3. METODE	43
3.1. VALG AV METODE	43
3.1.1. Fenomenologisk perspektiv	44
3.1.2. Hermeneutisk perspektiv	45
3.1.3. Kvalitativ metode	46
3.2. DATAINNSAMLING	48
3.2.1. Tilgang til forskningsfeltet	48
3.2.2. Det kvalitative forskningsintervjuet	50
3.2.3. Utføring av intervjuene	51
3.2.4. Transkribering	53
3.2.5. Analyse	54
3.3. VALIDITET / RELIABILITET	56
3.4. FORSKNINGSETIKK	57
4. PRESENTASJON AV FUNNENE I STUDIEN	59
4.1. BRUK AV PROTOKOLLEN	59
4.1.1. Protokollen	60
4.1.2. Medisinsk kunnskap	63
4.2. SYKEPLEIE	65
4.2.1. Sykepleietiltak	65
4.2.2. Sansedata	69
4.3. BETYDNINGEN AV ERFARING	71
4.3.1. Å få erfaring	72
4.3.2. Forskjellig erfaring gir ulik praksis	73
4.4. SAMARBEID MED KOLLEGER	74
4.4.1. Samarbeid med sykepleiere og leger	75
4.4.2. Samarbeid og læring	76
4.5. OPPSUMMERING	77
5. DRØFTING AV DATA	81

5.1. BRUK AV PROTOKOLLEN	81
5.2. SYKEPLEIE	86
5.3. BETYDNINGEN AV ERFARING	92
5.4. SAMARBEID MED KOLLEGER	96
5.5. EVIDENSBEGREPET / OPPSUMMERING.....	100
6. AVSLUTNING.....	107
6.1. DISKUSJON.....	107
6.2. KRITIKK AV EGET ARBEID	109
6.3. KONSEKVENSER FOR PRAKSIS	112
6.4. VIDERE FORSKNING	113
6.5. KONKLUSJON	115
REFERANSER	117
VEDLEGG	123

SAMMENDRAG

Evidensbasert praksis er omdiskutert, også innen intensivsykepleie. Hensikten med denne studien har vært å undersøke hva medisinsk evidens sier om sykepleie til pasientgruppen som skal avvennes fra respirator.

Jeg har brukt kvalitativ metode og intervjuet intensivsykepleiere om deres erfaringer med avvenningsprotokoll. Intervjuene ble undersøkt ved strukturell analyse. I drøftingen av data ble uttalelser fra intensivsykepleierne diskutert i lys av teorier om ulike tilnærminger til evidens- og kunnskapsbegrepet. Teoretikere som Katie Eriksson, Kari Martinsen, Herdis Alvsvåg og Patricia Benner har vært sentrale.

Funnene viser at avvenningsprotokollen er nyttig som et felles utgangspunkt for avvenningsprosessen, men at den i liten grad beskriver sykepleien til den aktuelle pasientgruppen. Informantene beskriver sykepleie som konkrete tiltak og vurderinger blant annet i forhold til respirasjonen og mobilisering. Moralske aspekter ved sykepleien skildres som sansemessig nærvær, kommunikasjonen med pasienten og formidling av trygghet. Sykepleie som går utover det som protokollen beskriver læres ved erfaring og i praksisfellesskapet.

Funnene peker mot at teori om klinisk skjønn i større grad enn den evidensbaserte avvenningsprotokollen ivaretar helheten når det gjelder sykepleie til pasienter som skal avvennes fra respirator. Et evidensbegrep som står for flere aspekter ved sykepleie enn medisinsk evidens, vil også kunne gi denne helheten. Evidensbasert kunnskap som avvenningsprotokollen er et eksempel på, er en del av kunnskapsgrunnlaget for intensivsykepleiere. Hvis det bare fokuseres på denne typen kunnskap kan andre deler av kunnskapen innen intensivsykepleie bli usynliggjort eller forsvinne.

Nøkkelord: weaning, protocols, nursing, evidence-based, nurse led weaning, clinical wisdom, clinical judgement, klinisk / faglig skjønn.

ABSTRACT

Evidence-based practice is a discussed issue, also in critical care nursing. The purpose of this study has been to examine to what extent medical evidence accounts for nursing to the patients that are weaning from ventilator.

I have used qualitative method and have interviewed intensive care nurses about their experience with the weaning protocol. The interviews were examined by using a structural analysis. In the discussion of data the statements of the intensive care nurses were discussed with different evidence- and knowledge concepts. Theories of Katie Eriksson, Kari Martinsen, Herdis Alvsvåg and Patricia Benner have also been significant.

The findings show that the weaning protocol is useful as a mutual strategy for weaning, but it accounts only to some extent for nursing to the actual group of patients. Informants describe nursing as concrete nursing interventions, for instance estimations of respiration and mobilization. Moral aspects of nursing are described as sensibility, communication with the patient and to express protection. Nursing that goes beyond what the protocol describes is learned by experience and in the collective of colleges.

The findings in this study suggest that theory about clinical wisdom / judgement to a greater extent than the evidence-based weaning protocol accounts for nursing to the weaning patients. A concept of evidence that describes more aspects of nursing than medical evidence will also give a better description. Evidence-based knowledge, as the weaning protocol is an example of, is a part of the knowledge base of the intensive care nurses. If the focus is on this kind of knowledge only, other parts of the knowledge within intensive care nursing can be invisible or can vanish.

Key words: weaning, protocols, nursing, evidence-based, nurse led weaning, clinical wisdom, clinical judgement.

1. INNLEDNING

De siste årene har det blitt innført såkalte sykepleiestyrte protokoller i intensivavdelingene og fasen når intensivpasienter skal avvennes fra respirator har vært i fokus. En protokoll sier stort sett noe om hvilke fysiologiske parameter som er akseptable før den hjelpen som pasienten får fra respiratoren kan reduseres. Min erfaring er at mange av de aktuelle pasientene, som tross alt er i bedring, er krevende pasienter rent sykepleiefaglig. En del av dem er lenge i avdelingen og de skal ha pleie og omsorg hele døgnet.

Flere forfattere sier at avvenningsprotokollen er evidensbasert (Fulbrook et al., 2004, Blackwood og Wilson-Barnett, 2007). Debatten om evidensbasert sykepleie og hvilket kunnskapssyn såkalt evidensbasert praksis representerer er aktuell. Denne debatten har også gjort seg gjeldende i Norge. Praksis skal være veiledet av såkalt evidensbasert kunnskap, gjerne i form av retningslinjer og protokoller.

Hva som legges i begrepet evidensbasert praksis kan variere, men den mest vanlige betydningen er å ta utgangspunkt i forskningsresultater som basis for praksis. Dette gjøres ved å søke etter aktuell litteratur, vurdere og deretter bruke forskningsresultatene i praksis. Forskningsresultatene kan brukes som grunnlag for retningslinjer for sykepleiepraksis (Dåvøy, 2007). Hovedfokuset i oppgaven er å problematisere hva en protokoll for avvenning fra respirator sier om sykepleie til den aktuelle pasientgruppen. I denne studien vil jeg bruke avvenningsprotokollen som et eksempel på evidensbasert praksis.

De siste årene har det blitt gjort flere studier for å forbedre og forkorte liggetiden i intensivavdelingene (Brattebo et al., 2002). En del av dette har vært fokusert på prosessen å avvenne pasienten fra respirator og om avvenningsprotokoller kan redusere liggetiden på respirator. Respiratorbehandling er kostbar, men den kan også i seg selv kan være skadelig for pasienten. Intensivsykepleierne er ved pasientens seng 24 timer i døgnet og noe av denne forskningen har vært å utvikle sykepleierstyrte protokoller (Fulbrook et al., 2004). Tidligere praksis har vært at legene på intensivavdelingene har vært ansvarlig for avvenningsprosessen. Intensivsykepleierne har selvsagt vært

involvert i prosessen, men har ikke hatt ansvar for å forandre respiratorinnstillinger (Rose og Nelson, 2006).

1.1. Presentasjon av problemområdet

Jeg vil nå presentere den aktuelle pasientgruppen og omgivelsene på en intensivavdeling. En intensivpasient har en truende eller manifest, akutt svikt i vitale organfunksjoner. Svikten skal i utgangspunktet være reversibel. Pasientens tilstand kan være svært kompleks og ustabil. Intensivpasientene blir utsatt for psykiske påkjenninger på grunn av medisinsk behandling og pleie. Dette kan være ubehagelige prosedyrer, undersøkelser og behandling og fører til både fysiologiske og psykologiske stressreaksjoner. En del av intensivsykepleiernes arbeid er å prøve å redusere pasientens stressopplevelser. Det at intensivsykepleieren er innen synsvidde for pasienten kan skape trygghet. Å informere om prosedyrer er også viktig for at pasienten skal mestre stresset. Støy fra medisinsk teknisk utstyr, alarmer og personalets stemmer er et problem. En god døgnrytme er også viktig for pasienten. Når pasienten er mer våken, er det å kunne se omgivelsene viktig. For eksempel kan det å ha utsikt ut et vindu virke stimulerende for pasienten. Det samme gjelder for eksempel å kunne høre musikk eller se på tv (Gulbrandsen og Stubberud, 2005).

Respiratorbehandling er livbergende og livsforlengende behandling. Alvorlighetsgraden av sykdommen og lengden på behandlingen varierer fra pasient til pasient. En respiratorpasient får luft gjennom en såkalt endotrakeal tube som legges via munn eller nese, gjennom trachea og ned i pasientens lunger. Tuben kobles til slanger som er festet til respiratoren. På respiratoren er det knapper hvor behandlingen reguleres. En pasient kan få all pustehjelp fra respiratoren, men etter hvert som han blir bedre vil han puste mer og mer selv. En intensivpasient er som tidligere sagt alvorlig syk og det er mange forhold som intensivsykepleieren må ta hensyn når det gjelder pasientens fysiske og psykososiale behov. Intensivsykepleierne utfører blant annet personlig stell for pasienten, gir medikamenter, ernæring og å ivaretar pårørende (Gulbrandsen og Stubberud, 2005).

Intensivsykepleierne gjør en rekke vurderinger og tiltak i forhold til pasientens respirasjon. Her nevnes bare noen av disse. Vurdering av respirasjonsbevegelser, og -

mønstre er viktig for å ha et godt overblikk over pasientens tilstand. Å lytte over lungene med stetoskop vil blant annet gi informasjon hvor mye ekspektorat pasienten har, samtidig som respirasjonslydene kan si mye om tilstanden i lungene. Det er også nødvendig å suge opp ekspektorat fra lunger og svelg med jevne mellomrom. Leieendring er av stor betydning for å unngå trykksår og for gi best mulig respirasjon. Intensivsykepleierne snur pasienten i forskjellige leier med jevne mellomrom. Etter hvert som pasienten kommer seg, er det aktuelt å sitte på sengekanten eller sitte i stol ved siden av senga (Bakkeland og Thorsen, 2005).

Avvenning fra respirator defineres som en prosess hvor mekanisk respiratorstøtte gradvis trappes ned når pasientens egen respirasjonsevne bedres etter sykdom. Tiden som trengs for å oppnå dette er vanligvis relatert til underliggende sykdomsprosesser og pasientens helsetilstand før respiratorbehandlingen. Avvenning fra respirator er en svært utfordrende, men også en takknemlig oppgave. Prosessen må bli utført på en sikker, systematisk og nøyaktig måte (Fulbrook et al., 2004).

Pasienter som skal avvennes fra respirator er i bedring medisinsk sett, men trenger fortsatt intensivbehandling. Pasientens respiratoriske tilstand, andre medisinske forhold og bevissthetsnivå må vurderes før avvenning kan begynne. Avvenning kan vare fra timer til dager og uker. Det er derfor en prosess som kan være vanskelig å planlegge. Noen pasienter må begynne med korte treningsperioder. Pasienten kan miste motivasjon og bli motløs, hvis han ikke makter avvenningen. I denne fasen kan pasienten få angst og depresjon. Dette kan gi ytterligere forlenget periode på respirator. Å utføre sykepleie til denne gruppen kan være svært krevende. Avvenningsplaner som er utarbeidet av et tverrfaglig team kan gi raskere ekstubasjon (Bakkeland og Thorsen, 2005).

Når pasienten skal avvennes fra respirator kan det brukes en ferdig protokoll. Protokollen for respiratoravvenning er en skjematisk oversikt over avvenningsprosessen (figur 1). Den beskriver hvordan pasientens tilstand må være når avvenningen kan begynne. Sykepleieren observerer pasienten, både klinisk og ut fra blodgassverdier, for å vurdere hvordan pasientens tilstand er. Protokollen viser hvilke verdier som er akseptable for at neste trinn i avvenningen skal iverksettes. Det har vært vanlig at legene på intensivavdelingene har vært ansvarlige for avvenningen fra respirator. Det vil si at de har redusert på støtten fra respiratoren etter hvert som pasienten har kommet seg.

Ved bruk av protokoll vil sykepleierne også regulere på respiratoren ut fra visse kriterier (Rose og Nelson, 2006).

Protokollen jeg tok utgangspunkt i var laget på et større universitetssykehus i Norge og jeg utførte intervjuene der. Avvenningsprotokollen på den aktuelle intensivavdelingen var utarbeidet etter den såkalte gjennombruddsmetoden. Innen intensivmedisin er randomiserte kontrollerte forsøk og meta-analyser brukt i mindre grad enn innen andre områder av medisinen. Ved hjelp av gjennombruddsmetoden kan vitenskapelige bevis innføres i praksis, ved at ny kunnskap tas i bruk i klinisk praksis (Brattebo et al., 2002). Det ble bekreftet at avvenningsprotokollen var evidensbasert.

Pasientgruppen som er aktuell å bruke avvenningsprotokollen på er med andre ord en uensartet gruppe, men de er alvorlig syke. Protokollen er relativt enkel og hva den evidensbaserte praksisen som den representerer sier om sykepleie til pasientgruppen er fokuset i studien. En av informantene beskriver avvenningsprotokollen slik:

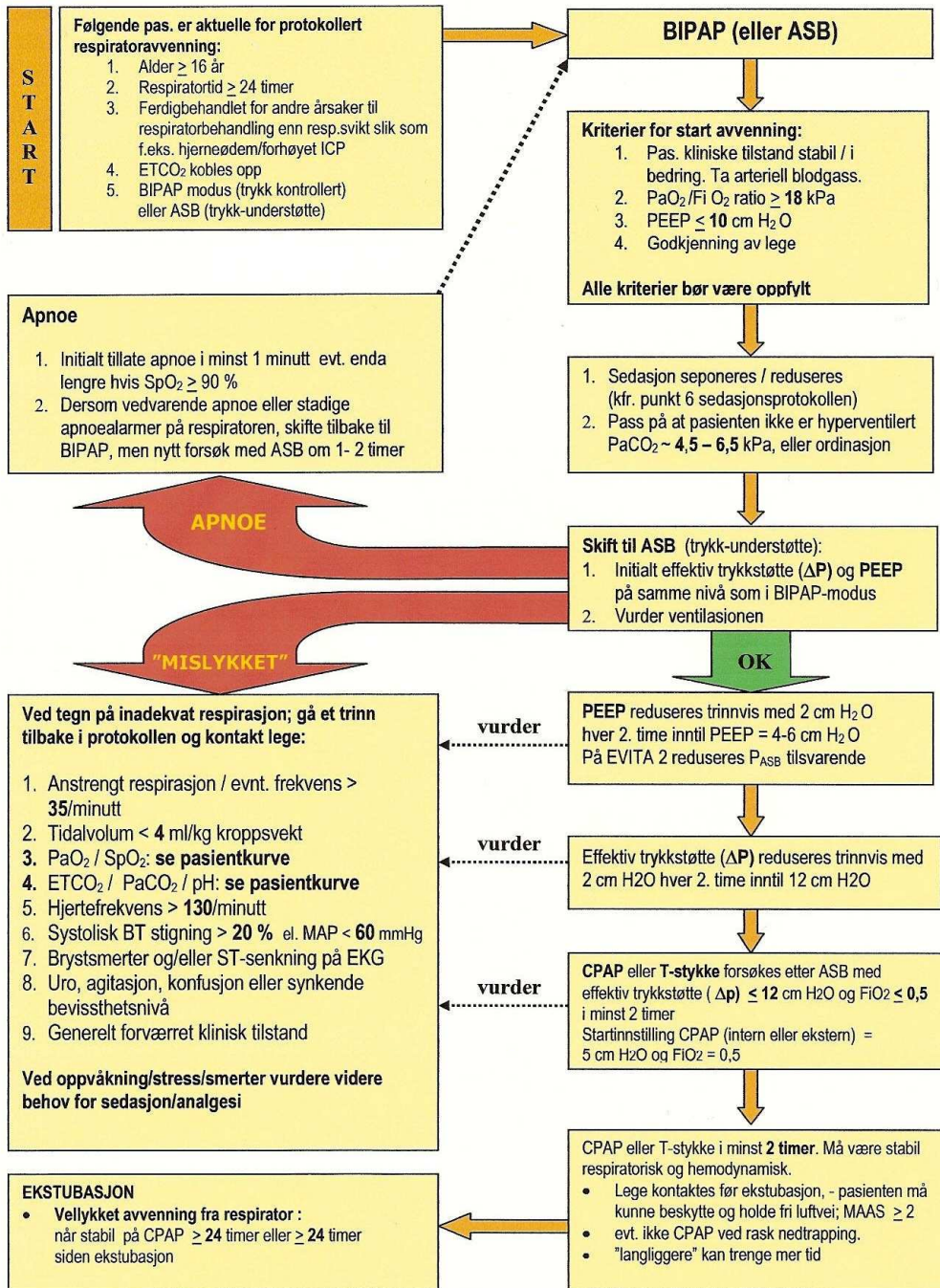
Det står i protokollen når du skrur over fra trykkkontroll til trykkstøtte, hvor mye du skrur ned om gangen, hvilke parameter du tar først opp og ned. Så er der en boks ved siden av som du vurderer ut i fra. Hvis noe av dette er greit, så kan du gå videre. Hvis noe går galt så er der en pil opp igjen og du legger han (pasienten) tilbake igjen til trykkstyrt. Altså, du kan gå begge veier. Men da må du selvfølgelig vurdere, det inkluderer også en klinisk vurdering av pasienten. (I 4)

En kort beskrivelse av avvenningsprotokollen er som følger (figur 1): Pasienten som protokollen passer for må være 16 år eller eldre og må ha vært respiratorbehandlet i 24 timer eller lenger. De må være ferdigbehandlet for andre årsaker til respiratorbehandlingen enn respirasjonssvikt, være klinisk stabile og i bedring. Sedasjon skal seponeres eller reduseres. Pasienten skal etter hvert klare mer og mer pustearbeid selv og han legges på CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) eller T-stykke og kan eventuelt ekstubereres etter minst 2 timer på CPAP eller T-stykke. Pasientens tilstand vurderes i forhold til en del fysiologiske parameter som respirasjonsfrekvens, blodgassverdier, oksygenmetning, hjerterefrekvens, blodtrykkstigning og brystmerter. Uro, agitasjon, konfusjon eller synkende bevissthetsnivå og generelt forverret klinisk

tilstand er tegn som vil gjøre at man må vurdere om pasienten ikke er i stand til å fortsette avtreningen. Avvenning skal være godkjent av lege.

På neste side er protokollen vist.

PROTOKOLL FOR RESPIRATORAVVENNING



Dersom protokollert respiratoravvenning av en eller annen grunn **ikke følges**, så **skal** dette anføres og bearbejnes i døgns fordrinnasskiema.

Figur 1

1.2. Problemstilling

Kan avvenningsprotokollen som et eksempel på evidensbasert praksis si noe om hva som er viktig sykepleie til pasientgruppen, eller ivaretar den bare de medisinske aspektene ved avvenningsprosessen? Evidensbegrepet er omdiskutert, både når det gjelder hva det legges i begrepet og hva det betyr i og for praksis. Protokollen er preget av medisinsk kunnskap og problemstillingen er:

Hvordan erfarer intensivsykepleiere en avvenningsprotokoll som er basert på medisinsk evidens?

Jeg ønsker med dette forskningsspørsmålet å finne ut hva medisinsk evidens betyr for intensivsykepleiere, om det er tilstrekkelig som kunnskapsgrunnlag eller om det er andre former for evidens og kunnskap som er viktige. Avvenningsprotokollen er først og fremst brukt som et eksempel på evidensbasert praksis. Det er ikke avvenningsfasen i seg selv som er mitt fokus. Forskningsspørsmålet er aktuelt som et innlegg i den pågående debatten om hva evidensbasert sykepleie er og hva det betyr i praksis. Studien er praksisnær.

Det er intensivsykepleiere som er intervjuet i denne oppgaven, men de vil av og til bli betegnet som sykepleiere. Stort sett vil sykepleier bli omtalt med hunkjønn og pasienten som hankjønn.

1.3. Metodisk tilnærming

Kvalitativ metode har vært benyttet i denne studien. Ordet kvalitativ henviser til egenskapene eller karaktertrekk ved fenomener (Repstad, 1998). For å få en nærmere forståelse for hvordan sykepleierne erfarer sitt arbeid med pasientene som skal avannes fra respirator, har jeg utført kvalitative forskningsintervju. Det halvstrukturerte forskningsintervjuet blir definert av Kvale (1997) som et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, for så å fortolke av de fenomenene som beskrives. Metoden vil bli nøyere gjennomgått i kapittel 3.

1.4. Oppgavens oppbygning

Jeg har nå presentert problemstillingen og bakgrunnen for den. I det neste kapittelet vil aktuell teori bli presentert. Et utvalg av tidligere forskning vil bli gjennomgått.

Evidensbegrepet er omdiskutert og begrepet vil bli belyst fra flere sider. Evidensbasert praksis og hva som legges i begrepet vil bli presentert. Det samme gjelder forskjellige kunnskapsformer. Vitenskapelig kunnskap og praksis er sentralt i problemstillingen og forholdet mellom dem vil til en viss grad bli belyst. Klinisk skjønn er aktuelt i arbeidet med pasienter og representerer en annen kunnskapsform enn den såkalte evidensbaserte kunnskapen. Erfaring og sykepleie som sosial praksis er også en del av den aktuelle teorien.

I kapittel 3 vil den metoden som er brukt i studien bli gjort rede for. Metodisk framgangsmåte vil bli presentert, det samme gjelder hvordan intervjuene ble utført og hvordan denne empirien vil bli analysert. I kapittel 4 vil funnene fra intervjuene bli presentert ut fra de kategoriene jeg har analysert fram. De vil bli lagt fram ved hjelp av en strukturell analyse, det vil si uten at det brukes teori. I kapittel 5 vil funnene bli diskutert i forholdt til den teorien som jeg har funnet relevant og som er presentert. Kapittel 6 er mer avsluttende kommentarer med en diskusjonsdel, kritikk av eget arbeid, konsekvenser for praksis, forslag til videre forskning og konklusjon.

2. TEORETISK PERSPEKTIV

Teorien som presenteres er delvis en del av forforståelsen. Den er også et resultat av at de kategoriene, som ble analysert fram, krevde et større teoretisk perspektiv enn det som var utgangspunktet. Under forberedelsen til oppgaven ble det brukt teori, slik at intervjuguide og intervju ble utført med en viss innflytelse av denne. Etter at den strukturelle analysen ble gjort måtte det teoretiske perspektivet utvides. Samtidig var det nødvendig å fordype seg i en del av den teorien som allerede var valgt. Når det gjelder for eksempel Benner og medforfattere ble andre deler av teorien brukt enn den som ble benyttet under forberedelsene. Det har altså vært en vekselvirkning mellom empiri og teori.

Oppgavens utgangspunkt er hvordan intensivsykepleiere erfarer avvenningsprotokoller som er basert på medisinsk evidens. En del tidligere forskning i forhold til sykepleiestyrte avvenningsprotokoller er valgt ut. Hvordan evidensbegrepet er brukt i disse vil også bli belyst. Evidensbegrepet er sentralt i problemstillingen, derfor har teori om evidens, særlig knyttet opp mot helsefaglig praksis, vært en del av utgangspunktet. Spenningen mellom ulike måter å forstå evidensbegrepet på, har ført til at kunnskapsbegrepet og vitenskap er aktuelle tema. Aristoteles beskrivelse av forskjellige kunnskapsformer er en del av den aktuelle teorien. Problemstillingen tar utgangspunkt i praksis, derfor er teori om faglig / klinisk skjønn blitt viktige. Teoretikere som Kari Martinsen og Herdis Alvsvåg blir benyttet. Benner et al. (1999) ble valgt fordi den bygger på intervju av intensivsykepleiere og fokuserer på det kliniske arbeidet. Erfaring er også viktig i følge informantene. Et annet perspektiv som ble av stor betydning var sykepleie som sosial praksis.

Problemstillingen knytter sammen to emner, nemlig evidensbegrepet og sykepleierstyrte protokoller, i dette tilfellet en avvenningsprotokoll i forhold til respiratorpasienter. Aktuelle søkeord har vært: weaning, protocols, nursing, evidence-based, nurse led weaning, clinical wisdom, klinisk / faglig skjønn. Det har vært lett å få treff på disse søkeordene, men ikke alle treffene har vært relevante. Søkene er gjort i Pubmed, Cinhal, Blackwell synergi og Elsevier. Jeg har også brukt referanselister i artikler og bøker.

Kapittelet er delt inn i tre hovedavsnitt; om tidligere forskning, evidens og praksis, det siste om kunnskap og klinisk skjønn. Det teoretiske perspektivet skal etter hvert belyse empirien og omvendt (Lindseth og Norberg, 2004).

2.1. Tidligere forskning

De siste årene har det blitt gjort flere studier for å forbedre og forkorte opphold i intensivavdelingene (Brattebo et al., 2002). Prosessen å avvenne pasienten fra respirator har vært i fokus og om bruk av avvenningsprotokoller kan redusere liggetiden på respirator. Intensivsykepleierne er ved pasientens seng 24 timer i døgnet og noe av denne forskningen har vært å utvikle sykepleierstyrte protokoller (Fulbrook et al., 2004). Bakgrunnen for forskningen har også vært å få redusert tiden på respirator, fordi behandlingen i seg selv kan være skadelig. Tidligere praksis har vært at legene på intensivavdelingene har vært ansvarlig for avvenningsprosessen. Intensivsykepleierne har selvsagt vært involvert i prosessen, men har ikke hatt ansvar for å forandre respiratorinnstillinger (Rose og Nelson, 2006).

En del artikler beskriver selve avvenningsprosessen som for eksempel Fulbrook et al (2004). Jeg har prøvd å finne et utvalg artikler som kan i størst mulig grad belyse problemstillingen. Artiklene handler først og fremst om avvenningsprotokollen og sykepleie. Jeg har i tillegg sett på hvordan evidensbegrepet brukes i artiklene.

Det har som sagt vært relativt lett å finne tidligere forskning om sykepleierstyrte avvenningsprotokoller og om evidensbegrepet. Mitt fokus er kombinasjonen av de to begrepene og hvordan den medisinske evidensen som noen slike protokoller bygger på erfares av intensivsykepleieren. Med andre ord i hvilken grad slike protokoller sier noe om sykepleien til denne gruppen pasienter. Jeg har funnet to artikler med liknende tema (Manias og Street, 2000, Flynn og Sinclair, 2005). Manias og Street (2000) har studert intensivsykepleiere som bruker protokoller. Denne artikkelen er blant annet inspirert av Foucault og maktbegrepet. De finner at for intensivsykepleierne representerer protokoller et verdifullt verktøy når det gjelder å bruke sin makt i kliniske avgjørelser. Sykepleierne brukte blant annet protokoller til å irettesette kolleger. Det var særlig de sykepleierne som arbeidet fulltid som irettesatte andre, fordi de hadde størst oversikt.

Det kom også fram at protokoller virket som en form for kontroll som hemmet praksis. Samtidig var der muligheter til å stille spørsmål, gi svar og få en akseptabel standard av praksis. I denne artikkelen blir ikke evidensbegrepet brukt.

Flynn og Sinclair (2005) tar utgangspunkt i evidensbasert sykepleie og den standardisering av sykepleie den fører til. Studien undersøker praksis i forhold til en protokoll om suging i endotrakeal tube. De diskuterer bruken av protokoll opp mot faglig skjønn og erfaring. Denne studien er relativt lik min egen, men prosedyren med å suge i tube er noe som sykepleierne alltid har gjort. Den vil ikke samme grad berøre forholdet mellom sykepleie og medisin. Den konkluderer blant annet med at selv om det er fordeler med protokoller, så tok protokollene ikke i betraktning ulik erfaring blant sykepleierne. Protokollen forsøkte også å standardisere praksis i alle situasjoner, noe som av og til kan være direkte farlig. Sykepleierne forsvarte avgjørelser som gikk ut over protokollen på grunnlag av egen erfaring og kunnskap. De satte erfaring høyere enn det å følge en protokoll. De erfarne sykepleierne var også bekymret for at de nye sykepleierne ikke ville opparbeide seg samme erfaring på grunn av protokollen.

Blackwood et al. (2004) har undersøkt hva leger som arbeider ved intensivavdelinger mener om å bruke sykepleierstyrte protokoller ved avvenning. Det kom fram at legene mente at sykepleiernes erfaring var viktig. Ikke alle har erfaring nok til å kunne håndtere protokollen. Dette kan for eksempel vise seg ved at protokollen kunne bli brukt for rigid. Et annet aspekt ved bruk av protokoll er at den var mest tilpasset ”enkle” pasientgrupper. Den passer dårligere til mer kompliserte pasientgrupper. Klinisk skjønn er derfor viktig. Hva tid det er rett å begynne avvenning og hvor lang tid det vil ta er vanskelig å forutsi. Det er nødvendig å ha en fleksibel tilnærming. Protokollen ble til en viss grad oppfattet som rigid og lite egnet til å gjøre rede for klinisk bedømming og mer abstrakte sider ved avvenning. Studien konkluderer med at skal protokoller introduseres i en avdeling er det viktig med undervisning og et godt tverrfaglig samarbeid. På grunn av stor turnover i intensivavdelingene bør det være en erfaren sykepleier som har et overordnet ansvar. Evidens blir brukt i betydningen resultater fra forskning.

Blackwood og Wilson-Barnett (2007) har gjort en studie om hvordan sykepleierstyrte protokoller virker på sykepleiepraksis. Innføring av avvenningsprotokoll er ikke tilstrekkelig i seg selv for at den vil bli akseptert og fulgt i praksis. Holdningene til dem

som skal bruke protokollen er også viktig. De minst erfarne hadde mest nytte av å ha en strukturert veiledning. Den samme gruppen mente at protokollen ga sykepleierne mer autonomi, mens de mer erfarne mente at den innskrenket deres profesjonelle selvstendighet. For mange erfarne sykepleiere var protokollen en del av deres praksis, den var ”i hodet” fra før av og den var dermed ikke så nyttig. Studiens konklusjonen er at hvis innføring av avvenningsprotokoll skal være nyttig, må det være en balanse mellom at den skal være en retningslinje i praksis, samtidig som de mer erfarne må få bruke sitt kliniske skjønn når det er nødvendig. Innføring av protokoll hadde ingen innvirkning på sykepleiernes holdninger. Den var viktigst som en retningslinje for de mer uerfarne. Også i denne artikkelen er evidensbegrepet brukt i betydningen forskningsresultater.

Gelsthorpe og Crocker (2004) har intervjuet 7 intensivsykepleiere om avvenning fra respirator med fokus på hvilke faktorer som er viktige i forhold til å starte sykepleierledet avvenning. De fant tre tema som var viktige i denne sammenhengen, nemlig det å ta avgjørelse om avvenning, patofysiologiske faktorer og tverrfaglig samarbeid. Erfaring beskrives som en viktig faktor, men forfatterne mener at erfaring kan være preget av fordommer og at det kan ha uønskede konsekvenser for pasientene. Det viste seg at de fleste informantene baserte sine avgjørelser på klinisk eller profesjonelt skjønn i stedet for på kliniske retningslinjer. Forfatterne henviser blant annet til Knebal (1996) og påpeker at det ikke nødvendigvis trenger å være noen motsetning mellom det å bruke klinisk skjønn og det å bruke en protokoll. Andre faktorer som informantene nevnte var at tidspunktet på dagen var viktig. Avvenningen burde starte på dagtid når pasientene var uthvilt og det var en bedre legedekning. Videre var for eksempel ernæringstilstand, korreksjon av lav hemoglobin også viktig. Patofysiologiske faktorer var med andre ord svært viktig. Samarbeid med andre kolleger var også av stor betydning. De mest erfarne sykepleierne ønsket støtte fra legene. De mindre erfarne søkte hjelp fra de mer erfarne sykepleierne, gjerne en erfaren ansvarshavende sykepleier var viktig. Forfatterne bruker ikke evidensbegrepet.

En oversiktsartikkel, som tar for seg avvenning fra respirator, påpeker blant annet at høy kvalitet på sykepleie og nok antall sykepleiere er viktig for en god avvenningsprosess og for å redusere respirortiden. Andre faktorer som er viktige er god internundervisning, at sykepleierne har selvstendig ansvar og god kommunikasjon

mellom leger og sykepleiere. Artikkelen konkluderer med at det er nødvendig med videre forskning angående intensivsykepleieres rolle og faglige nivå. Det er vanskelig å kvantifisere intensivsykepleiernes rolle i avvenningsprosessen, fordi det er store forskjeller fra avdeling til avdeling når det gjelder faglig nivå, profesjonelle roller og skillelinjer. Selv om det er påvist redusert respiratortid ved innføring av protokoll, så kan ikke resultatene overføres direkte til avdelinger med en høy standard på klinikerne og et godt tverrfaglig samarbeid (Rose og Nelson, 2006). I denne artikkelen blir evidensbegrepet brukt i betydningen bevis. Begrepet i seg selv blir ikke problematisert, men det er også brukt lite.

Et godt tverrfaglig samarbeid er viktig for at avvenningsprosessen skal lykkes. Avvenningsprotokollen kan være et utgangspunkt for et slikt samarbeid, som et felles "språk" eller kunnskapsgrunnlag. Intensivsykepleierne er ved pasientens seng døgnet rundt. Det er derfor viktig at legene anerkjenner sykepleiernes kunnskap om den enkelte pasienten. Mangel på kommunikasjon kan føre til at avvenningsprosessen blir unødig forlenget (Hansen og Severinsson, 2007). Begrepene beste evidens og beste praksis blir brukt innledningsvis. Retningslinjer og protokoller nevnes som eksempler på metoder for å få en bedret kvalitet på pleien. Begrepene blir imidlertid ikke problematisert.

Å innføre protokoller i en avdeling forenkler prosesser, standardiserer pleien, pasientens sikkerhet øker og kostnadene reduseres. Opplæring av både sykepleiere og leger ble gjennomført i avdelingen da protokollen ble innført. Det er likevel ikke noen garanti for at protokollen blir fulgt av personalet. I denne studien er det sykepleierne som får ansvaret for å minne legene på hva tid det var aktuelt å bruke protokollen på aktuelle pasienter. For å oppnå at protokollen skulle brukes fikk personalet premier i form av middag på restaurant, stetoskop og reisestipend. Det viste seg at legene var gruppen som var mest i mot "kokebok medisiner", de gjorde det på sin måte osv. Sykepleierne var derimot svært positive til innføring av protokoller og argumenterte mye med legene på grunnlag av dem. Det var flere protokoller som ble innført, blant annet avvenningsprotokoll, tromboseprofylakse, enteral ernæring, insulininfusjon, sedasjon / analgetika, hudpleie, stressulcus profylakse og rotasjons terapi. Begrepene evidensbasert og beste praksis blir brukt uten at de problematiseres og brukes til å beskrive protokoller (Plost og Nelson, 2007).

Mange av artiklene som handler om avvenning tar først og fremst for seg de fysiologiske aspektene ved avvenning. Blackwood (2000) påviser i sin artikkel at pasientens psykiske tilstand er imidlertid avgjørende. En pasient som skal avvennes fra respirator har ofte hatt en livstruende sykdom, noe som i seg selv kan være angstframkallende. Avvenningsprosessen gjør at pasienten må bruke mer av sine krefter på pustearbeidet. En engstelig pasient som puster fort og lite effektivt kan få ytterligere problemer med økt luftveismotstand, pustearbeidet blir tyngre og oksygenbehovet blir større. Sykepleierne kan spille en viktig rolle her. Det er intensivsykepleieren som er hos pasienten 24 timer i døgnet, og ved ”å kjenne pasienten” kan hun si om pasienten er i stand til å få mindre hjelp fra respiratoren, når han trenger hvile og så videre. Pasientene føler også trygghet ved at sykepleierne er fysisk til stede. Forfatteren anbefaler at tre kriterier som går på pasientens psykiske tilstand må tas med i tillegg til de fysiologiske kriteriene. Dette er at pasienten er orientert, mentalt forberedt og at han har en positiv holdning. Det at pasienten blir vurdert og informert av sykepleiere som kjenner ham er svært viktig i denne prosessen. Pasienten må klare å opprettholde et godt selvbilde gjennom sitt forhold til pårørende og personalet. Pasienten må også oppleve at han får kontroll over pustearbeidet ved at han ikke blir utmattet og engstelig, men får pauser når han trenger og oppmuntring. I denne artikkelen er ikke evidensbegrepet brukt.

Det er skrevet en hovedoppgave om intensivsykepleieres kompetanse ved respiratoravvenning (Haugdahl, 2004). Den er kritisk til at innføring av protokoller er garanti for god praksis. Den kliniske kompetansen er nødvendig for å kunne bruke en protokoll og slik kompetanse kan bli nedvurdert. Kompetanse er ikke bare en individuell egenskap, men er avhengig av det faglige fellesskapet på en avdeling. Å utvikle og ta i bruk ny kunnskap er en del av klinisk kompetanse. Protokoller kan først og fremst fungere som et referansepunkt som kan gi en bedre faglig forståelse. Evidensbegrepet er ikke brukt i denne oppgaven.

Å bruke faglig skjønn kan være en motsetning til det å bruke såkalt evidensbasert kunnskap. Gjennom erfaring utvikler noen et godt faglig skjønn. Pasientens beste er grunnlaget når vurderinger gjøres i komplekse situasjoner. Prosedyrer og teoretiske sannheter er ikke alltid nok i den kliniske virkeligheten. Faglig skjønn er viktig for å kunne bruke ulike kunnskapsformer på en kreativ måte. Evidensbegrepet forstått på en

snever måte kan stenge for faglig skjønn. Dette er noe av konklusjonen i Dåvøy (2005) sin mastergradsoppgave.

De fleste av studiene som er referert til ovenfor omhandler forskjellige aspekter ved respiratoravvenning og sykepleie. Noen av dem bruker evidensbegrepet, men få av dem problematiserer det. Bruk av protokoll blir problematisert i noen. Evidensbegrepet er aktuelt og det fins mye litteratur både internasjonalt og nasjonalt. Jeg vil nå presentere evidensbegrepet nærmere.

2.2. Evidens og praksis

Intensivsykepleie utøves i praksis, i møte med den individuelle pasienten.

Avvenningsprotokollen er evidensbasert, den beskriver det generelle. Spenningen mellom pasienten og sykepleier i livsverden og den teoretiske, såkalte evidente kunnskapen skal utdypes videre i dette kapitlet. Flere sider av evidensbegrepet vil bli belyst. Evidensbegrepet kan flere betydninger, det samme gjelder evidensbasert praksis / sykepleie.

2.2.1. Evidensbegrepet

Evidens er et sentralt begrep i problemstillingen. Ordet har fått ny relevans på grunn av bevegelsen for evidensbasert praksis. Ordet er brukt tidligere, men med forskjellig mening. Betydningen varierer innen de forskjellige filosofiske retningene. Jeg vil redegjøre for begrepet som kan tolkes på forskjellige måter.

Ord som beskriver evidens er: det å se og innse, åpenbar, påtakelig, bevis. Etymologisk betydning er det å se; gjøre noe synlig som er hevet over tvil. Evidens er brukt som et grunnbegrep innen fenomenologien og betegner opplevelser, utsagn, gjenstander i verden eller tilværelsen (Martinsen, 2003b). Martinsen (2005, s.54) sier: "Evidens vil si at det vi mener om en sak eller et problem, er til å stole på, og at vi overbevisende kan vise det." I forskningslitteraturen er betydningen ofte snevret inn til å måle effekten av tiltak (Martinsen, 2005). Husserl bruker evidens som et sentralt begrep innen fenomenologien. Evidens er når det er samsvar mellom det vi mener om en sak og den måten saken blir gitt på. Den eldre Husserl bruker begrepene adekvat og apodiktisk

evidens. En adekvat evidens er når en har direkte innsikt om noe som ikke kan gjentas. Apodiktisk evidens er når man har en direkte innsikt om noe som man kan gjenta så ofte man vil (Lübcke, 1983). Persepsjonens evidens handler om erfaringen om den verdenen som vi lever i. Livsverden er det ikke mulig å få uttømmende kunnskap om. Å studere denne livsverden er noe annet enn å bruke statistiske metoder og bevis, som gjøres når man skal oppnå innsikt innen andre kunnskapsformer. Evidens skal vurderes kritisk, men ulike typer evidens må etterprøves ulikt (Martinsen, 2005).

Eriksson et. al. (1999) utlegger ulike sider ved evidensbegrepet. Den indre dimensjonen av begrepet refererer til de indre subjektive forholdene; det som oppleves som åpenbart, påtakelig, tydelig og naturlig. Men også forhold som er virkelige, sanne, riktige og ekte hører til den indre dimensjonen. Den ytre dimensjonen er formidlet kunnskap eller viten som ikke kan bestrides, betviles eller sies i mot. Den er saklig framstilt, realistisk, konkret og gir bevis for noe.

Evidensbegrepet har imidlertid fått en helt spesiell betydning innenfor evidensbasert praksis. M. Nortvedt og Hanssen (2001) definerer evidens slik: "Evidence" kan oversettes med bevis og evidensbasert praksis til bevisbasert praksis. Sagt med andre ord betyr dette at vår praksis skal være begrunnet med kunnskap. For å skille mellom kunnskap generelt og den best tilgjengelige kunnskap, foretrekker vi å bruke begrepet evidensbasert sykepleie." Her er kunnskapsbegrepet sentralt i forhold til evidensbegrepet uten at det blir gjort noen epistemologiske vurderinger. Evidensbasert praksis er sentralt i forhold til problemstillingen, det er derfor nødvendig å se mer på dette begrepet.

2.2.2. Evidensbasert praksis / sykepleie

Evidensbasert medisin er en bevegelse som ble kjent på 1990-tallet (Nortvedt et al., 2004, Ekeli, 2002). Men hvor har den evidensbaserte medisinen sin opprinnelse? I følge Sackett et al. (1996) har den sine filosofiske røtter tilbake til Paris i første delen av attenhundretallet. På den tiden virket tre leger i denne byen, som skulle få stor betydning for utviklingen av den moderne medisinen. Bichat (1771-1802) utviklet kunnskap innen patologisk anatomi og vevslære. Magendie (1783-1855) arbeidet med

eksperimentell fysiologi. Den siste var Louis (1787-1872) som innførte bruken av kontrollgrupper og statistisk metode innen medisinen (Ekeli, 2002, Boge og Martinsen, 2006). I følge Ekeli (2002) skapte disse tre legene normen og ikke minst metoden for vitenskapelighet innen medisinen som fag. Den verdslige sykepleien oppstår på samme tid som medisinen utvikler seg til et klinisk positivt vitenskapelig fag. Det er derfor sannsynlig at medisinen har satt grensene og mulighetsbetingelsene for sykepleien (Larsen, 2006).

Grunnleggeren av den evidensbaserte medisinen var Archie Cochrane (Juul-Jensen, 2004, Nortvedt og Hanssen, 2001). I følge Juul-Jensen (2004) var utgangspunktet hans hvilke krav som måtte sette til utsagn om effekten av en behandling av en gitt sykdom. Randomiserte kontrollerte forsøk skulle være en hjelp til å få vekk usikre og dyre måter å behandle på. Cochrane mener ikke at erfaringer eller resultater av klinisk kontrollerte forsøk skal ha erkjennelsesmessig fortrinn i forhold til andre typer erfaringer. Han ser betydningen av dem kun i forhold til generelle terapeutiske hypoteser. De kan da settes opp mot andre former for tilgjengelig evidens, som den erfaringen som klinikeren har gjort seg i den kliniske hverdagen. Evidens i form av randomiserte, kontrollerte forsøk kan ikke overføres fra et område til et annet, den sier med andre ord ikke så mye om behandlingen av den enkelte pasienten.

Uttrykket evidensbasert praksis har sin bakgrunn i evidensbasert medisin. M. Nortvedt og Hanssen (2001) støtter seg til Sackett et al. (1996) sin definisjon av evidensbasert medisin. Sackett er sentral innen den videre utviklingen av den evidensbaserte medisinen. ”Samvittighetsfull, eksplisitt og skjønnsom bruk av den alminnelige godtatte beste evidensen når det gjelder å ta beslutninger om behandling / omsorg av individuelle pasienter. Praktiseringen av evidensbasert medisin betyr å integrere individuell klinisk ekspertise med den beste tilgjengelige evidensen fra systematisk forskning” (egen oversettelse). Forfatterne sier at denne definisjonen også kan brukes av sykepleiere og andre profesjoner innen helsevesenet fordi medisin kan forstås i en større sammenheng.

Den metodiske gullstandarden gir resultat som er frie for forstyrrende variabler, det subjektive er borte. Men medisineren møter et menneskelig subjekt i en livsverden, hvor verken subjektet eller omgivelsene er ryddet for sjenerende variabler. Ekeli (2002) presiserer at selv om Sackett et al. (1996) bruker begrepet filosofiske røtter om

opprinnelsen til den metodiske gullstandard, så brukes det i en snever betydning. Begrepet viser kun til den metoden som ble utviklet og som i stor grad er blitt grunnlaget for medisinen sin identitet og selvforståelse. Det viser ikke til mer overordnede filosofiske betraktninger. Den moderne naturvitenskapen som medisinen er en del av er i stor grad bygget på at alt kan systematiseres, rangeres, klassifiseres og settes i system. Ved observasjonen av mennesket er det å bruke øyet viktig. Observasjonens blikk er disiplinierende og objektgjørende. Kunnskapen er også preget av at den er enkel og lavmælt, det vil si at den er hurtig å lære og å anvende. Den kan gjøres kvantitativ og den objektiviserer den andre på en maktfull måte (Martinsen, 2000).

Evidensbasert praksis blir ofte oversatt med kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2004). Ekeli (2002) og Boge og Martinsen (2006) mener at dermed skjules de erkjennelsesteoretiske og paradigmatisk røttene til den evidensbaserte bevegelsen. Den evidensbaserte medisinen utgår fra visse maktspill og maktvitensammenhenger (Boge og Martinsen, 2004). M. Nortvedt og Hanssen (2001) understreker at evidensbasert sykepleie er avledet av evidensbasert medisin. Som jeg har påpekt ovenfor, så hevder Sackett (1996) at de filosofiske røttene ligger i utviklingen av gullstandard, det klinisk kontrollerte forsøket.

M. Nortvedt et. al (2004) sier at best tilgjengelig kunnskap betyr oppdatert kunnskap som er kritisk vurdert. Denne kunnskapen skal brukes sammen med erfaringsbasert kunnskap, pasientens ønsker og tilgjengelige ressurser og skal være utgangspunktet for de avgjørelsene som sykepleieren gjør i praksis. De spesifiserer imidlertid ikke hva som skal veie tyngst, hvis disse aspektene er motstridende eller er inkommensurable. Erfaringsbasert kunnskap blir ikke definert. Men hovedpoenget i artikkelen er å bruke forskning i praksis. Å bruke forskningsbasert kunnskap vil si å benytte kunnskap som er basert på anerkjente forskningsmetoder. Dette vil ofte være empirisk kunnskap og det er med andre ord en liten del av den sykepleievitenskapelige kunnskapen (Kirkevold, 1996).

Innen den evidensbaserte bevegelsen opereres det med evidensnivåer. Her er en noe forenklet oversikt hentet fra Hanssen og M. Nortvedt (2001):

I a Meta-analyse av flere randomiserte kontrollerte undersøkelser

- I b Minst en randomisert kontrollert studie
- II a Minst en kontrollert ikke randomisert studie
- II b Minst en god, ikke randomisert ikke eksperimentlignende studie
- III Ikke eksperimentelle deskriptive studier
- IV Ekspertkomiteer, konsensusrapporter, anerkjent eksperter og egne kliniske erfaringer

Hamer og Collison (2003) presenterer et liknende hierarki, men egne kliniske erfaringer er ikke nevnt. De samme forfatterne understreker at det randomiserte, kontrollerte forsøket er "gullstandarden". Kvalitative studier og profesjonelt samtykke er på bunnen. Det presiseres likevel av mange forfattere at det er typen spørsmål som stilles, som er avgjørende for på hvilket nivå i hierarkiet man skal lete etter svaret (Hamer og Collison, 2003, Nortvedt et al., 2004). Så lenge det er spørsmål om effekt, er det likevel meta-analyser og klinisk kontrollerte forsøk som veier tyngst (Nortvedt et al., 2004). Sackett et al. (1996) presiserer også at evidensbasert medisin ikke bare må forholde seg til randomiserte, kontrollerte studier og meta-analyser. Det gjelder å finne beste eksterne evidens som kan gi svar på det kliniske spørsmålet. Eksemplene de gir på andre studier som kan gi svar, er imidlertid alle innenfor tradisjonell naturvitenskapelig medisinsk forskning. For å vite noe om prognose nevnes oppfølgingsstudier av særskilte pasientgrupper, andre ganger fins svaret på spørsmålet innen grunnleggende naturvitenskap som genetik og immunologi. Kvalitative studier, erfaringer, uttalelser fra eksperter nevnes ikke. Ekeland (1999) påpeker at randomiserte kontrollerte forsøk og meta-analyser er gode metoder, men at de ikke er ufeilbarlige. Disse metodene reflekter som kjent et gruppegjennomsnitt. Et problem er at gruppetendenser ikke trenger å si noe om individuelle forskjeller. Forutsetningene for å gjennomføre denne type forsøk er så spesielle at det kan være vanskelig å overføre dem til den praktiske virkeligheten. Det vil alltid finnes feilkilder i vitenskapelige framstillinger. P. Nortvedt (2003) påpeker at i mange tilfeller vil det være motstridende evidens. Dette blir i liten grad problematisert blant tilhengerne av evidensbasert praksis.

Evidenshierarkiet er tidligere nevnt. Det er imidlertid små muligheter til å utføre randomiserte kontrollerte forsøk innenfor helsefagene. Et større problem er at utøvelsen av et resultat alltid vil være preget av den aktuelle helsearbeiderens personlige ferdigheter og hans evne til sensibilitet i handlingen. En helsearbeider bruker

kunnskapen i praksis, denne kunnskapen er indeksert. Den er en del av den personen som utøver den og den situasjonen den blir brukt i (Nortvedt og Grimen, 2004). Evidens er som regel relevant i forhold til teoretisk- eller påstandskunnskap. Evidensdebatten har ikke vært aktuell i forhold til praktisk kunnskap. En stor del av sykepleie er å utføre praktiske oppgaver. Evidens innen et praktisk fag vil være om for eksempel en sykepleier kan utføre praktiske oppgaver innen sitt fagfelt på en tilfredsstillende måte (Edwards, 2001).

Det fins imidlertid andre måter å beskrive evidens i sykepleien. Eriksson et al (1999) beskriver sykepleiens primærevidens. I dette begrepet inngår det teoretiske, det vitenskapelige, det praktiske eller sykepleiekunsten og det moralske / etiske. Evidensbegrepet forklares ut fra "hodet-hjertet-hånd"-modellen. Hodet står for det å kunne tenke logisk. Kunnskap om virkeligheten kombineres med systematisk sykepleievitenskap. Hjertet henviser til det etiske. Denne dimensjonen er nødvendig ved siden av det fornuftige. Hånden henviser til den handlende personen. Etikk og evidens må stå sammen, siden den evidente innsikten alltid omhandler et annet menneske, pasienten. Sykepleiens evidensbegrep må være basert på et humanvitenskapelig evidensbegrep (Eriksson og Nordman, 2004). Eriksson et al. (1999, s. 21) presiserer at "evidens i betydningen av å vite, noe som baserer seg på kunnskap, bør settes i forhold til den virkeligheten som denne viten handler om. De spørsmålene som først og fremst skal stilles er hva er verdt å vite og hva man kan få viten om." Først og fremst gjelder det å få evident kunnskap innen eget fagfelt, sykepleie. Men det er også et krav om kunnskap som går utover kjernekunnskapen innen eget fagfelt. Sykepleiere må ha evident kunnskap innen for eksempel medisinske observasjoner og teknologi.

Eriksson og Nordman (2004, s.17) beskriver ulike evidensbegrep ut fra et sykepleievitenskapelig synspunkt: "Ontologisk evidens betyr at sykepleiens vesen og primærsustans blir synlig og påvirker pleiekulturen". Evident innsikt er når det ikke er grunnlag for tvil. Det evidente er av så fundamental natur at det ikke er mulig å tolke det på en annen måte. Sykepleievitenskapen er grunnlaget for den ontologiske evidensen, slik at begrepets egenskaper kan komme til syne. Kontekstuell evidens er det som kan komme til syne i en konkret pleiesituasjon. Klinisk evidens er kontekstuell evidens. Den ontologiske evidensen er essensen i den kontekstuelle evidensen. "King's

evidens” sier noe om maktstrukturer. Den kan utøves av personer med makt og kan dermed være både god og ond. Evidens er imidlertid ikke et statisk begrep. Det kan opptre i ulike former og i ulike sammenhenger. Absolutt evidens er ikke mulig å få i en situasjon. Det er heller tale om å oppnå ulike grader av det evidente. Ved å bruke forskningsresultat fra empiriske studier kan det oppnås en delvis evidens.

På en intensivavdeling samarbeider intensivsykepleierne tett med legene. Protokollen er preget av medisinsk kunnskap. Det er mulig å se på sykepleie som underordnet eller som et støttefag til medisinen. Sykepleierne påberoper seg det samme virksomhetsområde som legene; å fremme sunnhet, forebygge, rehabiliterer, lindrer og behandle osv. Samtidig erkjenner sykepleierne legenes kontroll over behandlingen og de betingelser den setter for pleien (Larsen, 2006). Legene ordinerer når protokollen skal brukes. Det er legenes juridiske rett og ansvar å ta medisinske avgjørelser. Samtidig er det sykepleierne som er hos pasientene, observerer og tar en mengde kliniske beslutninger. ”Legens ordinasjon” kan med andre ord skjule det ansvaret som sykepleierne har når det gjelder å gjøre medisinske beslutninger. Sykepleierne må ta en del raske beslutninger og det er de som informerer legen om forandringer i pasientens tilstand. Jo mer erfaring en sykepleier har, jo mer kjenner hun ansvar for medisinske beslutninger. Mindre erfarne sykepleiere vil ha ubetinget tillit til legen og andre mer erfarne sykepleiere (Benner et al., 1996). En del av intensivsykepleiernes arbeidsoppgaver ble tidligere utført av leger eller kan sies å samsvare med legenes arbeidsområde (Larsen, 2006, Stubberud, 2005).

Det hevdes at det for tiden foregår en medikalisering av sykepleien. Det skjer på grunn av slik evidensbasert sykepleie blir brukt. Hvis et paradigme blir for enerådende innen sykepleie, vil det gå ut over forståelsen av sykepleie som en disiplin som er avhengig av flere forskningsstrategier. Tilhengere av evidensbasert sykepleie støtter seg til det post-positivistiske paradigme hvor det randomiserte kontrollerte forsøket representerer det mest evidente. Dette vil ha konsekvenser for sykepleiens ønske om å være et uavhengig fag fra medisinen. Når sykepleien også bruker de samme forskningsstrategiene som medisinen og verdsetter dem høyst, vil spesifikk sykepleiekunnskap kunne forsvinne (Holmes et al., 2006). Å bruke positiv vitenskapelig viten er ikke den rette veien å gå for at sykepleien skal bli et selvstendig fag. Det vil snarere redusere mulighetene til å

oppnå dette. Flere perspektiv ved sykepleien vil ikke være tilgjengelige med en slik tilgang, blant annet det som går på det mellommenneskelige sidene ved sykepleie (Larsen, 2006).

Den evidensbaserte praksisen som er utgangspunktet for oppgaven, er bruken av avvenningsprotokoll. Den kan oppfattes som en form for medisinsk evidens. Det betyr at den er grunnet på medisinsk kunnskap. Den bygger i stor grad på fysiologiske parameter og disse skal vurderes når tiltak skal iverksettes. Kunnskapen skal brukes av intensivsykepleiere i møtet med pasienten som skal avvennes fra respirator. Sykepleiere har imidlertid alltid brukt forskjellige kunnskapstyper (Tarlier, 2005). Innføringen av evidensbasert praksis kan sies å være mer politisk enn vitenskapelig begrunnet. Å gi pasienten effektiv pleie er en av målsettingene ved evidensbasert sykepleie.

Sykepleierne må bruke forskjellige typer kunnskap. Mye av kunnskapen som brukes er på et lavt nivå i kunnskapshierarkiet som evidensbasert praksis bygger på. Spørsmålet er om evidensbasert praksis med grunnlag i positivistisk vitenskap, har nok relevans for sykepleiepraksis. Flere typer evidens er nødvendig for å bestemme hva som er riktig å gjøre (Fulbrook, 2003).

Jeg har nå gjort rede for evidensbegrepet generelt og hvordan det forstås i det som kalles evidensbasert eller kunnskapsbasert praksis. Selv om forkjemperne for evidensbasert praksis påstår at metodisk mangfold er viktig, så er det andre som hevder at den såkalte gullstandarden veier tyngst. Dette har konsekvenser for sykepleien, som alltid har brukt flere kunnskapstyper. Evidensbegrepet er et begrep som kan tolkes forskjellig. Dette vil også ha epistemologiske konsekvenser og begrepet bør avgrenses og diskuteres i forhold til kunnskapsbegrepet (Tarlier, 2005).

Tilhengerne av evidensbasert praksis har stor tro på at vitenskapelig kunnskap skal gi bedre praksis innenfor medisin eller sykepleie. Men hvilke kunnskapsformer er aktuelt for en intensivsykepleier? Avvenningsprotokollen som er utgangspunktet for studien, er vitenskapelig kunnskap. Men den skal brukes og forstås i en praktisk situasjon med en individuell pasient. Praktisk kunnskap kan ikke sees uten en utøver, som vil være en intensivsykepleier. Vitenskapelig kunnskap er en del av kunnskapsgrunnlaget for en intensivsykepleier, men andre former for kunnskap er også viktig. Noen av forkjemperne for såkalt evidensbasert sykepleie bruker kunnskapsbegrepet for å

beskrive hva de legger i begrepet. Jeg vil redegjøre for noen kunnskapsformer, fordi intensivsykepleierens kunnskap og hvordan hun bruker den er viktig for å utdype problemstillingen.

2.3. Kunnskap og klinisk skjønn

Problemstillingen er knyttet opp til intensivsykepleierens praksis i forhold til å avvenne pasienter fra respirator og hvordan medisinsk evidens erfares i denne prosessen. I praksis brukes ulike kunnskapsformer og noen av dem vil bli presentert her. Pasienten som skal avvennes fra respirator pleies av intensivsykepleiere. Som en del av sin fagkunnskap skal intensivsykepleieren ha kjennskap til avvenningsprotokollen. Avvenningsprotokollen som representerer vitenskapelig kunnskap skal utøves i den praktiske hverdagen. Klinisk skjønn og erfaring vil være viktig for å kunne møte pasienten. Selv om det ofte vil være slik at en intensivsykepleier har ansvar for en pasient, så skjer avvenningsprosessen fra respirator i en sosial praksis.

2.3.1. Kunnskapsformer

Intensivsykepleieren bruker ulike kunnskapsformer når hun arbeider med en respiratorpasient. Som tidligere nevnt er det vanskelig å finne noen epistemologiske overveielser utover evidenshierarkiet hos forkjemperne for såkalt evidens- eller kunnskapsbasert praksis. Epistemologi er et stort og komplisert område og det fins en rekke ulike posisjoner. Jeg vil her bare peke på noen aspekter av dette store område, først og fremst de kunnskapsformene som er aktuelle i intensivsykepleierens praksis.

Det fins ulike kunnskapstradisjoner, som kan sies å eksistere side om side. Innen sykepleien er både praktisk og teoretisk kunnskap viktig. En intensivsykepleier tilegner seg teoretisk kunnskap gjennom for eksempel utdanningen, internundervisning og selvstudier. Møtet med pasienten som skal avvennes fra respirator skjer i den praktiske virkeligheten, i livsverden. Grovt sett kan kunnskapstradisjonene deles inn i en teoretisk og en praktisk tradisjon. Den teoretiske tradisjonen er preget av dualisme mellom subjekt og objekt. Det betyr blant annet at den aktuelle kunnskapen er om noe som er avskilt fra subjektet som utøver den. Det vil si at fornuften i seg selv kan erkjenne, uten å kunne bruke denne erkjennelsen. Kunnskap oppfattes som en avspeiling av

virkeligheten og den kan uttrykkes ved matematikkens språk. Påstander, formler, teorier og modeller uttrykker kunnskap i seg selv (Molander, 1997). Dette kunnskapssynet kan også kalles teknisk rasjonelt (Benner et al., 1996). I følge dette synet vil vitenskapens oppgave være å beskrive de problemsituasjonene som virkeligheten består av. Problemsituasjonene har visse særtrekk og praktikerer løser dem ved å bruke vitenskapelig teori. Praksis blir med andre ord anvendt vitenskap. Sykepleieprosessen er et eksempel på dette kunnskapssynet (Kirkevold, 1996). Både det kartesianske og det teknisk rasjonelle kunnskapssynet tilhører den teoretiske tradisjonen. Det kartesianske synet vil se på det enkelte subjektet som innehaver og skaper av kunnskap. I følge det teknisk rasjonelle kunnskapssynet kan kunnskap brukes direkte i praksis uten at det er nødvendig med tolking eller en tilpassing i forhold til den aktuelle situasjonen (Benner et al., 1996).

Den praktiske kunnskapstradisjonen kjennetegnes ved at den som har kunnskap også kan bruke den. Teoretisk kunnskap og kroppslig ferdighet kan derfor ikke skilles. Kunnskapen er levende i den forstand at den brukes i levende tradisjoner. Ikke all kunnskap kan formidles gjennom ord og matematisk språk. Oppmerksomhet er viktig i forhold til å lære seg praktisk kunnskap. Det tar tid, samtidig er det å lære av andre en viktig del. Erfaring må til, men også et kritisk blikk er nødvendig for stadig å bli bedre. Kunnskapsutviklingen skjer best i et felleskap, som for eksempel i samarbeid med kolleger og pasienter. Kritiske spørsmål utenfra må møtes med åpenhet. Det er ikke mulig å skille mellom kunnskap og etikk innen de praktiske kunnskapstradisjonene. De to nevnte tradisjonene kan likevel ikke sees som motsetninger, fordi all kunnskap vil i mer eller mindre grad bestå av begge elementene. Vitenskap og forskning er også former for praksiser (Molander, 1997). For å vise at man har praktisk kunnskap, må man kunne utføre praktiske ferdigheter. Å "vite hvordan" foregår i en spesifikk livsverden, i dette tilfellet i en intensivavdeling. Det går an å "vite hvordan" uten at det har en klar sammenheng med teoretisk eller formell kunnskap. Men det motsatte er også mulig, en sykepleier kan ha teoretisk kunnskap uten å kunne bruke den. Å "vite hvordan" kan gå utover det teoretiske, men det er viktig at den som har denne kunnskapstypen følger med i teoretisk utvikling innen eget fagfelt (Benner et al., 1999). Praksissituasjoner er uvisse, de er åpne i den forstand at det ikke alltid er snakk om årsak – virkning, men mer en utydelig situasjon som må tolkes. Sykepleieteoretikere

som for eksempel Kari Martinsen og Patricia Benner har blant annet utgangspunkt i denne praksisforståelsen (Kirkevold, 1996).

Aristoteles har beskrevet forskjellige kunnskapsformer og hva som er spesielt ved dem. Epistemé er vitenskapelig kunnskap. Den handler om de ting som ikke kan være annerledes og som er bevisbare. Det er kunnskap om det universelle, det som alltid har forekommet på samme måte. Techné er kunnskap som viser seg gjennom et håndverk. Det er en form for instrumentell atferd, hvor målet for handlingen er forskjellig fra selve atferden. Phronesis er praktisk visdom / viten og den er knyttet til etikken. Den utspiller seg i situasjoner som er foranderlige, hvor det er en sammenfletting mellom det universelle og det partikulære. Men det er ikke en form for regelfølgning; det partikulære utføres ikke i forhold til en universell regel (Jensen, 1990). Tidligere erfaring og hvordan andre har handlet, er en del av det den handlende har med seg i sin vurdering. De etiske refleksjonene skjer alltid i en bevegelse, i det foranderlige. Den som utøver en handling får etter hvert større erfaring. Praxis er det ontologiske område hvor etiske overveielser og valg skjer, mennesket handler overfor andre mennesker. Det moralsk gode i en situasjon er rettet mot det gode for alle som er involvert i situasjonen (Vetlesen, 1998).

Aristoteles beskriver også blant annet kunnen, viten og klokskap. Kunnen vil si å ha kunnskap om noe som det er bevis for, det er en form for viten innenfor de områder som ikke kan være annerledes. Viten er kunnskap om det allmenne, det som er til med nødvendighet. Det kan føres bevis for denne typen innsikt. "Klokskapen derimot har å gjøre med de menneskelige ting og de ting man kan overveie" (Aristoteles, 1996, s. 64). Overveielse er viktig når det gjelder de tingene som kan være annerledes, det er derimot ikke nødvendig når det gjelder de ting som ikke kan være annerledes. Klokskap gjelder både det allmenne og enkelttilfellene, fordi klokskapen har med handlingene å gjøre. Klokskap oppnås blant annet gjennom erfaring (Aristoteles, 1996). I en situasjon der intensivsykepleieren pleier en pasient som skal avvennes fra respirator, vil både det allmenne og det spesielle ved enkelttilfelle være viktig (Alvsvåg, 1997). Aristoteles skiller mellom å "lage" og å "gjøre". Å "lage" er uttrykk for techné. Techné omhandler praktisk dyktighet og er uttrykk for en praktisk middelrasjonalitet hvor man har klare mål, som for eksempel håndverk. Å "gjøre" forutsetter praxis eller en refleksjon av

handlingens etiske og sosiale følger; phronesis (Flaming, 2001). Phronesis er overordnet og veiledende for de andre kunnskapsformene (Martinsen, 1993).

Intensivsykepleieren bruker sin kunnskap ved pasientens seng. Å vurdere pasienten klinisk er en del av arbeidet. Sykepleieren anvender både teoretisk og praktisk kunnskap. Avvenningsprotokollen er et eksempel på teoretisk kunnskap, men det å kunne bruke den i en aktuell situasjon hos den enkelte pasienten er praktisk kunnskap. Klinisk bedømming kan ikke forstås ut fra en teknisk rasjonell modell, som i den teoretiske kunnskapstradisjonen. Klinikerens handlinger vil da bli tolket ut fra mål – middel analyse, enhver handling skal føre til et bestemt resultat. En slik modell kan ikke benyttes når det gode, forstått som et aristotelisk gode, skal vurderes. Etisk vurdering er også viktig i de mer hverdagslige handlingene som en sykepleier utfører. Disse handlingene kan likevel ikke generaliseres inn i alle situasjoner, men er uttrykk for at sykepleieren må vurdere hva som er riktig å gjøre i en konkret situasjon. Etikk er med andre ord en del av den kliniske bedømmingen. Sykepleieren får etter hvert bred klinisk kunnskap gjennom arbeidet med spesielle pasientgrupper. En intensivsykepleier vil opparbeide seg kunnskap om pasienter som avvennes fra respirator. Denne kunnskapen kan imidlertid være avhengig av de aktuelle pasientgruppene som hun har mest erfaring med. Hennes vurderinger blir gjort på grunnlag av kunnskap i handling og kunnskap om pasienten hun ser framfor seg. Den teknisk rasjonelle modellen er også her ulik. Teoretisk kunnskap vil bli oppfattet som grunnlaget for utøvelsen av faget. Ved et slikt kunnskapssyn vil yrkesutøveren løse problemer ved en instrumentell bruk av vitenskapelig basert kunnskap og teori om problemet. Klinisk bedømming er basert på konteksten som skapes av den aktuelle situasjonen, samtidig er følelsesmessig engasjement viktig. Klinikeren er ikke et privat subjekt som står utenfor situasjonen, slik som en teknisk rasjonell modell vil forklare det (Benner et al., 1996).

Tilhengerne av evidensbasert praksis mener at vitenskapelig kunnskap skal brukes i praksis. Jeg vil derfor presentere teori om forholdet mellom teori og praksis.

2.3.2. Vitenskapelig kunnskap og praksis

Benner et al. (1999) argumenterer for at sykepleie og medisin er praksisdisipliner. Begge disipliner bruker både natur- og humanvitenskap. Praksis rommer imidlertid mer

enn vitenskapen som ligger som grunnlag for den. Praksis omfatter å bruke kunnskap, forskning og personlige egenskaper. Logikken som brukes i praksis, er forskjellig fra den som brukes innen vitenskapen. Både sykepleie og medisin krever at utøverne er i stand til å gjøre etiske og kliniske vurderinger, kunne bruke vitenskapelig normer og data. De skal også kunne diskutere klinisk forståelse i en sosial sammenheng med pasienter, familie, andre klinikere og ha en hjelpende holdning til pasienter og familie. Praksis er uttrykk for en legemliggjort form for kunnskap og det preger logikken som praksis bygger på. Lister over mulige handlinger og annen informasjon gir ikke god praksis i seg selv. De kan gi verdifull informasjon, men er ikke tilstrekkelig til å gi god praksis. Det er de dyktige praktikerne som best bruker informasjon, men på det rette tidspunktet.

Debatten om evidensbasert praksis handler også om forholdet mellom vitenskap og praksis. Vitenskapen kan undersøke praksis kritisk. Problemet er en vitenskapelig praksis; vitenskapen skal bestemme hvilken praksis som skal utføres. Vitenskapen går ut over sine grenser og blir ideologi, den sier ikke bare hvordan ting er, men hvordan de bør være. Å bytte begrepet evidensbasert med "kunnskapsbasert" er uttrykk for et spesielt kunnskapssyn. Samtidig er det også et kriterium for hvordan denne kunnskapen skal praktiseres (Ekeland, 1999).

Hvis sykepleie først og fremst skal bruke vitenskapelig kunnskap, kan sykepleie kalles en vitenskap? Edwards (2001) argumenter mot at sykepleie er vitenskap. Vitenskapens oppgave er først og fremst å beskrive og dermed forstå fenomenen. Sykepleieren skal derimot for eksempel prøve å lindre, hun skal prøve å hjelpe pasienten til å få det bedre. I motsetning til det vitenskapelige resultatet som skal være nøyaktig, så vil resultatet av sykepleierens arbeid være av en mer evaluerende type. Ligger pasienten godt i senga, har han fått nok smertestillende medikamenter osv? Resultatet blir vurdert opp med referanse til menneskelige verdier. Men utelukker dette at sykepleien er en anvendt vitenskap? Sykepleierens handlinger kan ikke vurderes ut fra objektive kriterier, slik som anvendt vitenskap kan. Noen ganger er det pasienten og andre sykepleiere som vurderer resultatet av en handling. Sykepleierens handlinger er også i stor grad rettet mot en annen, nemlig pasienten.

Sykepleie kan derimot oppfattes som en praksis. Praksis er definert av MacIntyre (1985) og er sitert av Kirkevold (1996, s. 69) og Edwards (2001, s.165):

”en sammenhengende og kompleks form for sosialt etablert, samarbeidspreget menneskelig aktivitet gjennom hvilke integrerte verdier virkeliggjøres etter hvert som en prøver å nå de standarder for høy kvalitet som er passende for, og delvis konstituerende for, denne formen for aktivitet. Dette fører til at menneskets forståelse av målene og verdiene som er aktuelle, systematisk videreføres”.

En beskrivelse av sykepleie som praksis må si noe om kunnskap, person og den moralske dimensjonen som uttrykkes ved omsorg. Disse aspektene ved sykepleie kan sees på som interne goder ved praksisen. Å mestre tekniske ferdigheter er en del av den nødvendige kunnskapen. Disse ferdighetene er erfaringsbasert; de kan ikke oppnås uten å utføre oppgavene. De må læres i praksismiljøet. Sykepleieren må ha fortolkende evner i forhold til pasientens handlinger, tale og fysiske tilstand. Også disse evnene læres i praksis over tid. Det er slike evner som karakteriserer en ekspert sykepleier slik som Patricia Benner beskriver det. Sykepleie har et moralsk aspekt. En sykepleier bør utøve visse dyder som å ha respekt for andre, gi omsorg, empati og lignende (Edwards, 2001). For å forbedre og utvikle praksis er vitenskapelig kunnskap en av flere kunnskapsformer som er viktig (Kirkevold, 1996).

Evidensbasert praksis forutsetter en stor tro på vitenskapen. Ekeland (2004) hevder at det hviler på en overtro og en feilvurdert tro på styring. Vitenskapelig kunnskap har sine grenser i forhold til praksis. Samtidig blir evidensbasert praksis ikke bare et grunnlag for å styrke praksis, den blir også normgivende og styrende for praksis (Ekeland, 1999, Ekeli, 2002). P. Nortvedt og Grimen (2004) sier at vitenskapelig kunnskap kan gi ny kunnskap og gjennom refleksjon danne grunnlag for en bedre praksis. De presiserer at vitenskap ikke er det samme som praksis. Helsefaglig praksis kan ikke manualiseres og den kan aldri forstås fullstendig ved hjelp av vitenskapelige metode. Det er heller ikke mulig for vitenskapen å begrunne og etterprøve alle aspekter ved de faglige handlingene som skjer ved møtet mellom sykepleier og pasient. Praktisk kunnskap kan ikke sees uten den som utøver den og fra de situasjonene hvor den blir lært og anvendt. Kunnskapsbæreren og situasjonen hvor kunnskapen brukes er med andre ord viktig.

Møtet med pasienten kan beskrives som et spenningsforhold mellom det objektive, for eksempel pasientens sykdom og det subjektive, pasienten som en syk person. Det objektive er en del av vitenskapen, men praksis er preget av møtet med det subjektive. En del av sykepleieres arbeid kan objektiviseres og bli bedre ved instrumentalisering. Sykepleiens kjerneområde har likevel vært knyttet til omsorgen og mellommenneskelige verdier, til det subjektive. Skjønnets vil være knyttet til det subjektive, samtidig som den objektive kunnskapen vil være en viktig del (Ekeland, 2004). Både medisin og sykepleie er praksiser hvor den individuelle pasienten skal behandles. Dreyfus og Dreyfus (1996) påstår at i dag er medisinen en teoretisk vitenskap og at det er sykepleiens oppgave å tilpasse den til praksis.

Benner et al. (1999) omtaler evidens i sammenheng med vitenskapelig evidens. I den forbindelse sier de at vitenskapelig evidens er grunnleggende for god praksis. Klinikere kan bruke evidens fra store, randomiserte forsøk som veiledning, men ikke som forskrift for den enkelte pasient. Vitenskapelige bevis som sier noe om fysiologiske mekanismer er lettere å bruke i forhold til den særskilte pasienten enn generell statistikk om prognoser fra store grupper. Kunnskapen som sykepleiere bruker i praksis er en annen og noe mer enn den som er tilgjengelige i litteraturen. Sykepleiere lærer også av erfaring og av å observere kollegaer. Denne formen for kunnskap er den mest vanlige i praksis (Fulbrook, 2004).

Evidensbasert praksis forutsetter, som tidligere sagt, en stor tro på vitenskapen. Forskningsjuks er et stort problem og blir ikke alltid avslørt. En undersøkelse blant 3000 amerikanske forskere kom fram til at en tredjedel jukset (Martinson et al., 2005). En annen studie har vist at 50 % av effekten og 65 % av skadelige resultat pr forsøk var rapportert ufullstendig. Statistisk signifikante resultat var i større grad rapport sammenliknet med ikke-signifikante resultat både når det gjaldt effekt og skadelig effekt. Ved å sammenlikne publiserte artikler med protokoller, viste det seg at 62 % av forsøkene hadde minst et primært resultat som var forandret, introdusert eller utelatt. 86 % av informantene benektet eksistensen av urapporterte resultat, til tross for klart bevis for det motsatte (Chan et al., 2004).

Kunnskapen skal skjønnes og utøves i den kliniske situasjonen med pasienten som skal avvennes fra respirator. Klinisk eller faglig skjønn er viktig, jeg vil presentere hva som legges i dette begrepet.

2.3.3. Klinisk skjønn

Den aristoteliske phronesiskunnskapen er grunnlaget for det gode kliniske skjønn. Det viser seg ved at den handlende har kunnskap om hvorfor noe skal gjøres, er i stand til å handle og å utføre de riktige handlingene. Samtidig vises de rette holdningene i den praktiske situasjonen. Det moralske er med andre ord en del av det som skal vurderes i den praktiske situasjonen (Alvsvåg, 1997). ”Klinisk skjønn er uttrykk for et faglig skjønn og vil si å handle godt, riktig og hensiktsmessig i forhold til pasienter og klienter” (Alvsvåg, 2002, s. 208). Den faglige kunnskapen er grunnlaget for skjønnsutøvelsen, men når skjønn brukes er det med fleksibilitet i forhold til fastlagte retningslinjer. Skjønn brukes i de situasjoner som Aristoteles beskriver som foranderlige, i de situasjonene hvor den opplagte handling ikke er gitt. ”Skjønnsmessige overveielser og kloke handlingsvalg innebærer besinnelse, bestemmelse og bedømmelse, forstand og fornuft, oppfinnsomhet og godhet. Dette er egenskaper som utvikles i møte med konkrete, mangetydige og kompliserte situasjoner” (Alvsvåg, 2002, s. 212). Å utøve godt skjønn er å vise klokskap.

Martinsen (1993) understreker at det kliniske eller faglige skjønn består av både teoretisk og praktisk kunnskap. Såkalt ferdighets-, fortrolighets- eller praktisk kunnskap er kunnskap som oppnås gjennom å utøve et fag. Ved å være åpen og kreativ kan sykepleieren klare å se pasienten utover slik som han er i øyeblikket. For eksempel kan pårørende formidle et levende bilde av hvordan pasienten har vært. Dette er særlig viktig for pasientene som skal avvennes fra respirator og som har et langt sykeleie bak seg. Teoretisk kunnskap er preget av en begrepslig forståelse, hvor språket er konstaterende og klassifiserende. Situasjoner blir forenklet, den uttrykker ikke det spesielle, men det typiske. Motsetningene i kunnskapsformene er bare fruktbare når den praktiske, verdirasjonelle kunnskapen er avgjørende. Skjønn kan ikke være fastlagt i retningslinjer og protokoller. Den praktiske kunnskapen er mest grunnleggende.

Mennesket opplever verden gjennom sine sanser. Sansing er grunnleggende for å kunne møte den andre. Tilværelsen blir tydet ved hjelp av synet, hørselen og berøring. Gjennom sansene uttrykkes fagkunnskapen. Sykepleieren får inntrykk av pasienten gjennom sansene, hun tolker det, for så å handle. ”Skjønnnet uttrykker fagkunnskapen gjennom de naturlige sansene.” (Martinsen, 1993, s. 146). Fagkunnskap og naturlig sansing er viktige sider ved det faglige skjønnnet. Fagkunnskapen er grunnlaget for hvordan sykepleieren tolker inntrykket hun får gjennom sansene (Martinsen, 1993).

Sansemessig nærvær, oppmerksomhet, kunnskap og erfaringer er nødvendig for å utøve skjønn. Den erfarne sykepleier har oppmerksomheten rettet mot pasienten og er i forkant, hun vet hva som kan skje med pasienten i forhold til de lidelsene han har. Å tyde tegnene pasienten gir gjennom for eksempel hudfarge, ansiktsuttrykk, puls, blodtrykk er en viktig del av sykepleierens arbeid. En del av fagkunnskapen er å ha innsikt i vitale kroppsfunksjoner og kunne observere og tyde forandringer (Alvsvåg, 2002). Det kliniske læres i praktiske sammenhenger. Det er ved pasientens seng at intensivsykepleieren lærer å tolke hans uttrykk. Kunnskaper innenfor ”det som ikke kan være annerledes” er en del av den kliniske kunnskapen (Martinsen, 1993). Sykepleieren må kunne vite hvordan tilstander som lavt blodtrykk, lav oksygenmetning viser seg og hvordan forskjellige medikament virker. Men den enkelte pasienten viser sin sykdom på forskjellig måte og de ulike situasjonene er ofte preget av det som er foranderlig. Hvis sykepleieren ikke har kunnskap eller ikke har erfaring, vet hun ikke hva hun skal se etter og kan overse viktige symptomer.

Intensivsykepleieren møter pasienten i en sanselig livsverden. Denne verden er ikke så forutsigbar og preget av en logisk sammenheng mellom årsak og virkning, slik som den vitenskapelige kunnskapen er. Kliniske vurderinger vil være preget av at det alltid er en viss usikkerhet. Situasjonen kan være uventet eller svært forskjellig fra det man forestiller seg. En forståelse av situasjonen og gjøre ting på det rette tidspunktet er nødvendig for å utføre god klinisk praksis. Men det innebærer også å vite hva tid man ikke har kontroll over situasjonen (Benner et al. 1999). Når en intensivsykepleier for eksempel har en pasient som skal avvennes fra respirator er det nødvendig å observere og vurdere om pasientens tilstand forandrer seg etter at han får mindre støtte fra respiratoren. Dette kan være forandringer i bevissthet, sirkulasjon, respirasjon. Hvordan

pasienten takler nedtrappingen av respiratorstøtte vil være det avgjørende. Sykepleieren må vurdere pasienten fortløpende og svarene er ikke gitt.

Intensivsykepleiere arbeider i et svært teknisk miljø. Pasienten som er i fokus i problemstillingen, er i bedring, men får fortsatt respiratorbehandling. Bruk av avvenningsprotokollen vil si at intensivsykepleieren bruker sin kunnskap om respiratorbehandling. Det inkluderer også å kunne håndtere respiratoren rent teknisk. Å ha tilstrekkelig kunnskap om tekniske apparater er viktig, også for å kunne formidle trygghet til pasienten. Omsorg alene er ikke tilstrekkelig i teknisk utfordrende pasientbehandling (Alvsvåg, 1993). Intensivsykepleiere håndterer mange forskjellige typer medisinsk teknisk utstyr. En påstand er at det brukes mer tid på å ”pleie” utstyret enn å pleie pasientene. Etter hvert som en intensivsykepleier blir mer erfaren eller blir ekspert på sitt område, kommer det medisinsk tekniske utstyret mer i bakgrunnen. En ekspert fokuserer på det medisinsk tekniske utstyret for å få informasjon om pasientens fysiologiske tilstand og klarer samtidig å fokusere på pasienten (Benner et al., 1999).

Intensivsykepleierne kan sies å være et bindeledd mellom pasienten og det tekniske utstyret som for eksempel respiratoren. De må derfor ha kompetanse innen det teknologiske området og må kunne håndtere det mellommenneskelige (Coombs, 2003). Alvsvåg (2002, s. 217) skriver at ”sykepleieren danner seg et bilde av hvordan pasienten samarbeider med tingene”. Pasientens kropp er på en måte forlenget med teknisk utstyr. Respiratoren er en forlengelse av pasientens lunger. Å arbeide med et godt skjønn i slike omgivelser vil si å være årvåken både i forhold til pasienten og det medisinsk tekniske utstyret. I avvenningsfasen er såkalte lav-teknologiske intervensjoner, som for eksempel å få pasienten ut av senga hver dag og fysioterapi, like viktig som mer høyteknologiske intervensjoner, som respiratorbehandlingen representerer. Teknologien som brukes på intensivavdelingene har gjennomgått grundige vitenskapelige vurderinger. Intensivsykepleierne pleier en individuell pasient som får respiratorbehandling. De vurderer den praktiske bruken av teknologien i forhold til den spesielle pasienten. På denne måten blir teknologien brukt på en best mulig måte i forhold til den aktuelle pasienten. Det er pasientenes tilstand og målet for behandlingen som skal avgjøre bruken av teknologien og ikke omvendt (Benner et al., 1999).

Klinisk skjønn er viktig for å kunne tolke en spesifikk situasjon og for å kunne bruke relevant kunnskap til riktig tid. Overveielse og naturlig sansing er viktig for tolkingen. Kliniske vurderinger er ikke det samme som å omsette vitenskapelig kunnskap til praksis, kunnskapen blir brukt i møtet med en individuell pasient og kunnskapen må tillempes situasjonen. Vitenskapelig kunnskap er en del av kunnskapsgrunnet når for eksempel en intensivsykepleier utøver sin praksis med en respiratorpasient som skal avvennes fra respirator. Men også etiske vurderinger er viktige. Erfaring er nødvendig når det gjelder å utvikle et godt klinisk skjønn, derfor vil jeg si noe om erfaringsbegrepet.

2.3.4. Erfaring

I likhet med kunnskaps- og erkjennelsesbegrepene er erfaring et begrep som kan utlegges på mange måter. Jeg vil her først og fremst knytte erfaringsbegrepet til de aktuelle teoriene jeg har redegjort for tidligere i dette kapitlet.

Benner og medforfatterne tar utgangspunkt i Dreyfus modellen om ferdighetslæring. Den beskriver hvordan utøvere som lærer en praksis gradvis utvikler sin kompetanse. Dette illustreres gjennom trinnene novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Novisen er regelstyrt og lite fleksibel i sin tilnærming til praksis. Den avanserte nybegynner er ennå ikke i stand til å se helheten i situasjonen og stoler på mer erfarne kollegers vurderinger. Den kliniske situasjonen oppfattes som en av flere konkurrerende oppgaver. Novisen og den avanserte nybegynner vet ikke hvordan det unormale i en klinisk situasjon ser ut i forhold til det normale. På grunn av erfaring er den kompetente utøveren mer i stand til å skjelne hva som er viktig og uviktig i en situasjon. Hun kan også planlegge og analysere det som kan skje og vet at alle problemer ikke kan løses ved hjelp av regler. Hun vet når hun mestrer situasjonene godt eller ikke. Den kyndige utøveren er i stand til å la situasjonen avgjøre hva som er god sykepleie. Hun vet at ikke alt i det kliniske arbeidet er forutsigbart. Hun er mer sikker og er mer klar over hva tid hun har et godt grep om situasjonen eller ikke. Hun er dyktigere til å vite når og hvordan ting skal gjøres. Det siste ferdighetsnivået er eksperten som utmerker seg ved å bruke *techné* og *phronesis* som grunnlag for sine handlinger. På grunn av sin erfaring kan eksperten arbeide intuitivt. Hun er i stand til å se det som er uventet fordi tidligere erfaring gjør at hun har et stort spekter av forventninger. Samtidig har hun en evne til å

være engasjert i den partikulære situasjonen. Ekspertens kunnskap er ofte begrenset til et spesielt område, den er spesifikk, ”vite hvordan” kunnskap. Teknisk og vitenskapelig kunnskap er derimot ofte av en slik art at den lett kan overføres fra et område til et annet (Benner, 2004).

Å lære av erfaring er sentralt i Dreyfus modellen. Manglende erfaring gjør at en nybegynner har en såkalt sekundær uvitenhet. De skjønner ikke hva de ikke kan, og kan overse vesentlige sider ved en situasjon eller innser ikke når det er nødvendig å handle (Benner et al., 1996). Erfaring er erindring om andre pasienter, teoretisk kunnskap eller en fortelling. Når en erfaren sykepleier tar i mot inntrykket fra en pasient, gjør det at erfaring og kunnskap fra tidligere trer fram. En uerfaren sykepleier har ikke det samme repertoaret å spille på (Alvsvåg, 1993). Teoretisk kunnskap gir kunnskap som for eksempel sier at visse tiltak skal gjøres. En ekspert utmerker seg ved at hun vet hvordan og når tiltak skal settes inn etter hvordan den særskilte pasienten uttrykker seg i den kliniske situasjonen (Benner et al., 1999). For å kunne utføre en bedre praksis er det å lære av erfaring viktig. Det forutsetter en åpenhet og oppmerksomhet av den som vil lære. En ekspert i *techné* anvender veletablert kunnskap i på forhånd gitte, klare omstendigheter, dette er imidlertid en annen form for kunnskap (Benner, 2004). ”Erfaring vil si å ha evne til å endre oppfatning, nyansere og modifisere eller forandre tidligere meninger om eller perspektiv på situasjonen” (Benner et al., 1996, s. 283).

Erfaring gjør at sykepleieren får et bedre grep om den enkelte kliniske situasjonen. Sykepleieren klarer å møte den aktuelle pasientens behov, alle blir ikke behandlet likt. De kliniske situasjonene som tidligere var teoretisk kunnskap blir etter hvert en erfaringsbasert forståelse i situasjonen. Den kompetente sykepleieren utvikler en evne til å ha et intuitivt grep om situasjonen, en motsetning til å arbeide etter regler. Å kunne arbeide intuitivt er basert på tidligere erfaring (Benner, 2004). Gjennom erfaringslæring kan klinikerer oppnå en sikkerhet som er grunnet på det å kunne vurdere kvalitative distinksjoner. Nyansene kan bare vurderes i en særskilt situasjon. En evne til å se et problem hos pasienten eller de pårørende utvikles blant annet gjennom å sammenlikne med tilfeller fra tidligere erfaring (Benner, 2000).

Kari Martinsen ser på erfaring som en kvalitet som forandres aktivt når hun beskriver det faglige skjønnet. Direkte erfaring er møtet med pasienten i konkrete situasjoner. Den

direkte erfaringen forutsetter delaktighet, interesse og villighet til å møte den andre både som pasient og som medmenneske. En ny situasjon vil alltid innebære noe nytt, ukjent og uforutsigbart. Denne erfaringen kan oppnås ved bruk av det faglige skjønnnet. Sykepleieren kan da oppfatte pasienten som en person, et medmenneske. Hvis erfaringen ikke framtrer, blir pasienten bare et objekt for sykepleieren. Sansingen er viktig for at en tyding skal bli en erfaring, den andre kan oversees, han erfares ikke (Austgard, 2004). Erfaring er å bli truffet av noe som er utenfor en selv, å møte noe uventet i situasjonen (Martinsen, 2000). En sykepleier vil få erfaring gjennom aktivt å lære seg og forstå når hun handler og opptrer bra eller dårlig i en konkret situasjon. Det å få erfaring er også å kunne se og oppleve aktuelle etiske aspekter ved situasjonen. Erfaring er en del av en tradisjons aktive historie (Benner et al., 1996).

Det er alltid en fare å overgeneralisere fra tidligere erfaringer inn i nye situasjoner (Benner et al., 1999). Erfaring er viktig, men verken erfaringsbasert kunnskap og statistiske vitenskapelige data er ufeilbare. De kan ikke være veiledende i alle situasjoner. Kloke beslutninger er en kombinasjon av erfaringsbasert klinisk kunnskap, kompetanse innen omsorg og statistiske data. Ny kunnskap må modifisere den erfaringsbaserte kunnskapen, slik at den ikke blir for rigid. Imidlertid er mange situasjoner preget av usikkerhet. En balansegang mellom bruk av tidligere erfaring på den ene siden og tiltro til statistiske data eller abstrakte regler på den andre siden, er viktig (Benner et al., 1996). Lang erfaring er ikke nok i seg selv, et kritisk blikk er viktig. Det gjelder å kunne skille mellom hva som er godt og dårlig. Kritisk blikk på egen praksis innebærer en kunnskapskritikk (Molander, 1997)

Erfaring er viktig for å kunne bruke aktuell kunnskap på rett tid. Erfaring er imidlertid ingen statisk egenskap. Skal erfaring være nyttig er det nødvendig å gå inn i enhver situasjon med en åpenhet for det uforutsette. Erfaring kan deles med andre, derfor vil jeg også si noen om pleiefelleskapet.

2.3.5. Sykepleie som sosial praksis

På en intensivavdeling er det ansatt mange intensivsykepleiere. Når flere personer utfører en særskilt virksomhet over tid oppstår et praksisfelleskap. Det kan finnes andre tangerende og overlappende praksisfelleskap som en gruppe må forholde seg til. For

intensivsykepleierne vil legene være en slik gruppe. Et praksisfellesskap er et vilkår for utøvelse av aktuell kunnskap, fellesskapet vil tolke kunnskapen på sin måte. Det er gjennom å delta i et praksisfellesskap at læring skjer, dette kalles situert læring. Legitim perifer deltakelse vil si at gjennom deltakelse i fellesskapet, lærer de nyutdannede eller nyansatte intensivsykepleierne for eksempel å avvenne en pasient fra respirator (Lave og Wenger, 2003).

Ved å delta i et godt praksisfellesskap kan evnen til å gi omsorg utvikles og gjennom kollektivet kan moralsk handling læres. Moralsk evne er legemliggjort og er forankret i det sosiale, også når praktikerer handler selvstendig (Benner, 2000). Innen et yrke som for eksempel sykepleien, vil det utvikles en felles forståelse for hva som er godt skjønn. I en situasjon hvor svaret ikke er gitt, er ”medskjønnere” viktig. Erfaring deles og blir en del av andres skjønn. Skjønnen løftes inn i kollektivet og blir prøvd mot andre skjønnere. Skjønnen og intuisjon må etterprøves i det faglige fellesskapet (Alvsvåg, 2002, Nortvedt og Grimen, 2004). På denne måten gjøres phronesis kunnskapen offentlig, den er ikke relativistisk, fordi den gjøres offentlig og prøves mot flere skjønnere (Benner, 2000).

Pasientens symptomer skal tolkes. Denne tolkingen skal deles med andre, den er med andre ord sosial. Dette krever at sykepleieren kan artikulere små forandringer i pasientens tilstand til de andre i teamet (Benner et al., 1999). Klinisk tenkemåte og utøvelse av omsorg er et sosialt fenomen. Klinisk resonnement er en del av et kollektivt minne (Benner et al., 1996). Erfaringer innen for eksempel et pleiefellesskap blir artikulert og evaluert innen dette miljøet. En form for ”objektivitet” blir oppnådd. Dette er en form for intersubjektiv enighet som forandres og korrigeres. Validiteten oppnås gjennom en intersubjektiv påstand som flere erfarne skjønnere er enige om. En felles perseptuell oppfatning av en felles verden gjør at det er mulig å møtes og forstå hverandre (Benner, 2000). I et fellesskap kan utøverne både lære av og kritisere hverandre. Andre ser hva vi gjør og de kan hjelpe oss. På denne måten kan kunnskapen utvikles (Molander, 1997).

Utvikling av klinisk ekspertkunnskap er avhengig av det sosiale klimaet i en avdeling. Når nye vitenskapelige teorier og data skal introduseres i den kliniske hverdagen, må den praktiseres av utøverne. De må få mulighet til å utvikle generelle forklaringer ved å

bruke den nye kunnskapen i særskilte situasjoner. Kulturen på en avdeling er viktig for at god sykepleie skal utføres. Godt samarbeid, stabilt personale og det at sykepleierne vet hva de andre kan og hvem de kan stole på er av betydning. Det å utføre sykepleie til pasienter som ikke kan snakke, som er skjøre eller som ikke kan kommunisere er eksempler på at erfaringsbasert kunnskap må formidles videre til kolleger.

Respiratorpasienter er en gruppe pasienter som ofte har det vanskelig med å gjøre seg forstått. Å lære og kommunisere med disse pasientene kan ikke læres via teori. Noen sykepleiere er formidlere av kunnskap for de andre. Fortellinger om for eksempel episoder med pasienter er viktige i forhold til å lære av andres erfaringer. Avdelingens syn på læring er også viktig. På noen avdelinger er undervisning, støtte og samarbeid viktig, mens andre plasser kan kunnskap sees på som den enkeltes eiendom (Benner et al., 1996).

Innen både sykepleie og medisin er kunnskapsmengden stor. Felles forventninger er viktig. Tilstrekkelig praktisk viten må utvikles og en felles forståelse av praksis og roller kan etableres. Innen et stabilt fagfelleskap kan det skapes en felles hukommelse og en kumulativ læring over tid kan oppstå. For å bli en klok kliniker er det ikke tilstrekkelig å ha vitenskapelig kunnskap. Det er også nødvendig å kunne kommunisere med andre, slik at pasienten får den best mulige behandlingen. Et godt tverrfaglig samarbeid er også viktig for et godt klinisk resultat for pasientene (Benner et al., 1999).

Phronesiskunnskapen kan utvikles og etterprøves i praksisfelleskapet. Uerfarne sykepleiere lærer av de mer erfarne og kliniske skjønn kan utvikles. Et godt samarbeid er viktig for at det kan skje på en god måte.

2.4. Avslutning

Problemstillingen stiller spørsmål om hvordan medisinsk evidens erfares av intensivsykepleieren. Evidens er et sentralt begrep og forskjellige måter å forstå begrepet på har blitt belyst. Evidens er et begrep som er brukt blant innen fenomenologisk filosofi. I det siste er det blitt knyttet opp mot sikker vitenskapelig kunnskap og resultater fra kontrollerte randomiserte forsøk veier tyngst. Dette er gullstandarden blant annet innen medisinen. Sykepleiere kan i mindre grad benytte denne kunnskapsformen, fordi sykepleiens virksomhetsområde ikke i samme grad kan

utforskes denne måten. Sykepleiere har alltid benyttet seg av flere kunnskapsformer. Såkalt evidensbasert sykepleie / praksis er omdiskutert og en del av uenigheten er hvordan evidenshierarkiet skal forstås. Tilhengere av evidensbasert praksis sier at det kun er aktuelt når det er spørsmål om effekt, mens de som er kritiske hevder at meta-analyser og det kontrollerte, randomiserte forsøket har forrang.

Evidensbegrepet blir knyttet opp mot kunnskapsbegrepet, som omskrivingen til kunnskapsbasert praksis viser. Jeg har derfor også sett på dette begrepet. Kunnskap kan både være teoretisk og praktisk. Vitenskap er et eksempel på teoretisk kunnskap. Det er om det som alltid har vært på samme måte, i følge Aristoteles. Intensivsykepleieren bruker sin kunnskap i praksis. Klinisk skjønn er viktig når kunnskap skal brukes i møte med en pasient. Ulike kunnskapsformer er aktuelle når intensivsykepleieren møter pasienten i praksis. Aristoteles knytter den praktiske visdommen til etikken, til det område som han beskriver som kan være annerledes. Herdis Alsvåg, Kari Martinsen og Patricia Benner har brukt de samme begrepene, når de beskriver det kliniske skjønnet. Erfaring er viktig for å kunne utvikle og bruke et godt klinisk skjønn. Erfaring er ingen statisk egenskap, men brukes som en veiledning i nye situasjoner.

Sykepleie i en intensivavdeling utføres i et fagfellesskap og dette fellesskapet er også viktig i utøvelsen av sykepleie. Såkalte evidente innsikter skal brukes i et fellesskap og hvordan fagfellesskapet fungerer er av betydning for hvordan kunnskap brukes og utvikles. Nyansatte sosialiseres inn i et fellesskap som har sine normer for hva god sykepleie er. Intensivsykepleierne lærer av hverandre på godt og vondt.

De forskjellige teoriene skal på hver sitt vis bidra til å drøfte problemstillingen og funnene. Empirien er intervju med intensivsykepleiere som har erfaring med å avvenne pasienter fra respirator. Før funnene presenteres vil jeg gjøre rede for den metoden som er brukt.

3. METODE

Utsagnet ”spørsmålet bestemmer metoden” sier hva som er utgangspunktet for å bestemme hvilken metode som skal benyttes ved et forskningsprosjekt. Forskeren må spørre seg selv om hva som skal undersøkes og hvorfor det skal forskes på, før han spør hvordan. Spørsmålet jeg har stilt er hvordan intensivsykepleierne erfarer avvenningsprotokoll som er basert på medisinsk evidens. Metoden er det verktøyet jeg har brukt for å få svar på dette spørsmålet. Kvale (1997) sier at ordet egentlig betyr ”veien til målet”.

3.1. Valg av metode

”Forskningsmetoder er teknikker som forskere bruker for å strukturere en studie og til å samle og analysere informasjon som er relevant i til forskningsspørsmålet” (Polit og Beck, 2004, s.15). Det fins to alternative forskningsparadigmer som vil ha konsekvenser for hvilke forskningsmetoder som vil bli brukt, nemlig kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitativ metode er den tradisjonelle, positivistiske tilgangen. Deduktiv tankegang blir brukt for å teste hypoteser. Forskningsprosessen foregår i en logisk, systematisk rekkefølge og alle faktorer som kan påvirke prosessen må kontrolleres. Tall er grunnlaget for resultatet (Polit og Beck, 2004). På hvilken måte kunne et tallmateriale gi svar på forskningsspørsmålet mitt? Jeg kunne ha laget et spørreskjema og tolket svarene ved hjelp av statistisk metode. Problemet ville ha vært at jeg måtte ha gitt svaralternativer og kunne dermed ha gått glipp av den dybden som jeg ønsker å få som svar på spørsmålet mitt. Jeg måtte for eksempel ha fått respondentene til å svare på hvilke type kunnskap som er viktigst når de arbeider med en pasient som skal avannes fra respirator. Det er imidlertid ikke sikkert at det er noe som er viktigere enn noe annet, men at det er kompleksiteten og sammenhengen mellom kunnskap som er det typiske.

Kvalitativ metode prøver å utforske menneskelig kompleksitet. Forståelse er viktig. Metodene som blir brukt er fleksible og kan i noen tilfeller utarbeides under forskningsprosessen. I motsetning til kvantitativ forskning er forskningsprosessen en induktiv framgangsmåte, noe som vil si prosessen å resonere fra spesifikke observasjoner til mer generelle regler (Polit og Beck, 2004). Spørsmålet jeg har stilt besvares bedre ved å bruke kvalitativ metode, fordi den i større grad kan få fram noe av

kompleksiteten i intensivsykepleierens praksis. Ingen vitenskapelig metode vil få fram hele ”virkeligheten” eller den fulle ”sannheten”. Også en kvalitativ tilnærming betyr å redusere. Ryen (2002) sier at datamengden reduseres allerede når begrepsmessig ståsted og metode velges. Et intervju vil gi begrenset informasjon og videre analyse vil redusere ytterligere.

3.1.1. Fenomenologisk perspektiv

Edmund Husserl (1859-1938) er grunnlegger av det som kalles den fenomenologiske bevegelse og som er en retning innen filosofien. Fenomenologi har også stor innflytelse i andre fag. Fenomenologi kommer fra det greske ordet phainomenon; det som viser seg, kommer til syne, det som framtrer for en bevissthet (Lübcke, 1983). I følge Lübcke (1982) er Husserls fenomenologi en kritikk av det naturvitenskapelige paradigme. Husserl oppfatter den objektive verden som matematikken og geometrien uttrykker, som et grensetilfelle. Geometriske gjenstander må erfares gjennom en rekke handlinger og erfaringen skjer i den subjektive verden. Gjenstander viser tilbake til livsverden. Livsverden er nødvendig for å erfare, den er en transcendent forutsetning for å erfare. Den medisinske evidensen vil i stor grad være av naturvitenskapelig natur. Møtet mellom intensivsykepleieren og pasienten foregår i det som kalles livsverden, hvor det sanselige nærværet er en forutsetning i møtet.

Zahavi (2001) sier: ”fenomenologi er en filosofisk refleksjon over den måten som tingene viser seg på, samt en undersøkelse av mulighetsbetingelsene for dette”. Han sier også at fenomenologiens oppgave er ”å utforske og tematisere de filosofiske grunnspørsmål vedrørende verdens og virkelighetens værens- og vesensbeskaffenhet”. Bengtsson (1999) bemerker at ”å gå tilbake til sakene selv” kan kalles et fenomenologisk slagord. Husserl brukte dette begrepet i et av sine verker. Det kan forstås på to måter; som en vending mot sakene og som en følsomhet mot sakene. Sakene er alltid saker for noen, de er aldri saker i seg selv. Vendingen mot sakene er en vending mot et subjekt og det subjektet er opptatt av.

Fenomenologi er også en metode, men har utgangspunkt i filosofien. Når den blir brukt som metode, er det for å utforske informantenes levde erfaring. ”Hva er essensen av

dette fenomenet som erfaring og hva betyr det?”, vil være et sentralt forskningsspørsmål (Polit og Beck, 2004).

Kari Martinsen (1996, s. 114) sier at ”den fenomenologiske beskrivelse er erfaringstett og konkret”. Under intervjuene har intensivsykepleierne gitt uttrykk for sine opplevelser og erfaringer om arbeidet med å avvenne pasienter fra respirator. Referansen eller betydningen, er knyttet til den konkrete situasjonen og hvordan en kan argumentere og overbevise hva som forstås som evidens i situasjonen. Referanse i en fenomenologisk studie, vil være essensen av selve meningen av erfaringene til de personene som blir intervjuet. Benner et al. (1999) skriver at målet med fortolkende fenomenologi er å forstå meningen og handlingene til dem man studerer. Konteksten, deres historie og det som er viktig for dem er en del av dette. Hvordan sykepleierne erfarer medisinsk evidens når de skal avvenne en pasient fra respirator er som sagt problemstillingen. Viser disse erfaringene til andre former for evidens eller kunnskap? Det er dette spørsmålet jeg har arbeidet med under denne studien.

Et ideal innen fenomenologien er å være så åpen som mulig. Forskeren må prøve å overse det som er det gitte ved et fenomen. Fenomenologisk metode brukes av og til sammen med en hermeneutisk tilnærming (Lindseth og Norberg, 2004).

3.1.2. Hermeneutisk perspektiv

Hermeneutikk betyr fortolkningskunst, forståelselære. I hermeneutisk filosofi sier man at det ikke er mulig å være helt uten fordommer eller førforståelse. Den hermeneutiske sirkelen er forholdet mellom den konkrete deltolkning om noe og den forståelseshelhet (meningshorisont) som tolkningen befinner seg innenfor. Vår forståelse er en del av denne sirkelen (Lübcke, 1982). Hermeneutikk er også en metode.

Førforståelse og tolking er to sentrale begreper. Førforståelse beskrives av Malterud (1996) som erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme som forskeren har ved studiens start. Den hermeneutiske vitenskapstradisjonen er opptatt av hvordan forskeren skal få tilgang til andre aktørers mening og kontekst. Samtidig er den opptatt av fortolkerens kontekst. I denne tradisjonen er forskerens subjektive førforståelse ikke en feilkilde, men en nødvendighet for innsikt. Forskerens erfaringer

og kunnskaper vil kunne både være positive og negative i forhold til å oppnå innsikt. Kulturfortrolighet kan gi kulturblindhet i eget felt. Når man kjenner feltet godt fra før kan det være vanskelig å få analytisk distanse. Samtidig kan den som er helt ny i et felt ha vansker med å forstå hva som skjer. Hvis forskeren har et helt annet erfarings- og kunnskapsgrunnlag enn informantene, kan det være vanskelig å få forståelse av feltet (Paulgaard, 1997).

Jeg har valgt å studere et felt hvor jeg er kjent. Jeg er utdannet intensivsykepleier og har i mange år arbeidet med pasientgruppen jeg har valgt å skrive om, nemlig voksne pasienter som skal avvennes fra respirator. Jeg har de siste årene arbeidet ved nyfødt intensiv. Jeg tar fortsatt vakter ved en generell intensiv avdeling, men har i liten grad jobbet med utgangspunkt avvenningsprotokollen. Den ble tatt i bruk etter at jeg sluttet. Mitt kjennskap til intensivpasienten og intensivsykepleie er en del av min forforståelse. Det samme vil gjelde for de teoriene som jeg har brukt under forberedelsen denne oppgaven. Utfordringen er å være så åpen som mulig under hele forskningsprosessen. Det samme vil gjelde i forhold til tolkningen av datamaterialet.

Det fins flere som metoder hvor både det fenomenologiske og det hermeneutiske perspektivet er til stede. På denne måten unngår man å skulle finne essensen i det studerte på en intuitiv måte. Samtidig blir det ikke bare en ren teksttolkning hvor de essensielle trekkene ved livsverden blir oversett. Fenomenologisk hermeneutikk defineres som at den essensielle meningen blir studert og avdekket i form av en tekst. ”Å forstå en tekst forutsetter en bevegelse mellom dens mening og referanse; fra hva den sier til hva den taler om” (Lindseth og Norberg, 2004 s.146). Når forskeren lytter til en informant er det også viktig å kombinere elementer fra de to tradisjonene. Informantene må få fortelle om sine erfaringer uten at forskeren forstyrrer med spørsmål som kan hindre at det essensielle kommer fram. En hermeneutisk tilnærming betyr å være åpen for flere tolkninger av det som informanten forteller, også i intervjusituasjonen (Kvale, 1997).

3.1.3. Kvalitativ metode

Repstad (1998) sier at kvalitative metoder handler om å karakterisere. Ordet kvalitativ refererer til egenskapene eller karaktertrekk ved fenomener. Jeg har valgt å bruke

intervju for å få kunnskap om hvordan intensivsykepleiere erfarer medisinsk evidens. Det transkriberte intervjuet har vært grunnlaget for det videre arbeidet. I denne studien vil tekst være grunnlaget for analysen. Teksten vil likevel være noe annet enn den aktuelle intervjusituasjonen. Spørsmålet den forskeren stiller er ”hva ser de seg selv gjøre?” Jeg oppfatter dette spørsmålet som svært sentralt i min studie. Jeg har prøvd å få fram erfaringene intensivsykepleierne hadde når det gjelder arbeidet med intensivpasienten som skal avvennes fra respirator. Ut fra dette er analyse og tolking gjort.

Malterud (1996, s. 30) definerer kvalitative metoder slik: ”forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper (kvaliteter) ved de fenomener som skal studeres. Materialet består av tekst, som kan representere samtaler eller observasjoner, mens kvantitative metoder bygger på tall”. Kvalitative metoder kan gi ny kunnskap på flere nivåer. Beskrivelser av et gitt fenomen vil gi ny forståelse av mangfold, fellestrekk og typiske egenskaper. Nye begreper kan også utvikles. Disse kan gi presise betegnelser og navn på fenomenet. Nye teoretiske modeller kan også være resultatet. Disse vil kunne gi ny forståelse av mulige sammenhenger. Utvikles det nye hypoteser, må disse testes ved hjelp av en kvantitativ metode. Det er altså mulig å oppnå ny innsikt på flere plan. I forhold til min studie, så ønsker jeg å beskrive hvordan medisinsk evidens erfares i intensivsykepleierens praksis og å drøfte dette opp mot aktuell teori.

Et kjennetegn ved kvalitative metoder er at de kan brukes med fleksibilitet. Problemstilling og for eksempel intervjuguide kan endres underveis. Intervju om samme problemstilling kan bli forskjellige, selv om de samme temaene er grunnlaget for samtalen. De ulike fasene i forskningsprosessen kan også gli over i hverandre og trenger ikke alltid å komme i ”rett” rekkefølge. Jeg har endret problemstillingen en gang. Den opprinnelig var: ”Kan sykepleierstyrte protokoller bygd på medisinsk evidens være evidens for intensivsykepleiere?”. Etter råd fra veileder ble den endret til ”Hvordan erfarer intensivsykepleiere en avvenningsprotokoll som er basert på medisinsk evidens?”. Grunnen til dette var at det første utkastet kunne oppfattes mer som en hypotese i forhold til en kvantitativ studie. Den nye problemstillingen var like dekkende for studiens forskningsspørsmål. Fleksibilitet vil også si at forskeren veksler ståsted under prosessen. Funnene i studien vil påvirke den teorien som velges og omvendt.

Forskeren skal ha kjennskap til aktuell teori, men skal likevel ikke la seg styre av den (Fog, 2004). Tolkning av funnene vil alltid foregå innen en meningshorisont (Lübcke, 1982). Forskerens erfaring og kunnskap vil også være av betydning (Malterud, 1996). Med andre ord vil min egen erfaring som intensivsykepleier være viktig, men også den teoretiske kunnskapen som jeg har tilegnet meg i løpet av mastergradstudiet og under arbeidet med denne studien.

3.2. Datainnsamling

Jeg vil i det følgende forklare hvordan jeg har gått fram for å utføre egen forskning med utgangspunkt i det som jeg har redegjort for over. Det vil si hvordan jeg fikk kontakt med forskningsfeltet, gjennomføring av intervjuene og hvordan analysen vil bli utført.

3.2.1. Tilgang til forskningsfeltet

Jeg tok kontakt med intensivavdelingen ved et større universitetssykehus, hvor de omtalte avvenningsprotokollen som evidensbasert (vedlegg 1 og 2). For å få svar på problemstillingen benyttet jeg et såkalt strategisk utvalg. I følge Malterud (1996) vil utvalget være viktig for det svaret man får på problemstillingen. Eventuelt ny kunnskap vil være på grunnlag av de opplysningene som informantene i utvalget gir. Samme kilde gir en definisjon på strategisk utvalg: ”Det er sammensatt ut fra målsettingen om at materialet skal inneholde adekvate data som i dybde og bredde har potensial til å gi mest mulig relevante svar på problemstillingen” (Malterud, 1996, s.55). Et strategisk utvalg var for meg å få informanter som kunne gi gode data i forhold til problemstillingen, det vil si at de var intensivsykepleiere og at de hadde erfaring med avvenningsprotokollen. Siden jeg ikke var kjent med denne avdelingen, tok jeg kontakt med sykepleiefaglig leder, som valgte åtte informanter for meg. Informantene hadde arbeidet som intensivsykepleiere fra 1 år og 9 måneder til over 20 år. To av dem hadde vært med å utvikle protokollen og jobbet i vanlig turnus, en var fagansvarlig sykepleier, en assisterende avdelingssykepleier, mens de andre var ansatt i vanlig turnus. Utvalget bestod av seks kvinner og to menn. Jeg hadde ingen innflytelse på hvem som ble valgt ut som informanter, men ønsket at det var spesialsykepleiere med minimum ca to års ansiennitet.

Kvale (1997, s.58) sier at: ”man skal intervjuer så mange personer som er nødvendig for å finne ut det du trenger å vite.” Hvis man intervjuer for få er det vanskelig å trekke noen slutninger ut fra materialet. Har man for stort utvalg er det lett at materialet man får blir for stort og uoversiktlig. Malterud (1996) skriver at utvalgets størrelse er avhenging av kompleksiteten av spørsmålene og hvor godt det strategiske utvalget er. Hvordan datainnsamlingen fungerer som grunnlag for kunnskapsutvikling og hvor kreativ forskeren er også av betydning. Informantene ga meg mye informasjon. Det er vanskelig å si om metningsnivået i forhold til utdypingen av problemstillingen ble nådd. Det siste intervjuet gikk forholdsvis greit. Det kan skyldes at informanten uttrykte seg veldig klart. Under videre analyse og tolkning av datamaterialet har jeg likevel ikke savnet data.

Malterud (1996) påpeker at forskeren må tenke nøye gjennom hvilken form for datainnsamling som vil gi best mulige data. Jeg valgte å foreta intervju. Observasjon i intensivavdelingen ville sannsynligvis ha gitt ytterligere verdifulle data. Men på grunn av tiden jeg har hatt til rådighet, så valgte jeg dette bort. Fokusgruppeintervju kunne også ha vært aktuelt. Det er ikke sikkert jeg ville ha fått den samme dybden i intervjuene. På grunn av at jeg foretok intervjuene på et sykehus i annen by enn der jeg bor, ville det også ha vært litt upraktisk i forhold til å få en moderator.

Kvale (1997) understreker at omhyggelige forberedelser er viktige for at både intervju og resultatet skal bli godt. Allerede på dette stadiet bør forskeren tenke på analyse og hvordan resultatene skal verifiseres og rapporteres. Det var en utfordring å lage en intervjuguide ut fra problemstillingen. En intensivsykepleier utfører alt fra personlig stell av pasienten til å administrere avansert medisinsk behandling (Stubberud, 2005). Det kan derfor være vanskelig å skille mellom hva som er sykepleie, hva som er en del av medisinsk behandling eller om det fins noen forskjell. Jeg arbeidet lenge med prosjektplanen, uten å vite hvordan jeg skulle formulere intervjuguiden. Jeg ble etter hvert satt på sporet da jeg leste Benner et al. (1999) som hadde intervjuet intensivsykepleiere om hvordan de utøver faget i den kliniske hverdagen.

Intervjuguiden (vedlegg 3) var forholdsvis detaljert. Den var delt i to deler med forskningsspørsmål og intervju spørsmål som skulle følge disse opp. Dette ble gjort med

utgangspunkt i Kvale (1997). Jeg hadde et forsøksintervju med en kollega som arbeider med det samme problemområdet som doktorgradsstudent. Jeg sendte også intervjuguiden til en annen kollega som arbeider på en intensivavdeling. Hun er ekspert på respiratorbehandling, samtidig som hun har erfaring med kvalitative intervju. Jeg justerte ikke intervjuguiden etter dette. Intervjuguiden er en del av forforståelsen. Den skal være et hjelpemiddel som skal veilede gjennomføringen av intervjuet. For å få være mest mulig åpen i intervjusituasjonen er det viktig å sette den i parentes, det vil si at forskeren ikke må følge den slavisk.

3.2.2. Det kvalitative forskningsintervjuet

Det kvalitative forskningsintervjuet ble valgt som metode for å få kunnskap om problemstillingen og hvordan evidensbegrepet er aktuelt i denne sammenhengen. Det halvstrukturerte forskningsintervjuet blir definert av Kvale (1997, s. 21) som ”et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene”. Et intervju er et felles prosjekt mellom forsker og informant. Forskeren samler ikke inn data, men konstruerer eller lager sine data sammen med informanten. Intervjuet er en mellommenneskelig handling, hvor de utveksler erfaringer om et felles emne. Intervjuet er et resultat av en felles handling (Kvale, 1997).

Fog (2004, s.11) sier at ”formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å få et empirisk materiale som består av den intervjuedes egen beskrivelse / framstilling av seg selv og den livsverden, han må forholde seg til”. Videre sier hun at målet med det kvalitative forskningsintervjuet er å få forståelse om de spørsmål som stilles. Gjennom samtalen og ved å møte den andre får forskeren kunnskap om den andre og hans livsverden. Livsverden i denne sammenhengen vil være intensivsykepleiernes arbeidssituasjon med pasienter som skal avvennes fra respirator. Jeg har prøvd å få fram beskrivelser av den livsverden som utspiller seg på intensivavdelingen; hvordan intensivsykepleieren erfarer medisinsk evidens når pasienten skal avvennes fra respirator.

3.2.3. Utføring av intervjuene

Intervjuene ble gjort i et samtalerom på den aktuelle intensivavdelingen. For å utføre selve intervjuene, fikk jeg låne en såkalt Minidisk. Jeg satte meg inn i bruken før det første intervjuet, men til tross for dette så opplevde jeg en del problemer. Det første intervjuet måtte skrives for hånd, fordi minidisken hadde satt seg i et ”hold” modus, som jeg ikke fikk den ut av. Dette intervjuet ble derfor kun skriftlig. Jeg opplevde også at da jeg skulle bruke en minidisk til to intervju, så la det ene seg over det andre, selv om det skulle være nok plass. Jeg valgte derfor å ta dette intervjuet om igjen. Heldigvis var informantene villige til det og jeg så på det som en ekstra mulighet til å få utføre et intervju.

Kvale (1997) presiserer at det er to sider ved spørsmålene som stilles. Den tematiske siden er i forhold til den aktuelle problemstillingen. Den dynamiske siden av spørsmålet er det å kunne holde samtalen i gang på en positiv måte, slik at informantene forteller om sine opplevelser og erfaringer. Når man bruker kvalitativt intervju er det viktig å skape en god atmosfære slik at informantene føler seg ivaretatt. Som sagt så utførte jeg intervjuene på en avdeling hvor jeg ikke var kjent og de fleste av informantene hadde jeg ikke truffet før. Jeg synes likevel at det var en god stemning og jeg følte at jeg var velkommen i avdelingen. Informantene var interesserte i arbeidet sitt og svarte på spørsmålene på en slik måte at jeg fikk et godt datamateriale. Spørsmålene i intervjusituasjonen må være åpne slik at forskeren ikke bare får de svarene som han / hun tror han skal få. Etter hvert vil forskeren utvikle en kompetanse for å lytte etter det uventede og nye (Kvale, 1997). Som novise i faget syntes jeg at det var utfordrende å utføre intervjuene. Det ble lettere etter hvert og jeg klarte å være mer fri i forhold til intervjuguiden.

Samtalepartnerne, i dette tilfellet forskeren og informantene har en felles basis, en naturlig, kulturell og sosial sammenheng. De er også forbundet av en felles praksis. Dette viser seg blant annet gjennom det at de kan gi uttrykk for allmenne betydninger og de sammenhenger som er mer individuelle. Gjennom språket meddeler de seg om felles praksis og om seg selv. I samtalen får intervjueren fram visse kvaliteter hos informantene og omvendt. Forholdet mellom forskeren og informantene er gjensidig, fordi de forholder seg til hverandre (Fog, 2004). Både informantene og jeg var

intensivsykepleiere, vår felles praksis var intensivsykepleie. Det gjorde det lettere for meg å forstå den praksisen de fortalte om og samtalen ble lettere å gjennomføre for begge parter. Vi kunne dele et felles fagspråk, en del erfaringer og kjennskapet til intensivavdelingen som arbeidsplass.

Paulgaard (1997) sier at kulturfortrolighet kan føre til en kulturblindhet. En fare ved å være så kjent med miljøet som det forskes på er at det er lett å overse det nye og ukjente. Det var selvsagt en fare i mitt tilfelle. Siden jeg i liten grad har jobbet med utgangspunkt i avvenningsprotokollen, så var det en måte å holde en viss distanse til temaet. Jeg har likevel lang erfaring med å arbeide på en generell intensivavdeling. Jeg fikk en viss distanse siden jeg utførte intervjuene på en avdeling hvor jeg ikke var kjent. Jeg kunne selvsagt ha valgt å utføre intervjuene på det sykehuset hvor jeg arbeider. Jeg har jobbet lenge på intensivavdelingen der og tar fortsatt en del ekstravakter. Jeg kjenner derfor personalet godt og det kunne vært vanskelig å få en viss distanse.

Lindseth and Norberg (2004) sier at et intervju skjer i en sammenheng hvor begge parter deler en forståelse av intervjusituasjonen. Informanten er den som er hovedforfatteren av teksten, men intervjueren sees på som en medforfatter. De sier videre at å fortelle og lytte til narrativer er den mest grunnleggende måten å få forståelse om våre erfaringer. Jeg fikk også råd fra veilederen min om å spørre om informantene om de kunne fortelle en konkret fortelling om da de opplevde at de utførte god sykepleie i en avvenningssituasjon og en hvor det ikke gikk så godt. Det var få av informantene som kunne komme på en konkret situasjon. Jeg tror det var fordi at avvenning er en prosess som ofte foregår over tid og at det derfor er vanskelig og beskrive en konkret situasjon på sparket. Da jeg leste igjennom de transkriberte intervjuene, fant jeg likevel noen gode fortellinger.

Som intensivsykepleier er jeg vant med å snakke med pasienter og pårørende, men for meg var det en ny situasjon å skulle få informasjon om et såpass smalt felt fra andre. Jeg syntes derfor at det var en utfordring å få samtalen til å favne vidt nok, slik at datamaterialet skulle bli godt. Jeg ønsket å få mer kunnskap om hvordan medisinsk evidens erfares av intensivsykepleiere som avvenner pasienter fra respirator og tenkte da sykepleien som utføres denne prosessen. Utfordringen var å få gode og nyanserte beskrivelser av arbeidet med pasientene. Det vil si å få informantene til å fortelle om

helheten om erfaringen fra arbeidet med pasientene som skal avvenes, ikke bare om det som var konkret knyttet opp mot protokollen. I intervjuguiden hadde jeg for eksempel et spørsmål om hva informanten mente var god sykepleie til pasientgruppen. Det viste seg etter hvert at jeg måtte spørre om hva de syntes var de viktigste sykepleietiltakene. Da fikk jeg bedre beskrivelser, som skildret mye av prosessen. For å danne meg et bilde av arbeidssituasjonen på den aktuelle intensivavdelingen måtte jeg stille ekstra spørsmål for å skaffe meg en del tilleggsinformasjon. Dette gjaldt for eksempel om de hadde en ansvarshavende sykepleier på vaktene, fysisk utforming av avdelingen og liknende.

Malterud (1996) sier at de innsamlede dataene skal bli bindeleddet som viser forbindelsen mellom erfaringen og analysen. Det er derfor viktig å få et så godt materiale som mulig. Etter to intervju syntes jeg det var vanskelig å se hvor godt datamaterialet var og jeg ønsket derfor veiledning. Jeg justerte intervjuguiden noe (vedlegg 4). Jeg brukte da forskningsspørsmålene mer under intervjuene. Jeg ble også etter hvert sikrere i intervjusituasjonen og ble friere i forhold til bruken av intervjuguiden.

3.2.4. Transkribering

Etter at intervjuene er gjennomført, må de lyttes til og skrives ned. Denne prosessen kalles transkribering. Opptaket er en dekonstekstualisert utgave av intervjuet. Det mangler de synlige sidene ved intervjuet. Transkripsjonen er ikke det egentlige, empiriske materialet i et intervjuprosjekt. Den er en kunstig konstruksjon av en samtale som var muntlig, men som er endret til skriftlig form. Transkripsjon er å oversette fra muntlig til skriftlig språk, hver med sine regler (Kvale, 1997). Malterud (1996) understreker også at det er den faktiske hendelsen, i mitt tilfelle intervjuene slik de gikk for seg der og da, som er de egentlige rådataene. Empirien er, som tidligere sagt, skapt sammen med informantene. En hver videre bearbeidelse er en indirekte representasjon av det som skjedde under intervjuene. Jeg transkriberte selv intervjuene fortløpende fra lydopptak til tekst. Dette var et tidkrevende arbeid. Siden jeg utførte intervjuene i en annen by enn der jeg bor, så valgte jeg av tidshensyn å foreta flere intervju over et par dager. Det var stort sett god lyd kvalitet på opptakene. Jeg skrev dem ut ord for ord, men

oversatte alt til bokmål, da jeg skriver på dette målføre. Siden temaet for intervjuene berører informantenes arbeid og ikke deres mer personlige og private forhold, fokuserte jeg i liten grad på intonasjon under transkribering. Jeg noterte heller ikke data om kroppsspråk eller lignende under intervjuene. Jeg syntes også at det var mer enn nok å følge med på det som ble sagt og følge opp med nye spørsmål.

Transkribering av teksten er nødvendig for å gå videre til analysefasen. Kvale (1997, s.116) sier at ”intervjuet er den levende samtalen.” Intervjuet er der hvor datasamlingen foregår og er ikke det samme som transkripsjonen. Transkripsjonen er et redskap og hjelpemiddel for tolkningen av det som blir sagt i intervjuet. Faren ved transkripsjonene er at de kan lukke for de meningene som kan finnes i intervjuene. Å se på det transkriberte intervjuet som et endelig produkt er å overse intervjuets sosiale og tidsmessige dimensjon.

3.2.5. Analyse

Det er flere måter å tilnærme seg analysedelen i et kvalitativ studie. Jeg vil kun redegjøre for den som er aktuelle i min studie. Både Kvale (1997) og Malterud (1996) nevner Giorgis empiriske, fenomenologiske metode som er utviklet på grunnlag av Husserls og Merleau-Pontys filosofi. ”Det betyr en lojalitet overfor fenomenet som studeres, forrang for livsverden, den deskriptive metoden, å uttrykke situasjonen fra intervjupersonens synsvinkel, behandle situasjonen som forskningstema, engasjerte forskere og søken etter mening” (Kvale, 1997, s.128). Den empiriske, fenomenologiske metoden kan være nyttig når man skal analysere lange og ofte komplekse intervjutekster. Forskeren søker etter naturlige meningsenheter og uttrykker hovedtemaet for disse. Malterud (1996) sier at analyse av kvalitative data består i å stille spørsmål til materialet. Hva forteller dette om x? Hun beskriver videre følgende fire punkter i analyseprosessen: få helhetsinntrykk, identifisere meningsdannende enheter, abstrahere innholdet i de meningsdannende enhetene og sist sammenfatte betydningen av dette. Til slutt dekonstrueres materialet for så å rekonstruere det. Det er nødvendig med kritisk refleksjon på egne tolkninger for å kontrollere funnene. Når man ønsker å tolke studien hermeneutisk er spørsmålene man stiller til teksten svært vesentlige.

Jeg transkriberte intervjuene etter hvert som de var avsluttet. Jeg leste igjennom dem for å vurdere hva jeg hadde fått ut av dem i forhold til problemstilling og intervjuguide. Da samtlige intervjuer var ferdig transkriberte leste jeg igjennom dem for å få et helhetsinntrykk og skrev ned tema, som jeg syntes utkrystalliserte seg (Malterud, 1996). Jeg fokuserte i liten grad på spørsmålene som var stilt, men mer på det som informanten hadde sagt. Temaene som pekte seg ut etter en rask gjennomlesing av alle intervjuene var: medisin som bifag, fortrolighet med medisinsk teknisk utstyr, kommunikasjon med pasienten, klinikken (se, høre, kjenne), samarbeid med kolleger, andre sykepleietiltak, erfaring, vurdering av pasienten, arbeider likt med avtrening, protokollen som hjelpemiddel og pasienten som faller utenom protokollen. Dette ble utgangspunktet for den videre analysen. Da jeg igjen begynte å lese intervjuene mer grundig for å finne meningsbærende enheter (Malterud, 1996) i et Excel regneark, så var det ikke alle disse temaene som var så framtrædende likevel. Noen endret jeg navn på og gjorde dem større, andre ble naturlig slått sammen. Tekst som ga kunnskap om problemstillingen ble kodet. Jeg velger å kalle disse for kategorier i samsvar med Kvale (1997). Navnet på kategoriene kan for eksempel tas fra teori eller fagspråk (Kvale, 1997). Dette kan også kalles en strukturell analyse, det vil si at de er analysert fram uten bruk av teori. Teksten leses så objektivt som mulig. Et tema eller kategori er en mening som viser seg i teksten og som er et uttrykk for levd erfaring (Lindseth og Norberg, 2004). Funnene vil bli presentert i kapittel 4.

Refleksjon og oppsummering av kategorier må bli gjort for å få en sammenfattende forståelse. De blir oppsummert og reflektert over i forhold til forskningsspørsmålet og studiens kontekst. Lindseth and Norberg (2004) sier at vi bare er klar over noen sider av vår forforståelse og tolker dermed ut i fra den. Vi kan revidere, utvide og gjøre vår forståelse dypere. Det er viktig at arbeidet ikke bare blir beskrivende, men også analytisk. Første del i empiridelen er en gjennomgang og beskrivelse av de dataene som er funnet. I neste omgang må en analytisk dybde komme til syne. Etter at kategoriene er laget må de knyttes til relevante teorier eller begreper. Informantenes fortellinger må utvikles videre ved hjelp av teori. På denne måten kan de sees i et nytt lys. Dette fordrer både kreativitet og at forskerne kan teorien som anvendes svært godt (Fog, 2004). Kvale (1997, s.121) sier at: "Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet har vært skildret som beskrivelse og tolkningen av temaer i intervjupersonens livsverden. Det er et kontinuum mellom beskrivelse og tolkning."

Kategoriene vil styre hvilke teorier som benyttes. Disse ble utgangspunktet for det videre arbeidet:

1. Bruk av protokollen
2. Sykepleie
3. Betydningen av erfaring
4. Samarbeid med kolleger

Jeg har knyttet informantenes utsagn til relevant teori i kapittel 5, drøfting av data. Teorien som er benyttet var en del forforståelsen, men empirien gjorde at dette perspektivet måtte utvides. På denne måten har det vært en vekselvirkning mellom empiri og teori. Relevant teori i forhold til problemstillingen er allerede presentert. Funnene, som presenteres som kategorier, skal presenteres i neste kapittel og skal senere drøftes i forhold til den valgte teorien. Særlig er teorier om evidens, kunnskapsformer og faglig skjønn relevante. Noe av teorien som er presentert ble benyttet i forberedelsen til denne studien. Dette gjelder for eksempel Benner og teori om forskjellige typer for evidens. Andre teoretiske perspektiv ble valgt fordi empirien krevde teori utover dette. Det har også vært nødvendig å gå dypere inn i den teorien som var valgt i utgangspunktet.

3.3. Validitet / reliabilitet

I følge Kvale (1997) avhenger validiteten av den håndverksmessige kvaliteten på studien. Funnene må hele tiden sjekkes, utspørres og tolkes teoretisk. Han påpeker at det er tre aspekter ved den håndverksmessige valideringen; kontrollering, utspørring og teoretisering av kunnskapen som er funnet. For å kontrollere må forskeren tolke sine funn på en svært kritisk måte. Hvilke spørsmål som blir stilt til intervjueteksten vil bestemme valideringsformen. Å arbeide med validiteten av en studie, vil føre med seg at forskeren må bruke en teori for å kunne spørre teoretiske spørsmål om de fenomenene som er undersøkt.

Fog (2004) sier at kvalitativ forskning ikke kan produsere objektiv kunnskap på samme måte som kvantitativ forskning. Om en undersøkelse er pålitelig er avhengig av i hvilken grad intervjueren virker som instrument. En kvalitativ undersøkelse består av

avlytting av bånd, ”gjenopplevelse i dagbok” og selvrefleksjon. Forskerens analytiske evner vil også gi undersøkelsen pålitelighet. (Fog, 2004).

Malterud (1996) påpeker at reliabilitet er et nødvendig vilkår for validitet. Reliabilitet betyr at de funnene og tolkningene forskeren presenterer er basert på de empiriske dataene. Det er viktig at dataene er av god kvalitet. Forskeren må redegjøre for hva som er observasjoner og hva som er tolkninger. Tolkinger vil alltid være preget av egen førforståelse og teoretisk referanseramme. Forskningsprosessen er påvirket av forskeren. Kritisk refleksjon er nødvendig gjennom hele prosessen hvis kunnskapen skal være pålitelig. Det er viktig å diskutere de dataene jeg får ved intervjuene opp mot min egen førforståelse. Kritikk av eget arbeid vil bli diskutert nærmere i kapittel 6, avslutning.

3.4. Forskningsetikk

Prosjektet mitt tar for seg intensivsykepleiernes arbeid med pasienter som skal avvennes fra respirator. Informantene ble intervjuet i forhold til hvordan de utfører arbeidet sitt og ikke om mer private sider av livet. Intervjuene inneholder et par fortellinger om konkrete pasienter, men de er ikke brukt i presentasjonen av funnene. Disse fortellingene er slik at de aktuelle pasientene ikke kan gjenkjennes.

Jeg fikk tillatelse fra personvernombudet ved NSD (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS) til oppbevaring av personopplysninger (vedlegg 5). Jeg kontaktet Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Vest-Norge. På grunn av at jeg ikke skulle intervjuer pasienter eller pårørende, så var det ikke nødvendig å få godkjenning fra dem.

Jeg kontaktet sykepleiefaglig ansvarlig (vedlegg 1) og medisinsk ansvarlig (vedlegg 2) ved den aktuelle avdelingen. Jeg fikk positive tilbakemeldinger fra begge parter til å utføre intervjuene ved avdelingen.

Jeg leverte informasjonsskriv (vedlegg 6) til alle informantene første gang jeg var på avdelingen hvor intervjuene skulle foregå. De ble distribuert via intern post på

avdelingen. Jeg måtte revidere skrivet noe og alle fikk dette også. Informantene skrev under under samtykkeerklæring før vi begynte intervjuet. (vedlegg 7).

4. PRESENTASJON AV FUNNENE I STUDIEN

Den aktuelle metoden har blitt presentert. Det kvalitative forskningsintervjuet, som er redegjort for tidligere, er grunnlaget for det arbeidet som skal gjennomgås. Nå skal funnene, det vil si det som er analysert fram i kategorier, presenteres. Når pasienten skal avvenes fra respirator er han i bedring fra en mer eller mindre alvorlig sykdom eller skade. Intensivsykepleierne jeg har intervjuet, har fortalt om arbeidet de gjør med pasientene i denne fasen. En analyse av de transkriberte intervjuene gav følgende kategorier: bruk av protokollen, sykepleie, betydningen av erfaring og samarbeid med kolleger. Funnene blir beskrevet uten å bli tolket opp mot teori, noe som kan kalles en strukturell analyse (Lindseth og Norberg, 2004). Funnene vil bli drøftet i forhold til den tidligere presenterte teorien i kapittel 5.

Under intervjuene har intensivsykepleierne uttrykt sine opplevelser og erfaringer om arbeidet med å avvenne pasienter fra respirator. Referansen eller betydningen, det vil si det de forteller, er knyttet til den konkrete situasjonen (Martinsen, 1996). Dette kan kalles en fenomenologisk beskrivelse. I dette tilfellet vil det være de beskrivelsene som informantene gir om arbeidet med pasienten som skal avvenes fra respirator. Målet med fortolkende fenomenologi er å forstå meningen og handlingene til dem man studerer (Benner et al., 1999) Gjennom intervjuene har jeg prøvd å få en forståelse av sykepleien som informantene utfører og om deres erfaringer med medisinsk evidens når pasientene skal avvenes fra respirator.

Informantene er betegnet med I 1 (informant 1), I 2 (informant 2) og så videre.

4.1. Bruk av protokollen

Informantene beskriver hvordan de oppfatter protokollen som hjelpemiddel i arbeidet med pasientene som skal avvenes fra respirator. Den er en god retningslinje, men den har sin begrensing. Samtidig forteller de hvordan de bruker medisinsk kunnskap.

4.1.1. Protokollen

Protokollen uttrykker medisinsk kunnskap og har fysiologiske parameter som retningslinjer. Den er evidensbasert, på tidspunktet den ble laget var den ”best tilgjengelig kunnskap, som er kritisk vurdert” (Nortvedt et al., 2004). En av sykepleierne som var med på å utforme protokollen bekreftet det:

Vi mener jo den er eller var evidensbasert. (I 5)

Under intervjuene har informantene fortalt om arbeidet sitt med pasientene og hvordan de bruker protokollen. Intensivsykepleierne er ved pasientens seng 24 timer i døgnet. Det er de som i størst grad observerer pasienten og som justerer på respiratoren ut fra pasientens tilstand vurdert opp mot avvenningsprotokollen. Protokollen beskrives som et arbeidsredskap for sykepleierne. Den blir i stor grad oppfattet som et hjelpemiddel, en retningslinje for hvordan sykepleierne skal justere på respiratoren. Den tar utgangspunkt i vurderingene som ligger bak avvenning. Protokollen ligger i alle pasientpermer og skal brukes av alle. Ikke alle leser den så ofte, men informantene understreker at selv om de ikke har lest den på en stund, så kjenner de innholdet. Særlig for nyansatte er den et viktig hjelpemiddel:

Jeg tror, uten at jeg kan bevise det, at den er et veldig godt redskap for de nye som trenger regler og oppsett, mer enn for de erfarne som kanskje kan sjonglere litt mer med dette, ja. (I 2)

Også mer erfarne sykepleiere brukte den som en retningslinje for arbeidet. Sykepleierne forteller hvordan de ser på protokollen som retningsgivende når det gjelder hvilke kliniske verdier som tolereres i forhold til respirasjonen. Den sier noe om hvordan avvenningsprosessen skal håndteres i forhold til kliniske tegn. En av informantene sier det slik:

En skal se på litt hvordan pasienten har det og vurdere det ut i fra det. At hvis for eksempel han blir høy i frekvens og høy puls og klam og svett og sånn, at en kanskje må gå litt tilbake i avtreningen. Men jeg tenker at når du har jobbet lenge så ligger det på en måte i deg... du jobber kanskje etter den protokollen, men du går liksom ikke og tenker at er disse kriteriene oppfylt. (I 6)

Sykepleie til pasientene i avvenningsfasen er omfattende. Sykepleietiltak må utføres, men de fleste er ikke beskrevet i selve protokollen. Flere informanter uttrykker at protokollen ikke beskriver sykepleie eller at den bare beskriver en del av hva sykepleie innebærer. En av informantene sier at den kunne likegodt vært for en lege eller andre, den beskriver kun den tekniske delen i avvenningsfasen og det fysiologiske i forhold til syre / base verdier og så videre.

Informantene uttrykker at sykepleie til pasientgruppen er noe mer enn det som er beskrevet i protokollen. Pasientene skal for eksempel ha leieendring, lungene skal renoveres og det er nødvendig å lytte på pasienten. Sykepleieren vurderer hvor ofte det er nødvendig å utføre diverse sykepleietiltak. Sykepleiekunnskap oppfattes som noe annet enn kunnskapen som protokollen representerer:

Det er en teknisk protokoll, i stor grad. Men det er klart at den beskriver også; hvis du har en pasient som blir veldig tachycard, tachypnoeisk, svett og klam og sånn. Du kan ikke få inn i protokollen sånne ting som sykepleie. Det kan du ikke. Det er helt umulig. Men det klart at du må ha det i en diskusjon. Dette må være et ark som er teknisk og lite. Sånn at det er lett og se og finne fram i for alle yrkesgrupper, for det er ikke en sykepleieprotokoll, det er det ikke. (I 4)

En informant sier at ”det sykepleiemessige har jeg jo med meg”, mens en annen understreker at det fins kunnskap som er grunnleggende for en intensivsykepleier. Det er utgangspunktet for i det hele tatt å kunne anvende protokollen. Sykepleiekunnskap i seg selv kan her oppfattes som det grunnleggende, mens kunnskapen som er mulig å få inn i protokoller, er noe som kommer i tillegg. Flere av informantene sier sykepleie er vanskelig å få inn i protokoller. Det begrunnes blant annet med at å utføre sykepleie overfor en pasient innebærer en relasjon mellom mennesker. En annen sier at det er vanskelig å kombinere medisinske, tekniske harde tallfakta med sykepleiebetraktninger i form av en protokoll. Det kan oppsummeres slik:

Sykepleie går jo langt utover det, som jeg ser det. Jeg tror det er vanskelig å sette sykepleie bare inn i protokoller og så videre. (I 8)

Protokollen blir som sagt sett på som tverrfaglig, men samtidig som en delegert oppgave fra legene. Intensivsykepleierne har fått en formell myndighet til å regulere på respiratoren på grunnlag av gitte parameter som er beskrevet i protokollen. Dermed er

det heller ikke noen forventning om at protokollen skal være sykepleierett eller beskrive sykepleietiltak. En av sykepleierne som hadde vært med å lage protokollen sier at ved å innføre en protokoll, så blir det satt fokus på det aktuelle området. Det er ikke protokollen i seg selv som er viktig. Samtidig bekrefter hun at protokollen er en delegert oppgave fra legene og at det er en retningslinje for hvordan avvenningen kan håndteres:

... det at man innfører og tar i bruk protokoll; at det ikke bare er protokollen i seg selv som er poenget med det. Men det er det at du setter fokus på ting som skjer. Du får det fram, du får diskusjonen i avdelingen og folk blir mer bevisste i forhold til det som en jobber med. Og jeg vil tro at når du spør sykepleierne i avdelingen her så sier de at protokollen, den bruker vi ikke. Det har noe med at du har retningslinjer for hva du kan gjøre og hva du har lov til å gjøre. Og at du i tillegg til å ha protokollen må bruke dine egne tanker og vurderinger. Men så viser jo protokollen at du har tillatelse på en måte til å skru på knappene. (I 4)

Informantene forteller at protokollen har en del begrensinger. Hvordan for eksempel pasientens opplever avtreningen er et tema som det er lite fokusert på. En av sykepleierne som hadde vært med å utvikle protokollen sa at protokollen:

... sier ingenting om opplevelsesaspektet i dette. Og det var det heller ikke så lett å finne litteratur på... Protokollen sier ingenting om ekspektoratmengde og sånne ting. Er pasienten obstipert, tar han unna sondemat? Det er ikke lett å puste selv, hvis du er fylt opp til halsen. Så du må jo se pasienten som en helhet altså. Og det tar ikke protokollen hensyn til. Nå sier jeg at sederingsprotokollen går litt parallelt, men dette med smerteproblematikk. Der har vi et lite punkt, at obs, obs er pasienten ubekvem; hva kan være grunnen til det? Så du får en liten sånn påminnelse om at tenk litt videre. Dette med angst og. (I 5)

Det er svært mange av de vurderingene som sykepleierne gjør, som ikke er beskrevet i protokollen.

Flere av informantene understreker at de bruker skjønn når de gjør sine vurderinger. Protokollen kan ikke følges slavisk i alle tilfeller. Den passer for eksempel ikke like godt til alle pasientgrupper. Noen pasienter greier fort å gjenoppta alt pustearbeidet selv, andre trenger lenger tid. Å kunne vurdere klinisk hva tid en pasient er i stand til å begynne avvenning er en vurdering som blant annet blir gjort av sykepleieren som står ved pasientens seng. Pasienten begynner å trekke pusten mer selv, trenger mindre oksygen, syre / base verdiene er bra og da er det på tide å begynne avvenning. En av

informantene sier at når hun skal lære opp en ny sykepleier å bruke til avvenningsprotokollen, så lærer de også å bruke klinisk skjønn og sykepleievurderinger. Den typen kunnskap er grunnleggende i forhold til å gjøre overveielsene som er nødvendige når protokollen skal gjøres.

Men avvenning er ofte ingen lineær prosess. Et stell kan være strevsomt for pasienten og en av informantene sier at da kan det være nødvendig å gi pasienten mer respirasjonsstøtte en periode. Det kan også være nødvendig at han får smertestillende og sederende medikamenter for en kortere periode. Pasienten får hvile seg etter stellet, men etter en stund vil sykepleieren fortsette med avvenningen. Sykepleieren går fram og tilbake i trinnene i avvenningsprotokollen og det er pasientens tilstand som er det avgjørende. Vurderingene blir gjort med utgangspunkt i den pasienten som sykepleieren møter der og da.

Informantene har her formidlet hvordan de opplever avvenningsprotokollen. Andre former for medisinsk kunnskap er også viktig for intensivsykepleiere.

4.1.2. Medisinsk kunnskap

En intensivsykepleier utfører blant annet personlig stell, mobiliserer pasienten og administrerer avansert medisinsk behandling. Hun samarbeider tett med legen og har ofte gode kunnskaper innen medisin, patofysiologi og bruk av medisinsk teknisk utstyr. Informantene gav også uttrykk for at de arbeidet tett opp mot det medisinske fagfeltet. En av informantene sa at rapportene i vaktskiftene er preget av medisinsk kunnskap. En annen beskriver nytten av medisinsk kunnskap slik:

Personlig så synes jeg at når du jobber på en sånn avdeling så er du jo veldig mye inne på det medisinske. Jeg har lært mye mer innenfor medisin enn jeg kunne før. Det er fordi du jobber på en helt annen måte, en annen pasientgruppe og du må vite hva du skal gjøre, hvorfor, hvordan ting fungerer. Så jeg føler at jeg noen ganger kan litt for lite, altså personlig om ting. For det er alltid ting, at dette skjønner jeg ikke hvorfor. Du kan gjerne bare en liten del av det og når det er sånne alvorlige ting du jobber med, skal du kunne observere alt så må også vite hva du skal se etter... Jeg personlig kaller oss av og til for "halvleger". (I 7)

Informantene ser på medisinsk kunnskap som viktig i arbeidet. Intensivsykepleierne arbeider med kritisk syke pasienter og en del av arbeidet er å observere pasienten og formidle det videre til andre sykepleiere og leger. Det er viktig å være i forkant av det som kan skje og å ha kunnskap, om for eksempel patofysiologi, er ofte helt avgjørende for at pasienten skal ivaretas på best mulig måte. Å vite hva respiratorbehandling gjør med lungefysiologi, slik at sykepleieren vet hva som skjer når hun suger ekspektorat i tuben, regulerer på trykkstøtte og PEEP, blir beskrevet som viktig kunnskap av informantene. De uttrykker at dette er nødvendig kunnskap for å kunne se pasienten som en helhet. Et eksempel som ble gitt var at er pasienten dårlig respiratorisk, så påvirker det sirkulasjonen. Den medisinske kunnskapen er en viktig del av helheten når sykepleierne gjør sine vurderinger og den brukes aktivt. Et annet eksempel er at sykepleierne vurderer resultatet av blodgasser og bedømmer videre behandling på grunnlag av disse.

Å kunne arbeide med og beherske medisinsk teknisk utstyr er en av oppgavene til intensivsykepleiere. En av informantene forteller at hun synes at sykepleierne på avdelingen er dyktige og har mye kunnskap om respiratorene. Avdelingen hadde akkurat fått nye respiratorer og sykepleierne blir også undervist når de bruker respiratorene. De skal kunne den tekniske siden av respiratorbehandling. Det var tydelig at informantene var svært fortrolige med bruken av respiratoren. I sine beskrivelser av arbeidet med avvenningspasientene forteller flere av dem om hvilke vurderinger de gjør og hvordan de regulerer på innstillingene på respiratoren. Informanten her synes imidlertid at det medisinsk tekniske utstyret kan ta mye av oppmerksomheten og at det går ut over sykepleien som skal utføres:

... vi blir jo og kalt for tekniske sykepleiere. Og det føler jeg at det bare blir mer og mer, mer utstyr og diverse som vi passer på. Så av og til så føler jeg at du har så mye å gjøre på at du at det går utover sykepleien. Og da ser du kun på monitoren ofte, så bruker du det i forhold til protokollen; det med de to timene og sånne ting. (I 7)

Informantene har fortalt at de bruker avvenningsprotokollen som en retningslinje for arbeidet når de skal avvenne en pasient fra respirator. De uerfarne har mest nytte av den, mens de mer erfarne sjonglerer mer. Den oppfattes som et tverrfaglig redskap, men den

har begrensinger når det gjelder det sykepleiefaglige i forhold til den aktuelle pasientgruppen. Informantene understreker betydningen medisinsk kunnskap har for intensivsykepleierne. Blant annet for å kunne gjøre gode observasjoner av pasientene er det viktig og ha kunnskap om fysiologi og patofysiologi. De formidler også at kunnskap om medisinsk teknisk utstyr, som å kunne håndtere respiratorer, er viktig.

4.2. Sykepleie

Informantene forteller om sitt arbeid med pasientene som skal avvennes fra respirator. Denne kategorien er kalt sykepleie, med underpunktene sykepleietiltak og sansedata. Mye av arbeidet går ut over det som er beskrevet i protokollen.

4.2.1. Sykepleietiltak

Under denne kategorien er de utsagnene som beskriver hva sykepleierne konkret utfører for eller sammen med pasientene. Sykepleietiltakene er uttrykk for sykepleiekunnskap som ikke er beskrevet i protokollen.

En av informantene sier at en intensivsykepleier gjør mye mer enn det som står i protokollen. Tiltak som leieendring og vurdering av det, lytte på pasienten, ta på pasienten, vurdere hvor ofte en skal suge og liknende, renovering av lungene, samarbeide med fysioterapeut, lege er aspekter som ikke kommer til syne i protokollen. En annen informant beskriver hvordan en pleiesituasjon kan arte seg når avvenningen er begynt:

Ja, jeg pleier ofte å si til våre nye at det enkleste du kan få er en sedert pasient på kontrollert modus. Da er det, for å si det litt flåsete, plankekjøring. Mens når du har en pasient som kanskje ikke samarbeider helt godt, som du egentlig må jobbe med, og være hos hele tiden og som du må hjelpe. Altså at pasienten strever for å få dette til, så krever det veldig mye av deg totalt sett som sykepleier. Du må kunne alt det tekniske, du må være trygg og du må være til stede og det er jobbig. (I 2)

Pasientene er mer våkne enn tidligere i sykdomsforløpet og de er ikke alltid helt orientert om tid og sted. Mange kan være urolige og engstelige. Det kan være svært krevende pasienter. Sykepleierne har ansvar for helheten rundt pasienten. Det innebærer

alt fra å ha oversikt over medikament som skal gis og renovere luftveiene for ekspektorat. Videre skal det være ryddig rundt senga, ting må legges til rette for pasienten hvis han for eksempel er i stand til å lese, se på TV osv. Flere av informantene sier at det enkleste er å skru på maskinen. Pasientene er forskjellige, de må pleies og møtes på ulike måter.

Det er ikke alltid at det er mulig å forutse effekten av et tiltak. Her beskriver en informant hvordan hun og kollegene takler det, hvis en pasient som puster fort ikke responderer slik hun forventer når han får mer hjelp til å puste:

Ja, av og til for eksempel, hvis de er veldig sånn tachypnoiske så tenker du kanskje at de trenger litt mer trykkstøtte, at det ble for mye. Så går du opp, men så skjer det liksom ingenting. Det blir ikke noe bedre da. Da tenker du at det kanskje er en periode eller at det er noe de må igjennom. Eller at de trenger litt hjelp med – jeg ser at de av og til gir litt rapifen; litt hjelp på den måten. (I 6)

Informantene over sier at vurdering av å gi eventuelle medikamenter er en del av arbeidet. Å tilstrebe at pasienten får en god døgnrytme er også viktig når de skal begynne avvenningen. Seding blir helst skrudd av på dagtid, etter at pasienten forhåpentligvis har fått en god natts søvn. En informant forteller at hun også eventuelt reduserer respiratorstøtten på natten, men at det viktigste er at pasienten sover godt.

Å snu pasientene i senga er viktig for blant annet å løsne på ekspektorat, bedre respirasjonen og forhindre trykksår. Informantene under sier det slik:

Men du må jo snu og vende pasienten ofte for å få en bedring i respirasjon selvfølgelig. Det er sånne tiltak, sykepleietiltak selvfølgelig... suging i tube og sånt. Få dem til å hoste og de tingene der, ja. (I 3)

Informantene ser på mobilisering som en del av helheten når de pleier pasienten. Når pasienten er i avvenningsfasen er mobilisering viktig for at han skal komme seg etter sykeleie. Et eksempel på dette er å la pasienten sitte oppe i stol. Det er tydelig at informantene er enige om betydningen av denne formen for mobilisering av pasienten. De gir også uttrykk for at det er sterk tradisjon i avdelingen at pasienten skal sitte oppe i

stol. Dette kan være arbeidsomt både for sykepleiere og pasientene. En av informantene uttrykker det slik:

Jeg har klokke på mobilisering av pasientene, få dem våkne; opp i stol. Da puster de fort selv...Ja, så snart de begynner å gløtte litt på øynene så gjør vi det. Stopper sedering og opp i stol. Hvis de er stabile ellers... Men så fort de begynner å trekke litt på øyenbrynene så er det opp...Det kan være fra et kvarter, toppen 20 min – en halv time i starten. (I 5)

Både denne informanten og andre understreker at det er viktig både fysisk og ikke minst psykisk for pasientene at de får komme opp. De orienterer seg mer og kommer mer tilbake til livet. Intensivsenge er laget slik at man med enkle grep kan gjøre dem om til en tilnærmet stol. Informanten under er bekymret for at tradisjonen med å sette pasientene opp i stol vil forsvinne:

Vi har de sittende i senga før vi tar de ut av senga. Men de som er trege med våkne, de drar vi opp i stol ganske; jeg hører noen av mine kolleger si at han er så trøtt. At de har ikke hatt han opp i stol. De har hatt han sittende i seng. Og når vi da; vi kommer på seinvakt og tar de opp i stol, så begynner de å; det å sitte med beina på golvet, så begynner de å orientere seg litt mer. Sånn som jeg har erfart det så er det betydelig forskjell på å sitte i seng og det å sitte i en stol...(I 5)

Informanten understreker at pasientene blir mer våkne, de orienterer seg fortere. Det å ha beina i golvet er mer stimulerende enn å sitte i senga, men at det er mer behagelig for sykepleierne å la være å ta pasienten opp i stol. Hun understreker at en sykepleier må ha erfaring og kunnskap om begge deler for å se at det ene virker bedre enn det andre. Protokollen fokuserer ikke på denne typen sykepleietiltak, men det er vanskelig å påstå at det har noen sammenheng med innføringen av den.

Miljøet på en intensivavdeling kan være hektisk og det kan være mye støy. Pasienter som er i bedring og som skal avvennes fra respirator bør skjermes fra dette. En av informantene sier at pasientene ofte samarbeider bedre hvis de er i et skjermet miljø. Hvis det er mulig flyttes pasientene inn på enerom i avvenningsperioden. Der får de dagslyset inn og de kan se på TV uten å forstyrre andre pasienter. Men det er begrenset plass på en intensivavdeling og forholdene blir ikke alltid optimale for den enkelte pasienten:

I går så hadde jeg en pasient som var trøtt og som er i en avtrengingsfase. Han er kommet så langt at han veksler mellom kunstig nese og CPAP på trakeostomien. Og han begynte å kave respiratorisk og det mener jeg var kun fordi at naboen han så på fotballkamp i hele går kveld. Fra klokken var (ler) – vi var helt tulleruske og han var tullerusk. Selv om det var lavt på så ble det for mye for han. Han ble stresset og av alt rundt seg. (I 5)

Alvorlig sykdom kan gjøre at pasientene er engstelige. Samme informant sier at et skjermet miljø er ikke alt som skal til, sykepleieren må signalisere trygghet. Det er også viktig å vise at dette er noe som sykepleierne har erfaring med og at det skal gå bra med pasienten. Samtidig er det viktig at pasientene vet at pleierne er hos dem og ser dem. Å formidle trygghet til pasientene er noe som flere informanter ser på som en viktig sykepleieoppgave. En måte å gjøre det på er å fortelle pasientene at de blir passet på hele tiden. Det å være til stede er en måte å formidle dette på:

Jeg tenker god sykepleie som prosess er å være til stede, å inngi trygghet og si til den pasienten at jeg er her og jeg skal hjelpe deg, hvordan har du det? Hele tiden se pasienten, som en sånn totalitet med at her ligger en pasient på pustemaskin, det er strevsomt og det er tøft. Mange er redde, de kan ikke snakke. Selyfølgelig så er de aller fleste, om ikke helt våkne, så ganske våkne i en sånn prosess. Altså, du må være til stede, og du må prøve å gi den trygghet og den hjelp du kan til pasienten og hjelpe dem over kneiken. (I 2)

Å formidle trygghet har også noe å gjøre med å vise sin faglighet, at dette er noe som sykepleierne har gjort før og at dette er noe de kan.

I avvenningsfasen skal pasientene være mer våkne og informantene understreker hvor viktig det er å få pasientene med i prosessen for å komme videre. Her beskriver en informant hvordan han prøver å samarbeide med pasienten, samtidig som han prøver å finne hvordan pasienten har det. Når sykepleieren arbeider sammen med pasienten, er det nødvendig å gi informasjon slik at pasienten skal forstå situasjonen:

Så mener jeg det at det er veldig viktig, hvis det er mulig å få dem med på tingene og fortelle hele tiden hva som skjer, hvorfor og at det kan bli tyngre for dem. Men og at du sier at du passer på dem og da tror jeg at de blir mer rolige og vet at noe skjer og at dette er noe som de fleste går igjennom. (I 7)

Å gi informasjon er en viktig sykepleieoppgave, som heller ikke er beskrevet i protokollen. En annen informant beskriver det som å samarbeide med pasienten. Hvis avvenningen betyr at det blir tyngre å puste en periode skal han vite at det er noe han må igjennom, samtidig som han vet at han får mer hjelp i perioder hvis han blir sliten.

Informantene understreker at de snakker til pasientene, selv om de ikke vet om pasientene er stand til ta inn det som blir sagt. Kommunikasjon er et ord som sier at det er en kontakt mellom flere parter. Pasientene skal også prøve å gjøre seg forstått. Informantene understreker at de tar hensyn til den informasjonen de får fra pasientene og at de dermed lettere kan styre avvenningen. Intuberte pasienter kan ikke snakke fordi endotrakealtuben ligger mellom stemmebåndene. Det kan derfor være vanskelig for dem å gjøre seg forstått. Eller for å si det på en annen måte, det er vanskelig for sykepleierne å forstå pasientene. En av informantene understreker at kommunikasjon med respiratorpasienter er en stor utfordring.

Mange pasienter som gjennomgår alvorlig sykdom som innebærer intensivbehandling får såkalt intensivsyndrom. Pasientene blir uklare, urolige, engstelige og forstår ikke sin egen situasjon. Noen pasienter kan sykepleierne snakke med og de klarer å realitetsorientere seg. Andre må få medikamenter. Informanten under forteller hvordan hun kommuniserer med slike pasienter:

Der er veldig mange pasienter som er hallusinerte når de ligger på intensiv som kanskje ikke er klar over det verken selv eller husker det i ettertid. Det hjelper å fortelle dem det. Fortelle dem at det du ser oppi taket der er et dyr som du ser selv og som vi ikke ser. Og det skjønner de, det gjør de. Du klarer å realitetsorientere dem på det. (I 4)

Informantene har beskrevet en del av det som er viktig sykepleie og vurderingene rundt sykepleien som utføres. Sanseintrykk er viktig for i møte med pasientene. Her formidler de hvordan de bruker sansedata.

4.2.2. Sansedata

Å bruke sansene i møtet med pasientene er noe flere av informantene forteller er grunnleggende. Avtrekningsfasen er en krevende periode rent sykepleiefaglig.

Sansedataene inkluderer blant annet de mer objektive dataene som protokollen sier at skal vurderes:

Som sagt så står det beskrevet at du må se på pasienten. Har han det ikke bra så må du kanskje revurdere at han trenger litt mer støtte og hjelp og heller prøve på nytt igjen om noen timer. (I 6)

Protokollen sier blant annet at du skal observere pasienten. Virker pasienten for eksempel sliten, må han kanskje ha mer støtte fra respiratoren en stund. Etter en stund prøver sykepleieren igjen om det er mulig med mindre støtte. Å bruke øynene er grunnleggende:

Sånn, en bare ser det på en måte at du kanskje må gi mer støtte for nå sliter han veldig, ikke sant. (I 3)

Men sansedataene rommer også mye mer. Informanten som er sitert under understreker betydningen av ansiktsuttrykket til den andre, til pasienten, samtidig som de objektive tegnene er en del av inntrykket. I avvenningsfasen brukes hele sanseapparatet, fordi pasienten uttrykker seg mer når han er mer våken enn i den mer akutte fasen av sykdomsforløpet. Å bruke sansene betyr også å bli kjent med pasienten.

Nei, det er å bruke disse sansedataene som erfaring har lært meg. Ansiktsuttrykket til den andre, alle disse mer sånn objektive tegnene som vi ser på skjermen og som vi kan kjenne og ta på og sånn. Du må virkelig bruke sanseapparatet ditt når du ikke kjenner pasienten; og ellers og egentlig. Hele avtrekningsfasen er jo å bruke sansene sine. Mer enn ellers, synes jeg. Pasientene er sedert og ligger og maskinen surrer og går, så går jo ting på en måte. Men når du skal få han over på egen motor, så må du virkelig bruke alt du har av erfaring og sanser for å fange opp alle nyanser. Og du blir jo kjent med pasienten, egentlig ganske fort synes jeg. Bli kjent med er et rart ord å bruke, men. (I 5)

Å se på pasienten er viktig for å vurdere tilstanden hans. Noe av det informantene ser er om pasienten stresser eller om det er på tide å trappe ned. En av informantene mener at protokollen ikke er noe til hjelp for å se det kliniske. Det å se pasienten er noe mer, det å se det kliniske går utover det protokollen beskriver:

Det er ikke protokollen som hjelper meg til at, jeg ser det kliniske. Jeg kjenner sykehistorien, har kanskje hatt pasienten. (I 2)

Hvis sykepleieren kjenner pasienten fra før, er det lettere å se hvordan pasienten har det. Men det å konkret ta på pasienten, kan si noe mer enn andre mer objektive observasjoner. Det konkrete sanseinntrykket som informantene får gjennom å ta på pasienten med hendene er viktig. Det er også av betydning i forhold til å bruke protokollen.

Jo, det er det med å kjenne, føle, kjenne og se om han stresser...Men jeg er veldig opptatt av å føle og kjenne på ham. Det mener jeg at er noe av det aller, aller viktigste – å ta hånden bort på og bruke det da i forhold til den protokollen. (I 7)

Det er tydelig at informantene ser på det å bruke sansedata som grunnleggende, at de legger mer i det enn det rent objektive. Sansing er også en del av grunnlaget når sykepleieren kommuniserer med pasienten.

Men du ser jo og, du kjenner og tar og du kommuniserer med pasienten, sånn at det blir en sånn totalitet. (I 2)

Informantene har beskrevet noen av de sykepleietiltakene de mener er viktige i forhold til pasientene som skal avannes fra respirator. Å utøve sykepleie til denne pasientgruppen går ut over det som protokollen beskriver. Pasientene skal blant annet ha stell og må mobiliseres. De må skjermes fra støy og for mange inntrykk. Pasienten beskrives som en samarbeidspartner, men det er intensivsykepleierne som har kunnskap om hva som er til det beste for pasienten og som ser hva som er nødvendig for komme videre i prosessen. Informantene understreker også betydningen av å formidle trygghet til pasienten. Å bruke sansene i møtet med pasienten beskrives som viktig. Det gjelder både i forhold til å observere objektive kliniske tegn, men også for å vurdere hvordan pasienten har det.

4.3. Betydningen av erfaring

Informantene forteller at erfaring er viktig i forhold til å kunne håndtere prosessen med en pasient som skal avannes fra respirator. På en intensivavdeling er det mange ansatte og det sier seg selv at ikke alle er like erfarne. Informantene sier at erfaring er viktig når

de skal avvenne en pasient. Forskjellig erfaring gjør at sykepleierne møter pasientene på ulik måte.

4.3.1. Å få erfaring

Å få erfaring gir trygghet. En av informantene sier at hun følte utrygghet i begynnelsen som nyutdannet intensivsykepleier. Arbeidet går lettere etter hvert som erfaring opparbeides. Protokollen blir mer en retningslinje som brukes med skjønn:

Så en ser jo at ting går mye lettere med erfaring. Da blir det av og til kanskje at du kan hoppe litt utenom den protokollen. Nå snakker jeg bare for min egen del og jeg ser og andre kolleger, jeg vet ikke hva andre vil svare, men jeg synes at ting går litt mer av seg selv nå når jeg har litt erfaring og ser pasienten i praksis. (I 3)

En av informantene mener at sykepleietiltak som må gjøres i tillegg til protokollen eller som ikke står beskrevet i den læres gjennom erfaring. Arbeidet går lettere når sykepleieren har fått erfaring. I løpet av videreutdanningen i intensivsykepleie tilegnes teoretisk kunnskap. Erfaringen beskrives som et supplement til teoretisk kunnskap.

Erfaring gjør at sykepleieren også blir mer klar over sine begrensinger, at hun ikke kan alt:

... jeg tenker at jeg er mer ydmyk nå enn det jeg var når jeg begynte her som nyutdannet. Det tenker jeg har med erfaring og gjøre... Men du merker det ikke før du har fått litt erfaring, sant. For du har på en måte lest deg opp og du har teoretisk kunnskap, så du vet på en måte hvordan det skal være; hvordan ting skal være. Så skjer det ting med pasienten, som gjør at du føler at du mangler noe. Du mangler den erfaringen som gjør at hva gjør jeg nå, liksom? Pasienten oppfører seg ikke sånn som jeg hadde tenkt... som sagt jeg er blitt mye mer ydmyk jo lenger jeg har jobba her. (I 6)

Når sykepleieren har mer erfaring klarer hun i større grad å vurdere helheten i situasjonen: som å overveie hva tid pasienten skal få mindre pustehjelp, om han puster bedre i et spesielt leie eller å vurdere hvilke tiltak som skal gjøres. Pasientens tilstand endrer seg kanskje etter at et tiltak er utført og det å vurdere hvorfor det skjer er også en del av de overveielserne en av informantene synes er lettere med erfaring. Informanten beskriver at som nyutdannet kunne hun se at noen kolleger hadde erfaring:

Men det husker jeg - at jeg var så overrasket ... da jeg begynte her oppe. At de som hadde jobbet lengst, de hadde alltid et men. Ja, men – sa de alltid. Mens jeg var mer skråsikker...Jeg var veldig frustrert over at jeg ikke hadde den erfaringen, husker jeg. Jeg var misunnelige på dem som hadde det. De erfarne ansvarsvaktene og legene. Men kanskje mest faktisk kolleger, sykepleiere som står i nabosengen eller sånn, ja. (I 6)

Informanten over beskriver det å ikke ha erfaring som noe hun manglet. Ulik erfaring gir imidlertid variert praksis.

4.3.2. Forskjellig erfaring gir ulik praksis

Forskjellig erfaring gjør at sykepleierne arbeider ulikt. De mest erfarne har lettere for å bruke og forstå protokollen. Samtidig er det de mest uerfarne som trenger retningslinjene som protokollen gir. Et eksempel som ble gitt var hvor mye trykkstøtten kan settes ned før PEEP reduseres. Dette er eksempel på informasjon som protokollen gir. Erfarne og uerfarne sykepleiere tilnærmer seg avvenningssituasjonene og pasientene på forskjellige måter. De mest erfarne håndterer best å avvenne pasientene fra respirator, men det er de uerfarne som trenger protokollen mest. De erfarne sykepleierne bruker mye skjønn, men har protokollen som retningsgivende. Samtidig opplever de at protokollen er et dokument som sier hvordan de alltid har arbeidet:

Mitt inntrykk er at de erfarne sykepleierne bruker protokollen som en retningslinje og bruker skjønnen sitt på veien. På en måte så er det et skrevet dokument over det som erfaringen deres sier at sånn har vi jo alltid gjort det. Det var sånne kommentarer vi fikk i starten. Men at dette er jo ikke noe nytt, sånn har vi jo alltid gjort det. De nye sykepleieren de følger protokollen veldig til punkt og prikke og der erfarne sykepleiere kanskje ville ha tøyd litt mer grenser, så holder disse veldig strikt på denne boksen som har sånne obs, obs hvis sånn og sånn skjer. Og så når de har gjort det noen ganger så får de litt mer; jeg har inntrykk av at de klarer å opparbeide seg erfaring og flekser litt mer på protokollen etter hvert. (I 5)

Pasientene som er i bedring er en gruppe pasienter som krever mye rent sykepleiefaglig. Forskjellig erfaring vil vise seg når denne typen pasienter skal pleies. Et eksempel som en av informantene beskriver er pasienter som har vært lenge i avdelingen og som er i bedring. Samtidig er dette en pasientgruppe som avdelingen ikke alltid prioriterer. Hvis mange uerfarne har en pasient i denne fasen, så vil det ofte bety at han ikke kommer seg så fort, som hvis mer erfarne sykepleiere pleiet ham. De mer erfarne

intensivsykepleierne setter mer grenser for pasienten, de vet hva som skal til for at han skal komme seg:

Hvis pasienten synes det er godt med CPAP, føler seg trygg og komfortabel med det, men faktisk ikke trenger det, så blir det jo en balansegang. Da synes jeg at de erfarne er flinkere til å gjøre avtaler at OK så og så lenge, men så skal du ha den andre. Og klarer å forsere det litt mer. Og det går og andre veien at en kanskje ser at de mer uerfarne lar dem ligge på kunstig nese gjennom hele vekten og så kommer du på seinvakt og slimopphoping og hele greien. Og ja, at en bruker sin erfaring på disse sansedataene som en lærte å kalle det så fint; at her må det jobbes litt mer for å få slimet opp og kanskje må han må CPAP litt mer enn før. (I 5)

Å opparbeide seg erfaring er viktig skal man kunne skjønne betydningen av forskjellige sykepleietiltak. En av informantene brukte eksempelet med forskjellen på å la pasienten sitte i seng eller i stol. Hun hadde erfart forskjellen og opparbeidet seg en mening om det. Hvis det skulle bli en rådende holdning i avdelingen at det ikke har noen betydning om pasienten sitter i senga eller i en stol, så får en heller ikke opparbeide seg den erfaringen og forskjellen på det.

Informantene har formidlet at det å få erfaring er viktig når det gjelder å bli fortrolig med pasientgruppen som skal avvennes fra respirator. Arbeidet går lettere, sykepleierne blir mer sikre med pasientgruppen. Med mer erfaring er det også lettere å se det man ikke kan. Forskjellig erfaring gir forskjellig praksis. De mer uerfarne gjør andre vurderinger av pasienten enn de som har mer erfaring. sikker

4.4. Samarbeid med kolleger

På intensivavdelinger er det mange ansatte og som regel har en intensivsykepleier ansvar for en pasient. Er pasienten svært ustabil kan det være to sykepleiere på en pasient. Pasientene er ofte tunge, er tilkoblet respirator og har sentralt venekateter, arteriekran og så videre. Dette gjør at sykepleierne må samarbeide ved stell, sruing og ved andre sykepleietiltak som skal utføres. Andres erfaring er også viktig, dermed er samarbeid både med andre sykepleiere og leger viktig.

4.4.1. Samarbeid med sykepleiere og leger

På mange intensivavdelinger er det vanlig at det er en ansvarshavende sykepleier, som er en teamleder i avdelingen. Dette var også tilfelle på den aktuelle avdelingen hvor intervjuene ble utført. Ansvarshavende sykepleier er som regel en erfaren sykepleier. Hun skal ha oversikt over alle pasientene, vite hvilke sykepleiere som er ansvarlige for den enkelte pasient og hvem som kan ta i mot ny pasient osv. Hun skal også ha som oppgave å være til støtte for hver enkelt person i avdelingen, i tillegg til å koordinere. Samarbeid er viktig når det gjelder pleie til pasientene:

Er man på en tresengs- eller tosengstue så hjelper man hverandre. Er man alene så er det ofte ansvarsvakten eller den som har løsfunksjon i avdelingen som går og hjelper til. Så har vi sånn fagutviklingssykepleier som er veldig tilgjengelige i forhold blant annet det du snakker om nå, med respirator; den protokollen. Alt sånn medisinsk teknisk, mange sånne ting. De er veldig tilgjengelige i avdelingen for sånne spørsmål og, ja; diskutere litt. (13)

Samarbeid er grunnleggende når det gjelder å ta hånd om pasienten. Informantene sier at de diskuterer ofte med andre intensivsykepleiere og leger om resultater fra blodgasser og andre vurderinger av pasienten. En av informantene understreker at det er ikke opp til den enkelte å trappe opp og ned på respiratorstøtten. Blodgasser og andre vurderinger blir diskutert med den nærmeste sykepleieren, med ansvarshavende sykepleier og anestesilege. De mindre erfarne sykepleierne vil spørre dem med mer erfaring. Samarbeid med kolleger og leger er en viktig del av arbeidet, uansett erfaring. Avdelingen har mange kompliserte pasienter. Protokollen oppleves som et medisinsk dokument som legene er ansvarlig for og derfor er et tett samarbeid med legene nødvendig.

Protokollen kan ikke følges slavisk. Sykepleiekolleger og leger er diskusjonspartnere når vurderinger av den enkelte pasienten skal gjøres. Felles kjennskap til den enkelte pasient er viktig i vurderingen av en pasient, da er det nyttig å diskutere med kolleger. Et annet eksempel er hvis en pasient kan trenge å hvile en stund før neste trinn i avvenningen, selv om han ligger innenfor de verdiene som er akseptable. I en slik situasjon forteller en av informantene at det er greit å diskutere med kolleger eller leger. Samtidig så har alle sine styrker og svakheter, da er det viktig å samarbeide:

Og det er derfor jeg så opptatt at vi spør de andre. Vi har ulike erfaringer, ulike kunnskap i lengde. Og noen er flinkere enn andre å observere. (I 7)

Samarbeid mellom kolleger er viktig for å ivareta pasienten på best mulig måte, men det er også viktig som en læringsarena.

4.4.2. Samarbeid og læring

Når det gjelder å lære og avvenne en pasient fra respirator, så understreker flere informanter at samarbeid med andre kolleger er svært viktig. Intensivsykepleierne har ulik erfaring. De uerfarne lærer av de mer erfarne, både som rollemodeller og i samtale:

Hvis jeg skal tenke meg tilbake som ganske fersk her, så ville jeg ha god nytte av mønstereksemplet eller rollemodellene. Vi har et rimelig stabilt personale og vi har mange som har jobbet lenge. Så det er klart at som ny her, på novisestadiet, pluss, pluss, så snakker du med kolleger og du ser hvordan de handler, du lærer deg sånn mester/svenn tenkning, sant. ... våre nye blir vist protokollen og her gjør du sånn, så det blir dialog med en erfaren kollega, legene og selvfølgelig reglene vi har i form av protokoller og sånt. (I 2)

Vurderinger rundt det å avvenne en pasient fra respirator, læres først og fremst innen pleiefelleskapet i følge denne informanten:

Ja, det tror jeg og spesielt i den fasen der du skal få dem til å puste selv. Altså, fra å ligge på et kontrollert modus og det å tørre å prøve om de klarer det selv. Det er nok ting vi lærer mer av hverandre. Og en sånn ting som kommer med erfaring. Jeg prøver, og så heller gå tilbake igjen. (I 5)

Pasienten som skal avvennes sees av flere og pleiefelleskapet brukes til å gjøre en felles overveielse av pasientens situasjon. Protokollen er et ark, men den kliniske virkeligheten oppleves som noe annet. En av informantene understreker at derfor er det viktig å spørre andre om råd. Alle informantene forteller om et godt samarbeid i avdelingen. Det er et godt klima i avdelingen for å spørre hverandre, dette gjelder både leger og sykepleiere. Avvenningsprotokollen er et felles utgangspunkt for hvordan avvenningen fra respirator skal håndteres. Noen har lang erfaring og andre kort, men når de fleste bruker protokollen som grunnlag for avvenningen, blir samarbeidet enklere i avdelingen. Flere av informantene understreket at det også er positivt for pasientene.

Når et felles erfaringsgrunnlag mangler kan det bli vanskelig å samarbeide. Tenkemåten bak det som gjøres er ikke felles:

Jeg synes ofte at de gangene vi har stått og klønet, så er det fordi det kommer en lege som kanskje ikke kjenner til protokollen av en eller annen grunn eller som har vært på et kurs og lært noe om et nytt modus som han vil prøve ut. Og så står han og stanger, men hva er tanken bak? Hvor og hvordan? Og da blir det litt sånn en treffer ikke hverandre på erfaringsgrunnlag til den forskjellige. Og da blir det litt sånn vi strever litt i hver sin retning.(15)

Et annet eksempel som ble gitt var om en pasient som hadde ligget lenge i avdelingen og som hadde fått forskjellige komplikasjoner. Hver ny lege som gikk visitt brukte et nytt regime i forhold til avvenning, men når avvenningsprotokollen ble brukt, kunne pasienten avvennes fort.

Samarbeid med andre intensivsykepleiere og leger er viktig i en intensivavdeling i følge informantene. En del av det å lære å avvenne en pasient fra respirator læres best i samarbeid med andre kolleger. Avvenningsprotokollen er også et godt utgangspunkt for samarbeid, avvenningsprosessen blir i større grad utført etter de samme prinsippene både av sykepleiere og leger. Å ha en felles tankemåte om avvenning gjør arbeidet med pasientene og samarbeidet med kollegene lettere.

4.5. Oppsummering

Funnene er nå presentert i form av en såkalt strukturell analyse. Det vil si at de er presentert uten å bli tolket i forhold til teori. Jeg vil nå oppsummere noen av funnene mer punktvis.

Bruk av protokollen:

- avvenningsprotokollen er evidensbasert
- et arbeidsredskap, hjelpemiddel
- retningslinje i forhold til å justere på respiratoren
- de fleste sykepleietiltak som må utføres i forhold til pasientgruppen er ikke beskrevet i protokollen
- beskriver ikke sykepleie eller bare en del av det som sykepleie innebærer
- beskriver kun den tekniske delen av avvenningsfasen / de fysiologiske aspektene

- sykepleiekunnskap oppfattes som noe annet enn kunnskapen som protokollen representerer
- å ha kunnskap innen intensivsykepleie er grunnlaget for å kunne bruke protokollen
- protokollen representerer en delegert oppgave fra legene / er tverrfaglig
- vurderinger som sykepleierne gjør i forhold til pasienten beskrives ikke i protokollen

Medisinsk kunnskap:

- informantene sier at de arbeider tett opp mot det medisinske fagfeltet
- å bli intensivsykepleier innebærer blant annet å få økt medisinsk kunnskap
- viktig å forstå patofysiologiske mekanismer for å ivareta pasienten best mulig
- medisinsk kunnskap viktig del av helheten når sykepleierne gjør sine vurderinger
- informantene er fortrolige med den tekniske siden av respiratorbehandlingen

Sykepleie:

- er ikke beskrevet i protokollen
- avvenningsprosessen er krevende sykepleiefaglig sett
- sykepleieren må kunne alt det tekniske, må være trygg, være til stede
- det er ikke alltid mulig å forutse effekten av tiltak, som for eksempel å øke trykkstøtten / hjelpen pasienten får fra respiratoren
- tilstrebe god døgnrytme for pasientene
- mobilisering av pasienten ved å endre leie, sitte i senga / i stol
- skjerme pasienten fra støy og andre inntrykk
- signalisere / formidle trygghet til pasienten
- være fysisk til stede hos pasienten
- gi informasjon / kommunisere med pasienten

Sansedata:

- inkluderer objektive data som observasjoner av respirasjonsfrekvens, puls og lignende
- må bruke hele sanseapparatet i avvenningsfasen

Erfaring:

- protokollen kan brukes med skjønn når man får erfaring
- sykepleietiltak som må gjøres i tillegg til protokollen læres gjennom erfaring
- erfaring er et supplement til teoretisk kunnskap

- erfaring gjør at det er lettere å vurdere helheten i situasjonen
- forskjellig erfaring gir ulik praksis
- å opparbeide seg erfaring om betydningen av forskjellige sykepleietiltak er viktig for å vite hva som er best for pasienten

Samarbeid med kolleger:

- det er ikke opp til den enkelte sykepleier å trappe opp og ned på respiratorstøtten, det skal diskuteres med kolleger
- sykepleierne diskuterer resultater fra blodgasser og andre vurderinger av pasienten med kolleger og leger
- vurderinger rundt avvenningsprotokollen diskuteres med kolleger
- gjennom å samarbeide med hverandre lærer sykepleierne av hverandre
- vurderinger rundt det å avvenne en pasient fra respirator læres først og fremst innen pleiefellesskapet
- protokollen blir et utgangspunkt for samarbeidet
- ulikt erfaringsgrunnlag kan gjøre samarbeidet vanskelig i avvenningssituasjonen

Problemstillingen i denne studien har vært hvordan intensivsykepleiere erfarer en avvenningsprotokoll som er basert på medisinsk evidens. Informantenes har formidlet sine erfaringer knyttet til konkrete situasjoner med den aktuelle pasientgruppen. Dette kan kalles en fenomenologisk beskrivelse (Martinsen, 1996). Beskrivelsene er nå presentert. I følge informantene sier protokollen lite om sykepleie til den aktuelle pasientgruppen. Informantene skiller mellom sykepleiekunnskap og medisinsk kunnskap, samtidig som de beskriver at medisinsk kunnskap er noe de brukte aktivt. De sier også at protokollen er tverrfaglig og representerer en delegert oppgave fra legene. Intensivsykepleie er grunnlaget for å forstå og kunne bruke protokollen. En videreutdanning innen intensivsykepleie innebærer blant annet å få mer medisinsk kunnskap, noe som informantene understreker er viktig for å kunne ivareta pasienten best mulig. Protokollen representerer medisinsk evidens, den blir brukt av flere profesjoner. Å opparbeide seg erfaring beskrives som viktig for å kunne oppnå kunnskap om den aktuelle pasientgruppen. Ulik erfaring gir ulik praksis. Gjennom samarbeid med kolleger vurderes pasienten. Praksisfellesskapet er også en læringsarena hvor sykepleierne lærer av hverandre. Protokollen er et felles utgangspunkt for samarbeidet. Funnene skal nå drøftes i forhold til den teorien som er presentert i kapittel 2.

5. DRØFTING AV DATA

Informantene har formidlet sin kunnskap om arbeidet med pasienter som skal avvennes fra respirator og hvordan de brukte avvenningsprotokollen. Empirien det vil si intervjuene, er tidligere presentert i en strukturell analyse uten referanser til teori. Jeg vil nå diskutere funnene i forhold til problemstillingen, tidligere forskning og teorien som er presentert i kapittel 2. Jeg vil i utgangspunktet bruke samme strukturen i kapittel 4; Presentasjon av funnene i studien.

Kvalitativ metode innebærer en tolking av data, i dette tilfellet det som informantene formidlet under intervjuene. Funnene skal igjen tolkes i forhold til relevant teori. Men ingen går inn i et felt med helt blanke ark og forforståelse er et sentralt begrep som er hentet fra hermeneutikken (Malterud, 1996). Jeg har valgt å forske på et felt hvor jeg er relativt kjent, dette er en del av min forforståelse. Det kan gjøre at jeg overser ting på grunn av en kulturfortrolighet i forhold til det å arbeide på intensivavdeling (Paulgaard, 1997). Jeg håper likevel at jeg har klart å få en analytisk distanse til stoffet. En annen del av min forforståelse er den litteraturen eller teorien som jeg har valgt å bruke. Når resultatene skal tolkes mot den aktuelle litteraturen som er valgt som teoretisk perspektiv, skal den belyse intervjueteksten og intervjuene skal belyse den valgte litteraturen (Lindseth og Norberg, 2004). Intervjuguide og intervjuene ble utført med en viss innflytelse av teorien som var benyttet under forberedelsen til oppgaven. Etter at den strukturelle analysen var gjort, var det nødvendig å utvide det teoretiske perspektivet. Andre momenter i intervjuene gjorde at en fordypping i teorien som allerede var valgt var nødvendig. Det har med andre ord vært en stadig dialog mellom empiri og teori.

5.1. Bruk av protokollen

Informantene forteller om hvordan de oppfatter og bruker avvenningsprotokollen. Protokollen kan sees på som medisinsk evidens og en del av den medisinske kunnskapen som intensivsykepleiere har. Det ble bekreftet at den er evidensbasert. Evidensbegrepet kan, som jeg har redegjort for i teorikapitlet, forstås på mange måter. Hvordan begrepet tolkes vil gi forskjellige svar på spørsmålet. Her er det først og fremst medisinsk evidens som vil være aktuelt, men også andre former for evidens vil bli

drøftet. Medisinsk evidens vil i stor grad være begrunnet i forhold til den metoden som er brukt. Den metodiske gullstandard vil gi et resultat hvor forstyrrende variabler er borte, med andre ord så vil det subjektive være borte (Ekeli, 2002). Men pasienten kan ikke alltid forstås ut fra såkalt sikker og allmenngyldig kunnskap (Ekeland, 2004). Intensivsykepleierne møter individuelle pasienter, mens avvenningsprotokollen representerer i denne sammenhengen den sikre kunnskapen. Protokollen sier hvilke kliniske tegn som skal observeres og hva sykepleieren skal gjøre i forhold til dem. Informantene forteller at protokollen ikke sier alt om arbeidet de utfører med pasientene. Dette viser de blant annet når de sier at protokollen ikke kan brukes på samme måte for alle pasienter. Avvenning er ikke alltid en lineær prosess. I følge flere informanter går sykepleierne fram og tilbake i trinnene i avvenningsprotokollen og det er pasientens tilstand som er det avgjørende. Vurderingene blir gjort med utgangspunkt i den pasienten som sykepleieren møter der og da.

Et annet interessant funn er at informantene ser på sykepleie som noe mer og noe annet enn det som protokollen beskriver, samtidig sier de at sykepleie er vanskelig å få inn i protokoller. Benner et al. (1999) sier at lister over mulige handlinger i seg selv ikke gir god praksis. Avvenningsprotokollen kan være et eksempel på en slik liste. Praksis er en form for legemliggjort kunnskap og den rommer mer enn den vitenskapen som er grunnlaget for den. Protokoller kan hemme praksis (Flynn og Sinclair, 2005, Manias og Street, 2000). Samtidig kan protokoller også være et godt utgangspunkt for diskusjon og kan gi en akseptabel standard av praksis (Manias og Street, 2000). De kan gi verdifull informasjon om visse prosedyrer og tiltak, men informantene har klare meninger om at sykepleie i seg selv går ut over det som er mulig å få inn i protokoller.

Eriksson et al. (1999) sier at evidens er noe som baserer seg på kunnskap. Sykepleiekunnskap er det mest grunnleggende, men det er også viktig å få evident kunnskap om medisinske observasjoner og teknologi. Sykepleie beskrives av informantene blant annet som de tiltakene som gjøres. Sykepleiekunnskap er grunnlaget for å kunne bruke protokollen i følge informantene. Protokollen blir sett på som tverrfaglig, men også som en delegert oppgave fra legene. Intensivsykepleierne har fått myndighet til å regulere på respiratoren etter retningslinjer som er beskrevet i

protokollen (Fulbrook et al., 2004). Det betyr i følge informantene at det ikke er noen forventning om at protokollen skal være sykepleierrettet eller beskrive sykepleietiltak. Informantene viser her at de bruker medisinsk kunnskap, men at de ser på kunnskap innen eget fagfelt som mer grunnleggende. De er også bevisste på hva som er eget fagfelt og hva som er en del av legenes domene. Medisinsk evidens, som protokollen representerer, kan med andre ord snevre inn hva sykepleie er til denne pasientgruppen, hvis det ikke samtidig er fokus på andre sider av sykepleien til den aktuelle pasientgruppen.

Såkalt evidensbasert praksis setter fokus på et avgrenset område fordi den baserer seg på forskningsresultater (Nortvedt og Hanssen, 2001). En av informantene som hadde vært med å lage protokollen understrekte at når man innfører en protokoll, vil det bli satt fokus på det aktuelle området. Det er ikke protokollen i seg selv som er viktig. Evidensbasert praksis kan på denne måten bidra til at man får satt fokus på visse deler av praksis i en avdeling. En annen informant som hadde vært med å utforme protokollen sier at den ikke sier noe om hvordan pasienten opplever situasjonen. Det var ikke lett å finne litteratur om det. Den sier heller ikke noe om andre vurderinger som sykepleierne må gjøre, som hvor mye ekspektorat pasienten har, er han obstipert, fordøyer han sondematen og lignende. Medisinsk evidens er viktig for intensivsykepleieren (Benner et al., 1999). Her understreker informanten at protokollen har begrensinger i forhold til en del aspekter som er viktige for at avvenningsprosessen skal bli vellykket.

Medisinsk evidens er basert på meta-analyser og klinisk kontrollerte forsøk (Hanssen og Nortvedt, 2001). Avvenningsprotokollen er i utgangspunktet ganske rigid i måten den er framstilt på. Informantene understreker også betydningen av å bruke skjønn, de bruker ikke protokollen slavisk. Den faglige kunnskapen er grunnlaget for skjønnsutøvelse, men skjønnen brukes med en fleksibilitet i forhold til fastlagte retningslinjer (Alvsvåg, 2002). Informantene har også sagt at de bruker protokollen som en retningslinje. Protokollen representerer med andre ord fagkunnskap som brukes med skjønn i forhold til den aktuelle pasienten. Møtet med pasienten vil alltid være preget av spenningsforholdet mellom det objektive og det subjektive; mellom pasientens sykdom og pasienten som syk person. Skjønnen vil være en del av det subjektive, samtidig vil den objektive kunnskapen være viktig (Ekeland, 2004).

Informantene forteller at de ser på avvenningsprotokollen som et hjelpemiddel for arbeidet de utfører. Det kan derfor sies at de bruker vitenskapelig kunnskap når de utfører sin praksis. De understreker at de ofte ikke følger protokollen slavisk, men at den må brukes med skjønn. I praksis brukes forskjellig typer kunnskap, forskning og personlige egenskaper (Benner et al., 1999). Refleksjon over vitenskapelig kunnskap kan gi bedre praksis, men vitenskap og praksis er ikke det samme. Praktisk kunnskap kan ikke sees uten en utøver og fra de situasjonene den brukes i (Nortvedt og Grimen, 2004). Ved å bruke protokollen skjønnsmessig, viser informantene at de bruker den objektive kunnskapen på en måte som kan ivareta den individuelle pasienten de pleier. Vitenskapelig kunnskap er med andre ord viktig i praksis, men den har sine begrensinger (Ekeland, 2004). Praksis er mer enn å utføre oppgaver, den forutsetter også en refleksjon over handlingens etiske følger (Flaming, 2001).

Informantene understreker at medisinsk kunnskap er en viktig del av kunnskapsgrunnet for intensivsykepleierne, blant annet fordi denne kunnskapen er av stor betydning for å kunne se pasienten som en helhet. En del av den medisinske kunnskapen er den type kunnskap som "ikke kan være annerledes" (Alvsvåg, 2002). Fysiologiske mekanismer, for eksempel respirasjonsfysiologi og – patofysiologi, er til en viss grad forutsigbare. Benner et al. (1999) sier at vitenskapelige evidens som medisinsk kunnskap av denne typen er grunnleggende for god praksis. Særlig vil bevis i forhold til fysiologiske mekanismer være viktig. Lungefysiologi, hva det betyr fysiologisk å være tilkoblet respirator og vurderinger av blodgasser er noe av det som ble nevnt som viktig av informantene.

Å kunne arbeide med og beherske medisinsk teknisk utstyr er en av oppgavene til intensivsykepleiere (Benner et al., 1999). Det var tydelig at informantene var svært fortrolige med bruken av respiratoren. Avvenningsprotokollen beskriver blant annet hvordan respiratorinnstillingene skal forandres i forhold til pasientens tilstand. Denne kunnskapen kan sees på som en del av den medisinske kunnskapen. Intensivsykepleieren er bindeleddet mellom pasienten og det medisinske tekniske utstyret (Coombs, 2003). Pasienten som skal avvennes fra respirator er ennå avhengig av hjelp

til å puste, og sykepleierens oppgave er blant annet å se hvordan pasienten samarbeider med respiratoren (Alvsvåg, 2002). En av informantene uttrykker at hun ser når pasienten sliter og trenger mer støtte fra respiratoren. Bruk av sansedata vil være grunnleggende. Dette vil bli tatt opp senere i kapitlet.

Evidensbasert sykepleie støtter seg til samme definisjon som evidensbasert medisin (Nortvedt og Hanssen, 2001). Evidenshierarkiet viser prioriteringen av aktuell kunnskap som skal brukes når såkalt evidensbasert sykepleie skal utføres (Hanssen og Nortvedt, 2001). Medisinsk evidens vil ofte veie tyngst i dette hierarkiet, fordi den oftere er basert på den såkalte gullstandard. King's evidens er et begrep som sier noe om maktstrukturer (Eriksson og Nordman, 2004). Makten kan virke positivt og negativt i et miljø. Kunnskapshierarkiet kan imidlertid virke som en form for King's evidens. Det gjør at visse typer kunnskap vil bli sett på som mindreverdige (Holmes et al., 2006). Imidlertid vil mye av den kunnskapen som sykepleierne bruker være på et lavt nivå i kunnskapshierarkiet (Fulbrook, 2003).

Informantene oppfatter protokollen som medisinsk kunnskap og understreker at sykepleie til pasienter som skal avventes fra respirator er noe annet og mer enn det som protokollen presenterer. De understreker betydningen av medisinsk kunnskap, men de ser på sykepleie til pasienter som skal avventes fra respirator, som noe mer enn den kunnskapen som kommer fram i avvenningsprotokollen. Når evidensbasert sykepleie støtter seg på samme definisjonen som evidensbasert medisin, så kan andre kunnskapsformer og -tilganger som sykepleierne støtter seg til enn det randomiserte, kontrollerte forsøket, bli sett på som mindreverdige. Avvenningsprotokollen er brukt som et eksempel evidensbasert praksis. Informantene bruker den med skjønn, som en retningslinje for arbeidet sitt. De understreker også at medisinsk kunnskap er en viktig del av kunnskapsgrunnet for intensivsykepleiere. En protokoll kan brukes slavisk eller med skjønn. Evidensbegrepet som legges til grunn for praksis vil ha betydning for hvordan en såkalt evidensbasert protokoll skal virke inn på praksis.

5.2. Sykepleie

Informantene har blant annet pekt på at protokollen har sine begrensninger og at sykepleie er noe mer og annet enn det protokollen beskriver. Jeg vil nå gå over til drøftingen om det som informantene beskriver som sykepleie. Informantene forteller om det de mener er viktige sykepleietiltak og god sykepleie til pasientene som skal avvenes fra respirator.

Under intervjuene ønsket jeg å få informasjon om hva intensivsykepleierne så på som god sykepleie til pasientgruppen som skal avvenes fra respirator. Jeg måtte etter hvert spørre om hvilke sykepleietiltak de syntes var viktige og jeg fikk gode beskrivelser. Dette var for å få et best mulig bilde av hva sykepleie til denne gruppen er og i hvilken grad beskrivelsene var sammenfallende med det som protokollen beskriver eller om det er noe annet. Med andre ord for å se om hva medisinsk evidens sier om sykepleien som blir utført. Informantene forteller om hvilke sykepleietiltak de syntes er viktige i forhold til pasientgruppen, som blant annet mobilisering, skjerme pasienten, samarbeide med pasienten og formidle trygghet. Mange av disse tiltakene som sykepleierne setter i verk er ikke beskrevet i protokollen, men de er svært viktige for at pasienten skal komme seg.

Avvenningsfasen er mer krevende enn for eksempel den fasen når pasienten er stabil og sedert på respirator. Informantene karakteriserer avvenningsfasen som utfordrende i forhold til det sykepleiefaglige. Pasientene er ikke alltid helt orienterte og sykepleiernes tilstedeværelse er nødvendig. Å tilstrebe en god døgnrytme er viktig og flere sier at de begynner avvenningen på dagtid. God døgnrytme er en av de faktorene som Gelsthorpe og Crocker (2004) påpeker er viktig i sin studie.

En av informantene forteller om en pasient som puster fort, hun gir økt trykkstøtte for at det skal være lettere å puste for pasienten, men det har ingen effekt. Det er ikke alltid mulig å forutse effekten av et tiltak. Kliniske situasjoner er ofte preget av forandring. En god kliniker vil kunne tolke pasientens tilstand her og nå i forhold til hvordan den var tidligere. Kliniske vurderinger vil imidlertid alltid være preget av en viss usikkerhet (Benner et al., 1999). Det er ikke alltid at det bare er en måte å løse situasjonen på. Skjønnsmessige overveielser brukes i de situasjonene som Aristoteles beskriver som

foranderlige (Alvsvåg, 2002). Informanten beskriver det usikre i den kliniske hverdagen på en god måte. Skjønnsmessig vurdering er nødvendig i møte med individuelle pasienter som preger klinikken på sin måte.

Å mobilisere pasienten er alt fra å snu ham i senga med jevne mellomrom til at han skal sitte i stol og etter hvert kunne stå på golvet. Dette er for å løsne ekspektorat, det vil føre til bedre respirasjon og sirkulasjon, forebygge trykksår og så videre (Bakkelund og Thorsen, 2005). Etter hvert som pasienten kommer seg, er det viktig at han får sitte i en stol. Dette er også av betydning for at pasienten skal begynne å orientere seg og komme mer tilbake til livet. Flere av informantene sier at det var en sterk tradisjon i avdelingen at pasientene skal opp i stol. Dette er en del av fagkunnskapen som intensivsykepleierne har. Denne kunnskapen som er svært viktig i avvenningsfasen er ikke beskrevet i protokollen. Benner påpeker (2000) at felles erfaringer kan bli artikulert og evaluert innen et fagfellesskap. På denne måte kan kunnskap utvikles. Flere erfarne skjønnere er enige om for eksempel betydningen av å sette pasienten opp i en stol i stedet for mobilisering i senga.

Intensivsykepleiere tilegner seg teoretisk kunnskap blant annet gjennom videreutdanning og internundervisning, men de utfører mange praktiske tiltak for og med intensivpasienten. Det kan skilles mellom en teoretisk og en praktisk kunnskapstradisjon (Molander, 1997). Når intensivsykepleierne utfører forskjellige sykepleietiltak, uttrykker de kunnskap ved å utføre praktiske handlinger. En del av disse vil være basert på erfaringskunnskap, men også på teoretisk kunnskap. Evidensbasert praksis vil være basert på teoretisk kunnskap. Riktignok argumenterer forkjempere for kunnskapsbasert kunnskap at erfaringsbasert kunnskap også skal være utgangspunkt for de avgjørelsene som sykepleieren gjør i praksis. De definerer imidlertid ikke hva de legger i begrepet (Nortvedt et al., 2004).

Andre tiltak som informantene nevner er å skjerme pasientene som er i bedring. Miljøet på en intensivavdeling kan være hektisk og det kan være mye støy. Hvis det var mulig fikk pasientene komme inn på et enerom eller en mer skjermet plass i avdelingen. Samtidig sier informantene at det er viktig at de formidler trygghet. En måte å gjøre det på er å signalisere sin faglige kunnskap. Pasienten skal føle at han er i trygge hender, men også at han blir sett hele tiden. Alvorlig sykdom kan gjøre at pasientene blir

engstelige. I avvenningsfasen skal pasientene være mer våkne og informantene understreker hvor viktig det er å få pasientene med i prosessen for å komme videre. Blackwood (2000) understreker betydningen av at sykepleierne er til stede hos pasienten slik at han føler seg tryggere.

Å gi informasjon er en viktig sykepleieoppgave, som ikke er beskrevet i protokollen. Informantene understreker at de snakker til pasientene, selv om de ikke vet om pasientene er stand til ta inn det som blir sagt. Kommunikasjon er et ord som sier at det er en kontakt mellom flere parter. Det kan være vanskelig for pasientene å gjøre seg forstått og sykepleierne forstår ofte ikke hva pasientene sier. Mange pasienter som gjennomgår alvorlig sykdom blir uklare, urolige, engstelige og forstår ikke sin egen situasjon. Noen ganger er det nok at sykepleierne snakker med dem og de klarer å realitetsorientere seg. Andre må få medikamenter i tillegg. Sykepleie har en moralsk side. Dette viser seg blant annet ved å ha respekt, ha empati og gi omsorg for andre (Edwards, 2001). Blant annet ved å formidle trygghet, skjerme pasienten fra støy, se på ham som en samarbeidspartner og formidle at det faglige er noe man kan, så viser informantene at det å se pasienten som et medmenneske er viktig. Dette er også sider av praksisen som informantene forteller om som ikke er beskrevet i protokollen. Den sier riktignok at pasientens bevissthetsnivå og eventuelle smerter skal vurderes, men beskrivelsene til informantene går ut over dette.

Avvenningsprotokollen representerer evidensbasert kunnskap som beskriver avvenningsprosessen. Likevel er det mange av de tiltakene som informantene beskriver som ikke er nevnt. Informantene sier at sykepleie er noe annet og mer enn det som står i protokollen. Evidensbegrepet som er lagt til grunn for protokollen rommer med andre ord ikke alt det som informantene beskriver som sykepleie til pasientgruppen. Dette evidensbegrepet har jeg før kalt for medisinsk evidens. Men flere måter å forstå evidens på er redegjort for i teorikapitlet. Eriksson et al. (1999) har et videre evidensbegrep som omfatter både det teoretiske, det vitenskapelig, det praktiske og det moralske / etiske. ”Hodet-hjertet-hånd”-modellen er grunnlaget for dette evidensbegrepet. Logisk tenkning, som kunnskap om virkeligheten og systematisk sykepleievitenskap, er symbolisert med hodet. Hjertet henviser til det etiske og hånden viser det handlende mennesket. Dette evidensbegrepet vil i større grad omfatte hele sykepleien som blir

utført til pasientgruppen. Da vil den aktuelle avvenningsprotokollen bli en del av en større helhet. De andre aspektene ved sykepleie, som mer konkrete sykepleietiltak, vil bli tatt med under ”hånden”. Det etiske aspektet, hvordan hånden utfører sin gjerning er også ivaretatt. Forsvarerne av evidensbasert sykepleie mener at kunnskapshierarkiet kun er aktuelt i forhold til effekt. Metodisk mangfold er viktig, i den forstand at det er kjernes spørsmålet som bestemmer hvilken metode som gir det beste svaret (Nortvedt et al., 2004). Den kliniske virkeligheten, som informantene beskriver, er svært kompleks og ved en slik framgangsmåte kan man få svar på mye om de enkelte sidene av avvenningsprosessen, men den vil ikke ivareta helheten. Et evidensbegrep som favner mest mulig av sykepleien vil være det mest relevante.

Klinisk skjønn er et annet begrep som er redegjort for i teorikapitlet. Det vil si å kunne gjøre det gode, riktige og hensiktsmessige i forhold til den aktuelle pasienten. Fagkunnskapen er grunnlaget for skjønn og avvenningsprotokollen vil være en del av den. Men informantene beskriver sykepleiekunnskap som går utover protokollen. Skjønn brukes i de situasjonene som Aristoteles beskriver som foranderlige, hvor det ikke er opplagt hvordan for eksempel en sykepleier skal håndtere en avvenningssituasjon med en pasient. En skjønnsmessig vurdering kan ta utgangspunkt i en retningslinje eller medisinsk kunnskap som informantene beskriver at protokollen er, men skjønn og den påfølgende handlingen kan gå utover det som retningslinjen beskriver (Alvsvåg, 2002). Skjønnsmessig overveielse inkluderer også en etisk eller moralsk dimensjon (Alvsvåg, 2002, Benner et al., 1996). Eriksson et al. (1999) presiserer at evidens i betydningen å vite, må baseres på kunnskap. Det gjelder å få evident kunnskap innen sykepleie, men det er også viktig å ha evident kunnskap innen for eksempel medisin og medisinsk teknisk utstyr. Måten Eriksson et al. (1999, 2004) beskriver evidens har mange likhetstegn med Alvsvåg, Martinsen og Benner sine beskrivelser av klinisk skjønn. Dette vil bli drøftet seinere i kapitlet.

Flere av informantene forteller at i møte med pasientene er det å bruke sansene grunnleggende. Protokollen beskriver observasjoner av pasienten som er viktige; å observere er å bruke sansene sine. Informantene forteller at de legger mye mer i hva sansedata er enn det rent objektive, som for eksempel pasientens ansiktsuttrykk, det å ta på pasienten. Fagkunnskapen er grunnlaget for hvordan sykepleieren tolker de inntrykkene som hun får gjennom sansene. Dette betyr at fagkunnskap og naturlig

sansing er deler av det faglige skjønnet (Martinsen, 1993). En av informantene beskriver at under hele avtrengingsfasen er det å bruke sansene sine grunnleggende. Når pasienten skal begynne å puste selv igjen er både erfaring og det fange opp alle nyanser ved hjelp av sansing viktig. En annen informant sier at det å se pasienten blir lettere med erfaring. Det kliniske blikket blir mer øvet. Hun ser at pasienten trenger mer respiratorstøtte, at han sliter. Å bruke sansene på denne måten overfor pasienten går utover det protokollen beskriver.

For å bruke avvenningsprotokollen må intensivsykepleieren bruke sansene. Intensivsykepleieren skal observere pasientens respirasjon, hjerterefrekvens, smerter og bevissthetsnivå. Noen utlegninger av evidensbegrepet innbefatter sansing. Det evidente er det å se, gjøre noe synlig som er hevet over tvil (Martinsen, 2005). Men det å se kan gjøres på forskjellige måter. Objektiviserende sansing gjennom blikket er av stor betydning i den naturvitenskapelige tradisjonen som den medisinske evidensen representerer. Observasjonen, det kliniske blikket kan gjøre pasienten til et objekt (Martinsen, 2000). De objektive dataene, hvor fort puster pasienten, hvor mye trekker han selv, hvor mye hjelp får han av respiratoren og så videre, er viktige observasjoner. Intensivsykepleieren må kunne utføre de mer objektive observasjonene gjennom blikket, men det er også vesentlig å kunne se utover det. Jeg tolker at informantene legger mer i sine sansedata, enn det objektive. En av informantene sier at ansiktet til den andre er viktig når hun bruker sansene, det samme gjelder de mer objektive tegnene fra overvåkingsskjermene. En annen sier at det å se det kliniske er noe som går utover det som protokollen kan rettlede henne i. Øyet trenger ikke å bare være objektiviserende overfor pasienten. Sansingen kan bety det å være deltakende til stede (Martinsen, 2000). Det sansemessige er en betydelig side ved det faglige eller kliniske skjønnet. Sansemessig tilstedeværelse, oppmerksomhet, kunnskaper og erfaringer er nødvendig for å utøve skjønn (Alvsvåg, 2002). For å utvikle et godt klinisk skjønn er blant en sanselig forståelse av pasientens kliniske tilstand viktig (Benner et al., 1999). En informant forteller at det å ta på pasienten med hånden gir nyttig informasjon, det gir en pekepinn på hvordan pasienten har det og denne informasjonen brukes så i forhold til hvordan protokollen skal brukes.

Objektive observasjoner er grunnleggende og viktige for en intensivsykepleier. Sansedata er viktig i følge avvenningsprotokollen, men informantene legger mer i sansedata og hvordan de brukes i forhold til den enkelte pasienten enn det som kommer fram i protokollen. Forskjellige måter å forstå evidensbegrepet på gir ulike tilnærminger til det å sanse og hva som legges i det. Martinsen (2003b) definerer evidensbegrepet blant annet som det å se og innse. I forhold til evidensbasert praksis er det særlig Eriksson og Nordmann (2004) som bruker sansebegreper når de beskriver hva de legger i begrepet. Kontekstuell evidens er det som kan komme til syne i en pleiesituasjon. Kontekstuell evidens vil i større grad ivareta all informasjon i pleiesituasjonen med en pasient som skal avvennes fra respirator, ikke bare de objektive sansedataene som avvenningsprotokollen beskriver. I andre utlegninger om evidensbasert praksis er ikke begrepet brukt (Nortvedt og Hanssen, 2001).

Informantene beskriver at sykepleie til den aktuelle pasientgruppen går ut over det som avvenningsprotokollen beskriver. Protokollen fokuserer først og fremst på objektive kliniske tegn og innstillinger på respiratoren i forhold til pasientens tilstand. Flere av informantene sier at det ikke er mulig å uttrykke sykepleie i protokoller eller å ha en avvenningsprotokoll som inneholder sykepleie. Også her vil det aktuelle evidensbegrepet som er lagt til grunn være viktig, det samme gjelder hvilket kunnskapssyn et slikt begrep hviler på. En evidensbasert protokoll vil ikke ta hensyn til pasienten som individ eller det moralske aspektet ved å utføre sykepleie. Informantene forteller at de bruker sansene for å få objektive data om pasienten, dette er den type data som protokollen etterspør. Men de sier også at de legger mer i sansedata enn det rent objektive. Eksempler de gir er å se den andres ansikt og å se pasienten utover de mer objektive vurderingene på hvordan sansing er grunnleggende for å få et mer helhetlig bilde av pasienten. Den medisinske evidensen i protokollen er retningsgivende for en del av arbeidet, men den sier ikke alt om hva sykepleie til pasientgruppen er. Hvis et evidensbegrep skal brukes i forhold til sykepleie bør det være et begrep som i størst mulig grad kan favne det sykepleie er.

5.3. Betydningen av erfaring

Betydningen av erfaring var en vesentlig del av datamaterialet. Informantene sier at erfaring er viktig når de skal avvenne en pasient. Erfaringslæring er sentralt i Dreyfusmodellen som er grunnlaget i Benner og medforfattere sine studier (Benner, 2000, Benner, 2004, Benner et al., 1999, Benner et al., 1996). En av informantene forteller om hvordan hun opplevde mangel på erfaring som frustrerende. Hun forstod at hun manglet noe og var misunnelig på de kollegene som hadde opparbeidet seg erfaring. I følge Dreyfus modellen, så utvikles kompetanse trinnvis illustrert som nivåene fra novise til ekspert (Benner, 2004). Den samme informanten understreker også betydningen av teoretisk kunnskap. I løpet av videreutdanningen hadde hun tilegnet seg teoretisk kunnskap og ”visste hvordan ting skal være”. Likevel var det ikke lett å forutse hva som ville skje med pasienten når tiltak ble gjort. De som hadde lang erfaring i avdelingen hadde alltid et ”men”, de var ikke så skråsikre om hva som var det beste for pasienten. Erfaring kan utvide eller komplementere teoretisk kunnskap. Både det å ha relevant kunnskap og erfaring er viktig når skjønn skal utøves. Å få erfaring gir trygghet i arbeidet med pasientene og det går lettere etter hvert som erfaring opparbeides. Protokollen blir mer en retningslinje som brukes med skjønn. Klinisk skjønn utøves i praksis og fagkunnskapen er grunnlaget når det skal utøves (Alvsvåg, 2002). Protokollen er en del av intensivsykepleiernes fagkunnskap. Retningslinjene i protokollen brukes som et grunnlag for utøvelsen. Når skjønn brukes i tillegg vil retningslinjene brukes med en viss fleksibilitet. Å arbeide etter protokollen kan hemme praksis hvis den skjønnes for rigid (Manias og Street, 2000, Blackwood og Wilson-Barnett, 2007).

En av informantene mener at sykepleietiltak som ikke står beskrevet i protokollen læres gjennom erfaring. Det å vurdere om pasienten er klar for å få mindre eller kanskje mer respiratorstøtte, er noe som er lettere når man får mer erfaring. Skjønnsmessig overveieelse er en del av den kliniske bedømmingen som sykepleieren utøver i den konkrete situasjonen (Benner, 2000). En av informantene forteller at hun var mer skråsikker som nyutdannet enn etter at hun hadde fått mer erfaring. Erfaring gjør at sykepleieren også blir mer klar over hva hun kan og ikke kan. En nybegynner innser ikke alltid at hun har begrenset kunnskap, noe som kalles en sekundær uvitenhet (Benner et al., 1996). Erfaring gjør at sykepleieren i større grad klarer å vurdere

helheten i situasjonen. Å vurdere hvorfor ting skjer er også en del av de overveielserne en av informantene synes er lettere med erfaring. Den teoretiske bakgrunnen informantene har fått gjennom spesialutdanningen, internundervisning og liknende blir noe som de kan bruke i praksis. De klarer å se helheten og de forskjellige nyansene som er i situasjonen (Benner et al., 1999). Overveielse av hva som skjer i den kliniske situasjonen er å bruke klinisk skjønn. Å utvikle et godt klinisk skjønn skjer i møtet med konkrete, mangetydige og kompliserte situasjoner (Alvsvåg, 2002).

Forskjellig erfaring gjør at sykepleierne arbeider ulikt. I følge flere av informantene er det de erfarne som lettest bruker og forstår protokollen. Samtidig er det de uerfarne som trenger retningslinjene som protokollen gir. Erfarne og uerfarne sykepleiere tilnærmer seg avvennings-situasjonene og pasientene på forskjellige måter. De erfarne sykepleierne bruker mye skjønn, men har protokollen som retningsgivende. Dette viser også aktualiteten av Dreyfusmodellen i klinisk praksis og hvordan sykepleiere med ulik erfaring arbeider ulikt. Skjønnsmessig vurdering blir viktigere etter hvert som en sykepleier får mer erfaring å spille på. Den kliniske situasjonen blir det som er bestemmende for hvilke vurderinger som gjøres. Dette er en egenskap som først oppnås på det kyndige og ekspert nivået (Benner, 2004). Blackwood og Wilson-Barnett (2007) finner i sin studie at det å innføre en avvenningsprotokoll gir de erfarne sykepleierne mindre autonomi innen eget fagfelt, mens de med liten erfaring opplever å få større autonomi. De konkluderer med at det er nødvendig med en balanse mellom å la protokollen være en retningslinje i praksis og å la de mer erfarne få bruke sitt kliniske skjønn når det er nødvendig.

Da protokollen ble innført i avdelingen var det en av reaksjonene fra de erfarne at slik har vi alltid jobbet. Avvenningsprotokollen representerte derfor ikke ny kunnskap for mange. Å avvenne pasienter fra respirator er selvsagt noe som har vært gjort så lenge respiratorbehandling har funnet sted. De erfarne som har arbeidet med denne pasientgruppen gjenkjenner sin kunnskap i protokollen. Blackwood og Wilson-Barnett (2007) har utført en studie angående hvordan sykepleierstyrte protokoller influerer sykepleiepraksis. Det viste seg at for de mer erfarne var protokollen en del av deres praksis, den var allerede innarbeidet.

Sykepleiefaglig sett kan pasientene som er i bedring være krevende. Forskjellig erfaring vil vise seg når denne typen pasienter skal pleies. Et eksempel, som en av informantene beskriver, er pasienter som har vært lenge i avdelingen og som er i bedring. Hvis mange uerfarne har en pasient i denne fasen, så vil det ofte bety at han ikke kommer seg så fort, som hvis mer erfarne sykepleiere pleier ham. De mer erfarne intensivsykepleierne setter mer grenser for pasienten, de vet hva som skal til for at han skal komme seg. Erfaring gjør at det er lettere å se hva pasienten trenger for å komme seg. Å avpasse avtreningen avvenningen slik at pasienten ikke sliter seg ut, samtidig som han heller ikke stagnerer, er lettere å vurdere etter hvert som man har fått erfaring. En erfaren sykepleier vil ha et bedre grep om den kliniske situasjonen og vil være i stand til møte den aktuelle pasientens behov (Benner, 2004).

En av informantene har erfaring med at det var bedre for pasientene å komme opp i en stol ved siden av senga enn å sitte i et tilnærmet likt leie i en intensivseng. Hun var imidlertid bekymret for at tradisjonen var i ferd med å forsvinne. Protokollen fokuserer ikke på denne typen sykepleietiltak, men det er vanskelig å påstå at det har noen sammenheng med innføringen av den. Hun hadde opparbeidet seg en erfaring om forskjellen på det å la pasienten sitte i senga eller la ham sitte i en stol. Flynn og Sinclair (2005) har gjort en studie angående en protokoll for suging i endotrakeal tube. De diskuterer den standardiseringen evidensbasert sykepleie fører til i forhold til faglig skjønn og erfaring. De erfarne sykepleierne var bekymret for at bruk av protokollen vil gjøre at nye sykepleiere ikke ville opparbeide seg samme erfaring på grunn av protokollen. Dette er en parallell til informantens bekymring om at ikke kollegene skulle opparbeide seg erfaring med forskjellen på å la pasienten sitte i senga eller sitte oppe i en stol. Denne formen for mobilisering er ikke beskrevet i protokollen, men er viktig i forhold til at pasienten skal komme seg.

Avvenningsprotokollen er evidensbasert. I evidenshierarkiet vil den være på et høyt nivå. Egne kliniske erfaringer er på det laveste nivået i følge oversikten fra Hanssen og M. Nortvedt (2001). Andre presenterer evidenshierarki uten at egen klinisk erfaring er nevnt (Hamer og Collison, 2003). Erfaringsbasert kunnskap er viktig i følge Nortvedt et al. (2004), men de presiserer at den alltid må speiles mot forskning. Informantens erfaring med at pasientene kommer seg fortere når de har beina i golvet, de orienterer seg fortere enn når de ikke får denne stimuleringen. For informanten er dette evident

kunnskap. Eriksson og Nordman (2004) sier at evident innsikt vil si at det er meningsløst å tvile og at det evidente er av så grunnleggende natur at det ikke er mulig å forklare på en annen måte. En intensivsykepleier arbeider i det som kan kalles livsverden, hun arbeider konkret med pasientene og det er ikke mulig å speile alle handlingene opp mot forskning. Persepsjonens evidens sikter til erfaringen om den livsverden vi lever i. Men livsverden er det ikke mulig å få uttømmende kunnskap om (Martinsen, 2005). Å opparbeide seg erfaring er viktig for å kunne skjønne betydningen av forskjellige sykepleietiltak. Hvis man ikke opparbeider seg erfaring om en måte å arbeide på, vil man ikke vite forskjellen av virkningen av tiltakene. Holmes et al. (2006) er bekymret for at spesifikk sykepleiekunnskap vil forsvinne når sykepleierne i større grad bruker de samme forskningsstrategiene som medisinen. Evidensbasert sykepleie verdsetter meta-analyser og kontrollerte randomiserte forsøk høyest i forhold til effektmål (Nortvedt et al., 2004). Erfaringsbasert kunnskap har mindre tyngde, men blir likevel nevnt som viktig i såkalt kunnskapsbasert praksis, men forkjemperne har ikke klargjort hva som skal veie tyngst. De har heller utdypet hvordan det skal løses hvis evidens fra forskningslitteratur og erfaringskunnskap er inkommensurable. Det samme gjelder ved motstridende evidens.

Det vil alltid være en balansegang mellom det å ha erfaring og det å bruke ny kunnskap. Erfaringsbasert klinisk kunnskap og kompetanse innen omsorg må kombineres med statistiske data der det er aktuelt. Det er viktig at klinikeren står i en dialog med både erfaring og eventuelle statiske data eller mer abstrakte regler, som avvenningsprotokollen representerer (Benner et al., 1996). Gelsthorpe og Crocker (2004) mener at erfaring kan være grunnlagt på fordommer og at det kan ha uønskede effekter på pasientene. Erfaring er imidlertid ingen statisk egenskap. Den forandres og den er en del av det faglige skjønnnet. Nye situasjoner vil alltid bety noe nytt, ukjent og uforutsigbart. Fagkunnskapen er en del av det kliniske skjønnnet og er grunnlaget for hvordan sykepleieren tolker det som pågår i situasjonen (Martinsen, 1993). Informantene har blant annet fortalt hvordan erfaring komplementerer fagkunnskapen. Erfaring gir en trygghet i arbeidet med pasientene og det blir lettere å se helheten i situasjonen. Å opparbeide seg erfaring gjør også at det er lettere å se betydningen av forskjellige sykepleietiltak.

Forskjellig erfaring gir forskjellig praksis. Avvenningsprotokollen er en god hjelp for de mest uerfarne sykepleierne, mens de mer erfarne bruker den mer skjønnsmessig. Å få erfaring vil også si å vite hva som er best for at pasienten skal komme seg. De erfarne setter mer grenser for pasienten hvis det er nødvendig. En avvenningsprotokoll basert på medisinsk evidens vil ikke ta hensyn til at de som skal bruke den i praksis har forskjellig erfaring. Å innføre en protokoll kan bety at det settes fokus på et område i avdelingen. For noen vil det bety at ny kunnskap setter spørsmål med erfaringskunnskapen, andre vil få bekreftet sine erfaringer. Erfaring er ingen statisk egenskap.

5.4. Samarbeid med kolleger

Samarbeid med kolleger er svært viktig i følge informantene. En del av dette samarbeidet er organisert ved at en erfaren intensivsykepleier er ansvarshavende i den aktuelle avdelingen. Hun skal ha oversikt over alle pasientene, vite hvilke sykepleiere som er ansvarlige for den enkelte pasient og hvem som kan ta i mot ny pasient og liknende. Hun har som oppgave å være til støtte for hver enkelt person i avdelingen, i tillegg til å koordinere. Gelsthorpe og Crocker (2004) satt fokus på hva som er viktige faktorer når det gjelder å innføre sykepleierstyrte avvenningsprotokoller. De sykepleierne med minst erfaring støttet seg til andre sykepleiere, gjerne en erfaren ansvarshavende sykepleier. De mest erfarne ønsket støtte fra legene. Blackwood et al. (2004) konkluderer også med at en erfaren sykepleier bør ha et overordnet ansvar i avdelinger der avvenningsprotokoller introduseres.

Samarbeid er grunnleggende når det gjelder å ta hånd om pasienten. Informantene sier at de ofte diskuterer med andre intensivsykepleiere og leger om resultater fra blodgasser og andre vurderinger av pasienten. Det er ikke opp til den enkelte å trappe opp og ned på respiratorstøtten. Det skjer i et fagfellesskap. Når det gjelder å lære og avvenne en pasient fra respirator, så understreker flere informanter at samarbeid med andre kolleger er svært viktig. Intensivsykepleierne har ulik erfaring. De uerfarne lærer av de mer erfarne både som rollemodeller og i samtale. Benner et al. (1999) sier at klinisk tenkemåte og utøvelse av omsorg er et sosialt fenomen og det er en del av et kollektivt minne. Pasientens symptomer tolkes i et sosialt rom med kolleger. Intensivsykepleieren

må kunne beskrive små forandringer i pasienten tilstand til de andre i fellesskapet, slik at det er mulig å diskutere det.

En av informantene sier at protokollen er et ark, men den kliniske virkeligheten oppleves som noe annet og understreker at derfor er det viktig å spørre de andre om råd. Alle har sine styrker og svakheter, samarbeid er viktig. Vurderinger rundt det å avvenne en pasient fra respirator, læres først og fremst innen pleiefellesskapet i følge en annen av informantene. Å lære sykepleie til pasienter som ikke kan kommunisere, som er alvorlig syke, er eksempler på at erfaringsbasert kunnskap formidles videre til kolleger. Det å se hva tid en pasient som skal avannes fra respirator kan puste mer selv, er noe som ikke bare kan læres via teori. Benner et al. (1996) påpeker at noen sykepleiere er formidlere av kunnskap til andre. Forskjellige avdelinger kan ha ulikt syn på formidling av kunnskap. Noen plasser oppfattes kunnskap som den enkeltes eiendom, andre plasser er undervisning, støtte og samarbeid en selvfølge. Pasienten som skal avannes sees av flere og pleiefellesskapet brukes til å gjøre en felles overveielse av pasientens situasjon. Avvenning fra respirator er en komplisert prosess, hvor svaret ikke er gitt. Medskjønnere er viktig. Ved å dele erfaring blir felles erfaring en del av andres skjønn. Skjønnen løftes inn i kollektivet og blir diskutert av andre skjønnere. På denne måte kan skjønnen bli korrigert (Alvsvåg, 2002, Nortvedt og Grimen, 2004). Et godt pleiefellesskap kan være et sted hvor evne til å gi god omsorg utvikles (Benner, 2000).

Alle informantene forteller om et godt samarbeid i avdelingen. Det er et godt klima i avdelingen for å spørre hverandre, dette gjelder både leger og sykepleiere. Sykepleiekolleger og leger er viktige diskusjonspartnere når vurderinger av den enkelte pasienten skal gjøres. Avvenningsprotokollen er et eksempel på at ny kunnskap introduseres i avdelingen. Men denne kunnskapen skal brukes i forhold til en spesiell pasient. Utvikling av ekspertkunnskap er avhengig av det sosiale klimaet i en avdeling. Godt samarbeid, stabilt personale og det at sykepleierne vet hva de andre kan og hvem som kan stoles på er av betydning. Et praksisfellesskap er et kunnskapsområde med egne læreprosesser. Et fellesskap må imidlertid være åpent for ny kompetanse eller ny kunnskap (Benner et al., 1996).

Avvenningsprotokollen er et felles utgangspunkt for hvordan avtreningen fra respirator skal håndteres. Noen har lang erfaring og andre kort, men når de fleste bruker

protokollen som grunnlag for avvenningen, blir samarbeidet enklere i avdelingen. Flere av informantene understreket at det også er positivt for pasientene. Klinisk resonnement er en del av et kollektivt minne (Benner, 2000). Innføringen av avvenningsprotokollen blir en del av den kliniske tenkemåten i avdelingen. Når det felles erfaringsgrunnlaget mangler kan det bli vanskelig å samarbeide. Et eksempel, som en av informantene forteller om, var en lege som brukte andre prinsipper for avvenning enn det som er gjeldende praksis i avdelingen. Det var vanskelig for henne å forstå hva som lå bak det han gjorde og hun følte at de arbeidet i hver sin retning. Også Rose og Nelson (2006) understreker betydningen av et godt tverrfaglig samarbeid når det gjelder å innføre sykepleierstyrte avvenningsprotokoller. De presiserer at det er store forskjeller fra avdeling til avdeling når det gjelder faglig nivå, profesjonelle roller og skillelinjer. På en avdeling med høy standard på klinikerne og et godt tverrfaglig samarbeid, vil resultatene av det å innføre en avvenningsprotokoll være forskjellig fra avdelinger hvor det ikke er tilfelle. Et godt tverrfaglig samarbeid er viktig for at avvenningsprosessen skal lykkes, mangel på kommunikasjon kan føre til at den blir unødig forlenget (Hansen og Severinsson, 2007).

Flere av informantene sier at samarbeid med kolleger og leger er en viktig del av arbeidet, uansett erfaring. Protokollen oppleves som et medisinsk dokument som legene er ansvarlig for og derfor er et tett samarbeid med legene nødvendig. Det er intensivsykepleierne som er hos pasienten døgnet rundt og som må ta kliniske beslutninger ut fra aktuelle observasjoner. Informantene forteller at de diskuterer både med andre sykepleiere og med vakthavende leger. Intensivsykepleierne og legens arbeidsområde er til en viss grad overlappende (Larsen, 2006, Stubberud, 2005). Medisin kan også sees på som et tangerende eller til en viss grad overlappende praksisfellesskap (Lave og Wenger, 2003). Protokollen er en ordinasjon fra legen og kan skjule det ansvaret som sykepleierne har for å gjøre medisinske beslutninger. Sykepleie kan sees på som et underordnet eller støttefag til medisinen (Larsen, 2006). Sykepleiens oppgave kan også være å tilpasse den medisinske teoretiske vitenskapen til praksis (Dreyfus og Dreyfus, 1996). "King's evidens" er et begrep som sier at noen former for evidens har med maktstrukturer å gjøre. Personer med makt kan avgjøre hva som er evident kunnskap. "King's evidens" kan med andre ord både være positiv og negativ (Eriksson og Nordman, 2004). Avvenningsprotokollen er medisinsk evidens og den medisinske kunnskapen som er rangert høyere i evidenshierarkiet kan dermed bli

”King’s evidens” i negativ betydning, hvis den fortrenger sykepleiekunnskap innen det samme område (Holmes et al., 2006). Den vil være positiv hvis den kompletterer sykepleiekunnskapen.

Inntrykket jeg fikk fra informantene var det var et godt samarbeid og åpenhet i forhold til å spørre hverandre og diskutere. Protokollen er et dokument, den representerer medisinsk kunnskap som skal skjønnes inn i livsverden med en unik pasient. Sykepleierne skal i samarbeid med legene kunne anvende denne kunnskapen. Pleiefelleskapet og fagfellesskapet med legene er viktig når det gjelder å kunne utvikle kunnskapen. Det samme er medskjønnere når kliniske vurderinger skal gjøres. Det å bli i stand til å se på pasienten som en person kan også læres i pleiefellesskapet, med andre ord så læres moralsk handling i pleiefellesskapet. Validiteten av kunnskapen oppnås når flere erfarne skjønnere er enige og det oppnås en form for objektivitet. På denne måten opparbeides en felles perseptuell verden hvor det er mulig å møtes og forstå hverandre. Det er selvsagt også mulig at et fagfellesskap utvikler negative sider, noe som for eksempel kan vise seg ved at det gis dårlig pleie og at det er liten interesse for ny kunnskap (Benner, 2000).

Evidensbasert praksis fokuserer på at bruk av den såkalte beste og nyeste kunnskapen skal være utgangspunkt for praksis. Medisinsk evidens er teoretisk kunnskap. Avvenningsprotokollen er i utgangspunktet teoretisk kunnskap som skal brukes i praksis. Kunnskap kan noe forenklet deles inn i to tradisjoner, nemlig den teoretiske og den praktiske. Kunnskapsutviklingen i den praktiske tradisjonen skjer best i et fellesskap med andre som kolleger og pasienter. Kunnskap vil som regel bestå av både teoretisk og praktisk kunnskapstradisjoner (Molander, 1997). Flere av informantene understrekte at mye av kunnskapen når det gjelder avvenning fra respirator læres i samarbeid med andre i den aktuelle situasjonen. Samarbeidet og atmosfæren i avdelingen er viktig når det gjelder hvordan ny kunnskap tas i mot og hvordan den utvikles til praktisk kunnskap i avdelingen (Benner et al., 1996).

Definisjonene på evidensbasert praksis som er gjengitt i teorikapittelet sier lite om den sosiale konteksten som kunnskapen skal brukes i (Nortvedt og Hanssen, 2001). Det snakkes om individuell klinisk ekspertise som skal integreres med den beste tilgjengelige evidensen fra systematisk forskning. I evidenshierarkiene kommer evidens

basert på samarbeid som ekspertkomiteer og konsensusrapporter på det laveste nivået. Meta-analyser er som tidligere sagt på topp og de kan tolkes som en form for konsensus av flere forskere. Problemstillingen om hvordan intensivsykepleiere erfarer medisinsk evidens fokuserer på hva som skjer i den kliniske hverdagen. Her sier informantene blant annet at samarbeid med kolleger er viktig både som læring og for å se pasienten sammen med andre. Eriksson et al. (1999) vektlegger i liten grad samarbeid eller den sosiale konteksten i sitt evidensbegrep ut fra ”hodet-hjertet-hånden” modell. Benner et al. (1999, 1996) er derimot svært opptatt av den sosiale samhandlingen når det gjelder intensivsykepleie. Alvsvåg (2002) og Nortvedt og Grimen (2004) understreke også som tidligere nevnt betydningen av ”medskjønnere”.

Intensivavdelinger har mange ansatte og pasientene pleies og behandles i et fagfellesskap. Avvenningsprotokollen blir et felles utgangspunkt for felles praksis. Men evidensbasert praksis som er basert på forskningsresultater tar ikke hensyn til den sosiale dimensjonen når for eksempel en protokoll skal brukes. Det å se og vurdere hvordan en pasient puster, om han er i stand til å få mindre hjelp fra respiratoren, er noe som læres i fellesskapet. Ikke alle fagfellesskap vil være like åpne for ny kunnskap. Avvenningsprotokollen kan representere ”Kings evidens” hvis medisinsk kunnskap fortrenger sykepleiekunnskap på samme område.

5.5. Evidensbegrepet / oppsummering

Utgangspunktet mitt har vært å få vite hva som er god sykepleie i avvenningsfasen og hvordan medisinsk evidens erfares av sykepleierne. Avvenningen er med andre ord forstått som hele prosessen som pasienten går igjennom. Intensivsykepleierne er hos pasientene døgnet rundt og informantene har fortalt hva de mener er viktig i denne fasen.

Noe av den videre drøftingen vil ta utgangspunkt i Aristoteles kunnskapsformer som er presentert tidligere; epistemé, techné og phronesis (Aristoteles, 1996). Disse kunnskapsformene er forskjellige og de vil ha ulik relevans i forhold til ulike evidensformer. De er også viktige når det gjelder å utføre sykepleie. Epistemé er vitenskapelig kunnskap, den handler om de ting som ikke kan være annerledes og som er bevisbare. Kunnskapen er universell, den sier noe om det som alltid har forekommet

på samme måte. Naturvitenskapen er en del av denne kunnskapsformen (Jensen, 1990). Den metodiske gullstandarden vil være et eksempel på denne formen for kunnskap. Bevisbar kunnskap er et begrep som blir brukt i forbindelse med evidensbasert sykepleie (Nortvedt og Hanssen, 2001). Evidenshierarkiet setter denne kunnskapen høyest, i motsetning til Aristoteles som sier at den praktiske fornuften, phronesis er den mest grunnleggende (Martinsen, 1993). Avvenningsprotokollen kan kalles medisinsk evidens, bygd på bevisbar kunnskap. Informantene forteller at de ser på den som en viktig retningslinje, men at det er mange andre aspekter ved det å avvenne en pasient fra respirator som den ikke sier noe om. Dette gjelder sykepleie som utføres til pasientgruppen.

Techné er en annen av kunnskapsformene som Aristoteles beskriver. Håndverk er uttrykk for denne kunnskapen. Dyktighet innen techné kan beskrives med verbet å lage (Flaming, 2001). En intensivsykepleier utfører mye praktisk arbeid med en intensivpasient. Dette gjelder også pleien til pasienter som skal avvennes fra respirator. Et godt håndlag er viktig her. Å suge ekspektorat fra tube og svelg, det å snu pasienten på en god måte, stell av pasienten er eksempler på denne typen handlinger som må gjøres. Kjennetegnet ved techné er at atferden er forskjellig fra målet. Målet er at pasienten skal bli frisk eller i hvert fall overleve med minst mulig skader. Et annet mål er at pasienten skal kjenne minst mulig ubehag når han for eksempel endrer leie i senga. Sykepleie kan sees på som en form for praksis (Edwards, 2001, Kirkevold, 1996, Benner et al., 1999). En del av kunnskapsaspektet i sykepleie er det å mestre praktiske ferdigheter. Disse ferdighetene læres gjennom erfaring (Edwards, 2001). Informantene har fortalt om sykepleietiltak som er viktige å utføre. En del av disse har elementer av det håndverksmessige i seg. Et kjennetegn ved praktisk kunnskap er at den som har den kan bruke den. Teoretisk kunnskap kan være grunnlaget for handlingen, men den teoretiske kunnskapen må altså kunne anvendes (Molander, 1997). Avvenningsprotokollen har ingen verdi, hvis intensivsykepleieren ikke kan bruke den i praksis. Eriksson et al. (1999) inkluderer den handlende sykepleieren i sitt evidensbegrep. "Hodet-hjertet-hånden"-modellen er utgangspunktet for beskrivelsen av evidensbegrepet. Sykepleieren kan gjøre det gode med hendene for pasienten og sykepleie kan bli kunst. Praktisk kunnskap er evident i den forstand at utøveren kan utføre praktiske ferdigheter på en god måte (Edwards, 2001).

Phronesis er praktisk viten og er knyttet til etikken. Denne formen for klokskap brukes i situasjoner som kan være annerledes. Disse situasjonene er preget av at det partikulære viser seg og situasjonen kan ikke løses eller gripes ved bruk av universelle regler (Jensen, 1990). Overveielse er viktig i disse situasjonene. Phronesis er knyttet til etikken, fordi mennesket handler overfor andre mennesker. Et godt klinisk skjønn kan være en form for phronesis (Alvsvåg, 2002). Tidligere erfaring er også viktig (Vetlesen, 1998). Informantene har fortalt om hvordan de bruker skjønn i den praktiske hverdagen, hvordan de samhandler med pasientene, med andre intensivsykepleiere og leger. Et evidensbegrep som skal romme phronesis begrepet kan ikke være basert på gullstandarden. I sykepleiens primærevidens inngår både det teoretiske, det vitenskapelige, det praktiske eller sykepleiekunsten og det moralsk / etiske (Eriksson et al., 1999). Sykepleiens vesen og primærsubstans er grunnlaget for den ontologiske evidensen. Eller sagt med andre ord så er sykepleievitenskapen det grunnleggende for den ontologiske evidensen. Kontekstuell evidens er det som kommer til syne i pleiesituasjonen, dette kalles også klinisk evidens (Eriksson og Nordman, 2004). Å erstatte forskningsbasert kunnskap med phronesis vil åpne opp for en bredere epistemologi (Flaming, 2001). Husserls begrep om adekvat evidens er å ha innsikt i noe som ikke kan gjentas (Lübcke, 1983). Dette evidensbegrepet er også relevant i forhold til phronesis.

Evidensbegrepet kan tolkes på mange måter, men forkjempere for evidensbasert sykepleie har overtatt det medisinske evidensbegrepet (Nortvedt og Hanssen, 2001). Medisinsk evidens er basert på gullstandarden. Den går ut fra visse maktspill og maktvitensammenhenger (Boge og Martinsen, 2006). "King's evidens" er et uttrykk for maktstrukturer (Eriksson og Nordman, 2004). Medisinsk evidens er viktig for intensivsykepleiere, men den kan også være et uttrykk for makt. Denne type kunnskap kan få en status som gjør at andre sider ved sykepleien til pasienter som skal avvennes fra respirator blir usynliggjort (Holmes et al., 2006). Den kan bli noe selvfølgelig, som kan forsvinne fordi den ikke blir verdsatt og synliggjort.

Som jeg har påpekt i teorikapitlet så bruker forkjemperne for evidensbasert praksis kunnskapsbegrepet uten at det gjøres noen epistemologiske vurderinger (Nortvedt og Hanssen, 2001). Tarlier (2005) sier at det mangler en epistemologisk og begrepsmessig klarhet om evidensbegrepet. Hun påpeker at noen forfattere har et så bredt

evidensbegrep at det meste blir evident, andre har en snevrere betydning jfr. evidenshierarkiet. Det er nødvendig å definere både hva som legges i evidens- og kunnskapsbegrepet. Videre sier hun at å forstå sykepleie som praksis er grunnleggende. Å beskrive sykepleie som praksis betyr at kunnskap, personlige egenskaper og den moralske dimensjonen kommer til syne (Edwards, 2001). Et for snevert evidensbegrep kan gi svar på en del viktige spørsmål for intensivsykepleieren, men det vil samtidig snevre inn det sykepleiens fagfelt.

I teorikapitlet har jeg presentert hva som legges i klinisk eller faglig skjønn. Det samme gjelder Eriksson et al. (1999, 2004) framstilling av evidensbegrepet. Disse begrepene er brukt fortløpende i drøftingen over. Det faglige skjønnnet består av både teoretisk og praktisk kunnskap (Martinsen, 1993). Det viser seg ved at den handlende sykepleieren har kunnskap om hvorfor noe skal gjøres, er i stand til å handle og å utføre de riktige handlingene. Den aristoteliske phronesis kunnskapen er grunnlaget for det gode kliniske skjønnnet. Skjønnnet brukes i de situasjonene er foranderlige, hvor den opplagte handlingen ikke er gitt (Alvsvåg, 2002). Eriksson et al. beskriver evidensbegrepet ut fra "hodet-hjertet-hånden"-modellen. Hodet står for å kunne tenke teoretisk, hjerte henviser til det etiske og hånden til den handlende sykepleieren. På mange måter likner begrepet klinisk skjønn slik det blir utlagt av teoretikere som Kari Martinsen, Herdis Alvsvåg og Patricia Benner på evidensbegrepet slik Katie Eriksson et al (1999) utlegger det. Eriksson et al. (1999) sier at det sannhetslike, det skjønnne og det gode er evident. Dette har jeg ikke tatt med i presentasjonen av teorien eller i den videre drøftingen. Men det kan tolkes som at disse forfatterne i større grad støtter seg til Platon, mens de andre som er nevnt som sagt støtter seg til Aristoteles når det gjelder tolkningen av begrepene. Dette kan tyde på forskjellige epistemologiske posisjoner, men det vil gå utover denne oppgavens omfang å gå nærmere inn på dette. I alle fall så representerer begge disse tilnærmingene til praksis et alternativ til evidensbasert praksis, slik for eksempel M. Nortvedt og Hanssen har presentert det i sine artikler (Hanssen og Nortvedt, 2001, Nortvedt og Hanssen, 2001).

Jeg har brukt referanser til tidligere forskning i drøftingen, jeg vil likevel si noe om mine funn i forhold til de artiklene som jeg har benyttet. Manias og Street (2000) har et litt annet perspektiv på sin studie siden de bruker Foucault som teoretisk bakgrunn. Jeg har ikke sett på maktperspektivet. Forfatterne påpeker at protokollen kan hemme

praksis. Informantene i min studie bekreftet ikke dette. De brukte den med skjønn og den var et grunnlag for samarbeidet i avdelingen. Dette funnet er i tråd med Manias og Street (2000) som sier at protokollen er et utgangspunkt for diskusjoner og for å få en akseptabel standard i avdelingen.

Flynn og Sinclair (2000) er bekymret for at evidensbasert praksis vil føre til en standardisering av praksis og at det av og til kan være direkte farlig for pasienten å følge protokollen. Sykepleierne de intervjuet tok avgjørelser som gikk ut over den aktuelle protokollen. Informantene jeg intervjuet fulgte ikke protokollen slavisk, men de gjorde det som regel i samråd med andre. Flynn og Sinclair sin artikkel tar utgangspunkt i suging i endotrakeal tube. Dette er en prosedyre som kan være nødvendig å utføre raskt, det er ikke alltid mulig å diskutere med andre hvis pasienten har mye ekspektorat. Avvenning er en prosess som foregår langsommere og det er ikke alltid nødvendig å gjøre forandringer akutt. Et av funnene deres er at de erfarne sykepleierne er bekymret for at de som er mindre erfarne ikke skal opparbeide samme erfaring om prosedyren. Som tidligere nevnt så var en informantene bekymret for at sykepleietiltaket med å mobilisere pasienten opp i stol var i ferd med å forsvinne. Hun mente det var viktig å opparbeide seg erfaring for å kunne vurdere forskjellige tiltak.

Blackwood og Wilson-Barnett (2007) sier at innføring av protokoll er viktigst for de minst erfarne og at den allerede var innarbeidet av de erfarne. Dette er i samsvar med mine funn. Gelsthorpe og Crocker (2004) har også funnet en del som samsvarer med mine funn. Blant annet at sykepleierne var opptatt av patofysiologiske faktorer og at samarbeid med kolleger var viktig. God kommunikasjon mellom leger og sykepleiere vektlegges i to andre artikler, nemlig Rose og Nelson (2006) og Hansen og Severinsson (2007). Dette samsvarer også med mine funn. Informantene beskriver at samarbeid både mellom sykepleiere og leger er viktig. Blackwood (2000) beskriver hva som er viktig i forhold til pasientene som skal avvennes fra respirator. At intensivsykepleierne er til stede og forsøker å formidle trygghet er noe av det som nevnes som viktig. Sykepleierne er hos pasienten 24 timer i døgnet og det er de som gjør mange av vurderingene i forhold til avvenning. Pasienten må klare å få et positivt selvbilde. Mine funn samsvarer også med dette. Informantene beskriver blant annet at å kommunisere med pasienten er viktig for at de skal komme videre i prosessen.

Som det kommer fram ovenfor så samsvarer mange av mine funn med tidligere forskning. Det som er nytt med min studie er imidlertid å problematisere hva avvenningsprotokollen sier om sykepleie. Protokollen brukes som et eksempel på evidensbasert praksis. Jeg har også vist i drøftingen over at forskjellige evidensbegrep vil ha ulike konsekvenser for praksis. Som tidligere nevnt så er det bare Manias og Street (2000) og Flynn og Sinclair (2005) som problematiserer bruken av protokollen. Flynn og Sinclair (2005) problematiserer bruk av protokollen som et eksempel på evidensbasert praksis. Noen av mine funn kan oppsummeres slik at informantene ikke oppfatter protokollen som sykepleie. Sykepleie går ut over det som protokollen beskriver, samtidig er den et hjelpemiddel i arbeidet. Medisinsk kunnskap er viktig, samtidig som informantene har klare meninger om at sykepleie er noe annet enn den medisinske kunnskapen som ligger til grunn for protokollen.

Haugdahl (2004) konkluderer i sin hovedfagsoppgave om intensivsykepleieres kompetanse i forhold til respiratoravvenning at protokoller kan fungere som et referansepunkt som kan gi bedre faglig forståelse. Mitt funn er at den også er et godt utgangspunkt for samarbeid om den felles pasienten. Hun bruker ikke evidensbegrepet i denne oppgaven. Faglig skjønn på operasjonsavdelingen er utgangspunktet i Dåvøy (2005) sin mastergradsoppgave. Hun konkluderer blant annet med at faglig skjønn er viktig for å bruke ulike kunnskapsformer på en kreativ måte. Evidensbegrepet forstått på en snever måte kan stenge for faglig skjønn. Dette er noe av det samme som jeg kan konkludere med.

Da jeg innledningsvis presenterte tidligere forskning sa jeg også hva de forskjellige forfatterne sa om evidens. De fleste bruker i betydningen vitenskapelig bevis og uten å problematisere det. Det samme gjelder i forhold til bruk av protokollen som et eksempel på evidensbasert praksis, det problematiseres ikke. Det kan tolkes at de er positive til både evidensbasert praksis og til bruk av protokoller. I to av artiklene er imidlertid legene mer skeptiske til innføringen av protokoller og ønsker å bruke mer skjønn (Plost og Nelson, 2007, Blackwood et al., 2004). Det kan bety at sykepleierne synes at arbeidet går lettere når de har faste retningslinjer og at ikke hver lege gjør ting på sin måte. Legene som Blackwood et al., (2004) er blant annet bekymret for at noen sykepleiere ikke er erfarne nok til å håndtere en avvenningsprotokoll. Den kan ikke brukes på kompliserte pasienter. Protokollen oppfattes som rigid og lite egnet til å si noe

om de mer abstrakte sidene ved avvenning. Å bruke skjønn forutsetter erfaring og mange leger vil gjøre skjønnsmessige vurderinger. Medisinsk evidens brukes med skjønn også av legene. Mine egne funn peker i retning av at informantene brukte protokollen med skjønn, men at den var en retningslinje for arbeidet. Den var også grunnlag for samarbeid mellom profesjonene.

Patricia Benner sin teori er blitt sentral i denne oppgaven. Den var også brukt under forberedelsene til oppgaven. Jeg har tidligere påpekt at empirien gjorde at er det andre deler av teorien som har blitt viktig under arbeidet med oppgaven. Funnene mine bekrefter i stor grad teorien. Jeg har nå drøftet funn i forhold til den teorien jeg har valgt. I det siste kapittelet vil det blant annet bli en kort diskusjonsdel, kritikk av eget arbeid, konsekvenser for praksis og noen forslag til videre forskning.

6. AVSLUTNING

I dette kapittelet vil det først komme en diskusjon om funnenes betydning i forhold til problemstillingen. Validitet og reliabilitet vil bli drøftet i forhold til egen studie. Studiens konsekvenser for praksis vil bli tatt opp. Til slutt kommer noen momenter for eventuell videre forskning og så en konklusjon.

6.1. Diskusjon

Forskningsspørsmålet i denne studien har vært hvordan intensivsykepleiere erfarer en avvenningsprotokoll som er basert på medisinsk evidens. Forholdet mellom hva som er spesifikk sykepleiekunnskap og hva som er medisinsk kunnskap har derfor vært sentralt.

Informantene gir tydelig uttrykk for at de skiller mellom sykepleiekunnskap og medisinsk kunnskap, samtidig som de beskriver at medisinsk kunnskap er noe de brukte aktivt. De sier også at protokollen er tverrfaglig og representerer en delegert oppgave fra legene. Intensivsykepleie er grunnlaget for å forstå og kunne bruke protokollen. En videreutdanning innen intensivsykepleie innebærer blant annet å få mer medisinsk kunnskap, noe som informantene understreker er viktig for å kunne ivareta pasienten best mulig. Protokollen representerer medisinsk evidens, den blir brukt av flere profesjoner. Den medisinske kunnskapsbasen blir altså ikke bare brukt av legene. Den er også en del av sykepleiernes kunnskapsgrunnlag.

Evidensbegrepet er sentralt i problemstillingen og jeg har tidligere redegjort for ulike måter å forstå dette begrepet på. Evidensbegrepet vil på ulike måter være knyttet til kunnskapsbegrepet. Omskrivingen til kunnskapsbasert praksis er et eksempel på dette. Protokollen er brukt som et eksempel på evidensbasert praksis, den tar utgangspunkt i medisinske parameter. Den fungerer som evidens for informantene i den grad at den sier noe om en liten del av det som de oppfatter som sykepleie til pasientgruppen. Samtidig sier de at det er mange sider ved sykepleien til pasientgruppen som den ikke sier noe om. Medisinsk evidens er en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for intensivsykepleiere, men blir denne typen evidens vektlagt for mye, kan den kunne fortrenge andre former for sykepleiekunnskap. Avvenningsprotokollen gjør det lettere for de minst erfarne å forstå noe av prosessen, mens andre sider ved det å avvenne pasienter læres både

gjennom å opparbeide seg erfaring og ved å samarbeide med andre kolleger. Avvenningsprotokollen er et felles utgangspunkt for samarbeid og det letter en del av arbeidet.

Evidensbegrepet kan tolkes på mange måter og hva som legges i det vil ha betydning for praksis. Klinisk skjønn er en annen måte å forstå hvordan for eksempel en intensivsykepleier arbeider i aktuelle situasjoner i praksis. Dette begrepet omfatter både fagkunnskap, erfaring og konteksten hvor praksisen utføres. Dermed ivaretas den delen av sykepleiers fagkunnskap som er vitenskapelig kunnskap og annen fagkunnskap. Men den personen som utfører handlingen er viktig og hvordan den utføres i forhold til pasienten. Utøverens handlinger er rettet mot en annen person. Den moralske dimensjonen er en del av det kliniske skjønn. Erfaring blir en viktig del av kunnskapsgrunnet når sykepleie utøves. Noen evidensbegrep er snevre og det er vanskelig å se at de ivaretar disse aspektene. Imidlertid vil evidensbegrepet som bygger på "hodet-hjertet-hånden"-modellen ivareta den samme helheten som begrepet klinisk skjønn.

Å bruke skjønn kan være en motsetning til det å arbeide etter protokoller. Den kliniske hverdagen er ikke alltid like forutsigbar, som det en protokoll gir uttrykk for. Dette beskriver blant annet en av informantene da hun sier at hun visste hvordan ting skulle være etter å ha tatt videreutdanning i intensivsykepleie. Likevel så responderte ikke den aktuelle pasienten slik som hun forventet han skulle. Flere informanter understreker at når de bruker protokollen benytter de skjønnsmessige vurderinger i tillegg.

Evidensbasert praksis grunnet på den metodiske gullstandarden vil gi verdifull kunnskap til praksisfeltet, men praksis i seg selv er ikke så eksakt som vitenskapen. Jeg har redegjort for hvordan både sykepleie og medisin kan forstås som praktiske disipliner, fordi praksis omfatter mer enn det rent vitenskapelige. Vitenskapelig kunnskap skal brukes i forhold til en enkelt pasient som ikke bare kan oppfattes ut i fra allmenngyldig kunnskap. Både innen medisin og sykepleie er det nødvendig å kunne gjøre både kliniske og etiske vurderinger.

En protokoll kan ikke ivareta helheten og det er kanskje ikke meningen at den skal gjøre det heller. På intensivavdelinger kan der finnes flere protokoller som for eksempel i forhold til opptrapping av enteral ernæring og regulering av blodsukker med insulin.

Disse retningslinjene gjør at sykepleierne kan håndtere en del prosedyrer / behandling som legene har ansvar for i forhold oppsatte retningslinjer. Avvenningsprotokollen er spesiell i og med at den brukes i en fase som kan være langvarig og hvor andre tiltak også har stor betydning. Den kan selvsagt ikke inneholde alt som er aktuelt i en avvenningsfase. Innføring av en protokoll kan bety at det settes fokus på den delen av avvenningsprosessen som beskrives. Det kan imidlertid bety at andre sider ved avvenningen kommer mindre i fokus og dermed kan viktig sykepleiekunnskap bli oversett. Funnene peker i retning av at teori basert på klinisk skjønn i større grad enn evidensbasert praksis får fram kompleksiteten i praksis. Avvenningsprosessen er komplisert. Medisinsk evidens er viktig i forhold til en del av kunnskapsgrunnet som er nødvendig for intensivsykepleierne, men den kan ikke gi kunnskap om andre deler av prosessen.

6.2. Kritikk av eget arbeid

Malterud (1996) definerer å validere som å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet; hva er den gyldig om og under hvilke betingelser. Er metoden som er brukt relevant for å få kunnskap som kan belyse problemstillingen. Det kvalitative forskningsintervjuet har gitt gode beskrivelser av hvordan intensivsykepleiere erfarer medisinsk evidens. Jeg mener at informantenes beretninger viser kompleksiteten i praksis og at en kvalitativ tilnærming har gitt relevant innsikt om forskningsspørsmålet. Kvalitativ metode har imidlertid begrensinger når det gjelder generaliserbarhet (Kvale, 1997). Antallet informanter er lavt og at de som i mitt tilfelle ikke er randomisert. Det kan derfor være vanskelig å si at funnene i en kvalitativ studie sier noe allmenngyldig i forhold til problemstillingen. Funnene kan imidlertid sammenliknes med tidligere forskning. Det er blitt gjort i kapittel 5, drøfting av data.

Hva gir funnene gyldig kunnskap om er et annet relevant spørsmål i forhold til validiteten av studien. Forskningsspørsmålet tar utgangspunkt i intensivsykepleieres erfaring og i evidensbegrepet. Jeg håper at studien gir en ny innsikt i at evidensbegrepet kan tolkes på flere måter og at det vil gi ulike konsekvenser for praksis.

Malterud (1996) sier videre at spørsmålet om relevans må stilles til punktene nedenfor:

- Til formuleringen av problemstilling (var det faktisk dette jeg lurte på?):

Dekker problemstillingen det aktuelle problemområdet eller kunne den aktuelle problemstillingen vært bedre formulert? Problemstillingen har dekket problemområdet, som kan formuleres slik: hva sier en avvenningsprotokoll som er basert på medisinsk evidens om intensivsykepleie. Jeg ønsket å undersøke i hvilken grad denne formen for kunnskap er dekkende for sykepleien til pasienter som skal avvennes fra respirator og jeg mener at jeg har fått belyst problemstillingen. Den ble omformulert en gang og det var sent i prosessen. Den nye problemstillingen dekker det samme problemområde.

- Til utvalget:

Var de sykepleierne som jeg intervjuet de beste informantene, eller har jeg oversett andre som kunne ha gitt bedre informasjon? Jeg valgte å utføre intervjuene på en avdeling hvor jeg ikke var kjent. Jeg hadde ingen innflytelse på sammensetningen av utvalget, bortsett fra at jeg ønsket at det skulle være intensivsykepleiere med ca 2 års erfaring. Jeg fikk et godt datamateriale på grunnlag av de intervjuene jeg gjennomførte. Det er mulig at andre informanter hadde vektlagt andre sider av spørsmålene jeg stilte. På en del punkter var informantene nokså samstemte, men det er mulig at ved å sette sammen et utvalg fra forskjellige avdelinger, så ville det ha blitt en større bredde i resultatet.

- Datainnsamlingen:

Ble intervjuene gjennomført på en tilfredsstillende måte? Det var første gangen at jeg har utført kvalitative forskningsintervju. Jeg var en novise i situasjonen og var bundet til intervjuguiden, særlig under de første intervjuene. Intervjuene kunne av den grunn vært bedre gjennomført med bedre oppfølgingsspørsmål. Etter hvert som jeg ble mer øvet, ble jeg mer uavhengig av den og intervjuene gikk bedre. Det er mulig at fokusgruppeintervju ville gitt verdifull informasjon om samme tema. Gruppedynamikk i en gruppe kan imidlertid føre til at medlemmene blir konforme. Av praktiske grunner vil det være vanskelig å utføre fokusgruppeintervju, siden jeg foretok intervjuene i en annen by enn der jeg bor. Det ville ha vært vanskelig å få en moderator. En annen mulighet ville ha vært (deltakende) observasjon i stedet for eller i tillegg til intervjuene. Det ville nok ha gitt god informasjon, men observasjon ble likevel valgt bort på grunn av tidsrammen.

- Teoretisk referanseramme:

Fins det andre teorier som ville ha belyst problemstillingen bedre? Som tidligere sagt så ble det benyttet teori under forberedelsen av oppgaven, slik at intervjuguide og intervju ble utført med en viss innflytelse av teori. Etter at analysen var utført, ble det nødvendig å utvide det teoretiske perspektivet. Det har vært en stadig vekselvirkning mellom empiri og teori. Jeg har brukt forskjellige teoretiske innfallsvinkler, som forskjellige innfallsvinkler til evidensbegrepet, kunnskap og klinisk skjønn. Når det gjelder evidensdebatten har jeg holdt meg innen den diskursen som har foregått i Norden, men noen engelskspråklige forfattere er også brukt. Teorien jeg har brukt om kunnskap er stort sett basert på Aristoteles kunnskapsteori. Også her ville det ha vært mulig å utvide perspektivet, for eksempel ved å se på de forskjellige epistemologiske posisjonene som de forskjellige tilnærmingene til evidensspørsmålet har. Men jeg mener at dette også går utover rammen til denne oppgaven. Jeg har brukt sykepleieteoretikere som Kari Martinsen, Herdis Alvsvåg og Patricia Benner. Empirien er praksisnær og funnene har pekt mot disse teoretikerne. Det har gitt oppgaven en tydelig sykepleiefaglig profil. Andre aktuelle teoretiske innfallsvinkler vil bli nevnt under punktet om videre forskning.

- Analysestrategien:

Er analysen utført på en tilfredsstillende måte eller er det momenter som er oversett? Det er første gangen jeg gjør et forskningsarbeid, så det er mulig at noe er oversett. Men datamaterialet er analysert etter beste evne.

- Presentasjonsformen:

Er den kunnskapen formidlet på en slik måte at den er tilgjengelig for andre? Dette kan også kalles kommunikativ validitet. Forskerens evne til å formidle forskningen sin påvirker den gyldigheten kunnskapen får. Dette gjelder både prosessen, resultater og konklusjoner. Presentasjonsformen er en monografi. En artikkel ville kanskje ha formidlet resultatene på en mer tilgjengelig måte, men det er mulig å skrive minst en artikkel på grunnlag av monografien.

Jeg har tidligere begrunnet hvorfor jeg har valgt en kvalitativ metode. Det er imidlertid flere måter å bruke kvalitativ metode på. Grounded theory vil si å gå inn i et felt uten å bruk av teori for så å utvikle teori på grunnlag av datamaterialet (Polit og Beck, 2004). Jeg valgte å gå på et felt som jeg har erfaring med. Det hadde vært vanskelig å gå inn på

et så pass kjent område uten teori. Problemstillingen er blant annet rettet mot evidensbegrepet, et begrep som er teoretisk.

Malterud (1996) påpeker at reliabilitet er et nødvendig vilkår for validitet. Reliabilitet betyr at de funnene og tolkningene forskeren presenterer er basert på de empiriske dataene. Det er viktig at dataene er av god kvalitet. Forskeren må redegjøre for hva som er datamaterialet og hva som er tolkninger. Dette har blitt redegjort i henholdsvis kapittel 4, hvor funnene er presentert, mens tolkningen i forhold til teori er gjort i kapittel 5. I studien har jeg gjort en strukturell analyse basert på de kvalitative intervjuene som er grunnlaget for studien og funnene er presentert uten teoretisk tolking. Tolking vil alltid være preget av egen førforståelse og teoretisk referanseramme. Tolking og drøfting av data er gjort i kapittel 5. Her er aktuell teori brukt i forhold til datamaterialet. Kritisk refleksjon er nødvendig gjennom hele prosessen hvis kunnskapen skal være pålitelig. Jeg har etter beste evne vært kritisk i forhold til egen forforståelse, ved bruk av teori, ved tolking og drøfting av datamaterialet.

6.3. Konsekvenser for praksis

Malterud (1996) beskriver også pragmatisk validitet, det vil si brukbarhet; kan kunnskapen brukes til noe? Vil studien være nyttig for intensivsykepleiere som arbeider med pasienter som skal avventes respirator? Jeg håper at studien skal gjøre intensivsykepleiere mer bevisst i forhold til eget fag, medisinsk kunnskap og hva som ligger til grunn for de forskjellige måter å forstå evidens på. Vil studien kunne si noe nytt eller i det minste utdype et begrep om evidens i den aktuelle sammenhengen? Studien sier kanskje ikke noe nytt om evidensbegrepet, men begrepet er gjennomgått på en kritisk måte. De forskjellige måter å definere begrepet på er satt opp mot hverandre. Jeg håper at studien vil belyse evidensbegrepet inn i en klinisk hverdag.

Evidensbasert praksis eller omskrivingen til kunnskapsbasert praksis har blitt mer populært i norske sykehus. Jeg har tidligere påpekt at tilhengerne av evidensbasert praksis i liten grad har redegjort for sitt syn på kunnskap. Det samme gjelder hvis det er motstridende vitenskaplig evidens eller hvis funn fra forskningsartikler, erfaring og pasientens ønsker er inkommensurable. Et annet problem er at effektmål fra

randomiserte kontrollerte studier vil ha forrang, samtidig som denne forskningsmetoden ikke alltid vil gi gode svar til sykepleien. Mye av kunnskapen som sykepleierne bruker er lavt i evidenshierarkiet og det vil være vanskelig å kvantifisere denne kunnskapen. Det kan likevel være viktig å bruke evidensbasert kunnskap, så lenge den ikke fortrenger annen sykepleiekunnskap. Funnene viser at det er mange aspekter som er betydningsfulle i en avvenningsprosess. Det er viktig at når en avdeling vil forbedre praksis at såkalt evidensbasert kunnskap er en av flere innfallsvinkler til ny kunnskap. Det kan være like viktig å ta vare på og utvikle den allerede eksisterende sykepleiekunnskapen i avdelingen. Samarbeidet og det sosiale miljøet i avdelingen er viktige premisser for hvordan kunnskapen i avdelingen blir formidlet og brukt til det beste for pasientene. Disse faktorene kan virke både i negativ og positiv retning. Det samme gjelder for den generelle kompetansen i avdelingen. Innføring av avvenningsprotokoll vil ikke bety det samme i en avdeling med mange erfarne intensivsykepleiere som i en avdeling med stor turn-over.

Jeg håper at denne studien vil gjøre at flere nærmer seg evidensbegrepet med en større nysgjerrighet og med kritiske spørsmål om hva som er evidens i praksis. Jeg håper også at jeg har formidlet at det er flere evidensbegrep som er aktuelle og at de forskjellige måtene å tolke det på vil ha betydning for det som kalles evidens i praksis. Begrepet om klinisk eller faglig skjønn har kvaliteter som tar med helheten og konteksten i praksis.

6.4. Videre forskning

Evidensbegrepet kan utforskes videre med en mer epistemologisk vurdering av de ulike utlegningene av begrepet og posisjonene til de forskjellige aktørene i debatten. Dette vil være en mer teoretisk tilgang til problemstillingen.

Det kan også være aktuelt å bruke andre teoretiske tilganger til emne enn de som er valgt til denne studien. Jeg har i teorikapittelet referert til Boge og Martinsen (2004) som sier at den evidensbaserte medisinen utgår fra visse maktpill og maktvitensammenhenger. Dette kunne være en annen tilnærming for videre forskning med for eksempel utgangspunkt i Michel Foucault sin filosofi. Makt og kunnskap utgjør sammen en spesiell form for individualiserende kunnskap. På denne måten knyttes menneskets identitet til kunnskapsmakten (Martinsen, 2003a). Foucault ønsker å forstå

hvilke forutsetninger som gjør at noen måter å organisere og ordne praksis på et gitt tidspunkt er akseptable. Praksis vil alltid være fulgt av visse fornufts-regimer som bestemmer atferden. De utgjør en fornuft som gir virkning i virkeligheten, men ikke alltid den som var ønsket (Beedholm, 2003). Forholdet mellom intensivsykepleie og medisin kunne bli sett på med et perspektiv fra Foucaults tenkning.

Andre filosofiske tilnærminger kan være å gå inn i språkfilosofien og for eksempel bruke Ludwig Wittgenstein. I følge Moro (2003) framstiller den tidlige Wittgensteins verk, *Tractatus*, at det språket vi gjengir virkeligheten med i stor grad beskriver fysiske fenomener. De eksakte vitenskapene har et objektivt språk. Spørsmål om etikk, moral og meningen med livet vil falle utenfor grensene til det deskriptive språket. *Tractatus* ender som kjent med det berømte utsagnet: Om det man ikke kan tale må man tie. Moro (2003) hevder at formålet med denne teksten er å trekke grensene mellom det subjektive og det objektive, mellom vitenskap og etikk. Avvenningsprotokollen er et eksempel på et objektivt vitenskapelig språk, mens den skal brukes i livsverden hvor det subjektive og det etiske også må tas hensyn til. Wittgenstein underordner vitenskapelige og epistemologiske spørsmål i forhold til problemer som angår moralsk praksis. Vitenskapelig framskritt er for Wittgenstein først og fremst et mangfold av nye og gamle meninger som blir side- og likestilt som kilder for ny innsikt. Vitenskap som har som formål å søke etter mest mulig generelle forklaringer, betrakter Wittgenstein som lite interessant: "Vitenskapen er et middel til å få (mennesket) til å sovne inn igjen". Undring er derimot fruktbart (Åmås, 2000, s. 50).

Avvenningsprotokollen representerer et felles utgangspunkt for hvordan en del av avvenningsprosessen skal gjennomføres. For tiden arbeider jeg på en nyfødt intensivavdeling. Der er avvenning fra CPAP aktuelt. Det er ingen faste retningslinjer og det er til dels ulik oppfatning av hvilken måte avvenningen skal skje på. Dette er frustrerende, fordi avvenningsstrategien kan variere fra dag til dag på samme pasient. Det kan derfor være aktuelt å gjøre en studie om hvordan leger og sykepleiere opplever og mener at avvenningen fra CPAP skjer. Det kan eventuelt utvikles felles retningslinjer.

6.5. Konklusjon

Evidensbasert praksis er aktuelt. Resultater og funn fra forskningslitteraturen skal brukes i praksis. I denne studien er en avvenningsprotokoll for respiratorpasienter brukt som et eksempel på evidensbasert praksis. En avvenningsprosess er et samarbeid mellom pasienten, sykepleieren og legen. Her er det først og fremst intensivsykepleierne som har vært i fokus.

Funnene viser blant annet at informantene mener at avvenningsprotokollen er nyttig som et felles utgangspunkt for avvenningsprosessen, men at den i liten grad sier noe om sykepleie til den aktuelle pasientgruppen. Sykepleie beskrives som noe annet enn avvenningsprotokollen. Det nevnes flere aktuelle sykepleietiltak, som for eksempel mobilisering, vurderinger i forhold til respirasjon og leiendring. Andre viktige funn er at å få pasienten med på avtreningen er avgjørende, god kommunikasjon er av stor betydning. Å få erfaring gjør det lettere å håndtere situasjoner med avvenningspasientene. Utøvelse av sykepleie foregår i et praksisfellesskap. Forskjellig erfaring gir ulik praksis. Sykepleie til pasientgruppen læres i stor grad sammen med andre kolleger og ved å opparbeide seg erfaring. Samarbeid med andre sykepleiere og leger er grunnleggende for at pasientene skal bli ivaretatt best mulig.

Avvenningsprotokollen er brukt som et eksempel på medisinsk evidens, den representerer den evidensbaserte kunnskapen. Denne form for evidens er viktig som grunnlag for en del av praksis. Som sagt over så viser funnene at avvenningsprotokollen i liten grad sier noe om sykepleie til pasientgruppen. Problemstillingen spør om hvordan intensivsykepleiere erfarer avvenningsprotokollen som er bygd på medisinsk evidens. Jeg mener at drøftingen viser at funnene peker mot at begrepet om klinisk skjønn og evidensbegrepet ut fra "hodet-hjertet-hånden"-modellen gir et bedre grunnlag for forståelsen av praksis, hvilke kunnskapstyper som gjelder i praksis og hvordan den brukes. Begrepet om klinisk skjønn omfatter fagkunnskap og vitenskapelige kunnskap er en del av den. Samtidig er erfaring og konteksten hvor skjønn utøves også ivaretatt. Samtidig så vil den moralske dimensjonen ved å utføre sykepleie være ivaretatt. Dermed blir det en tilnærming til praksis som i større grad ivaretar kompleksiteten i det å utøve intensivsykepleie til pasienter som skal avvennes fra respirator.

En protokoll kan ikke ivareta helheten av en avvenningsprosess. Avvenningsprotokollen brukes i en fase som kan være langvarig og hvor andre tiltak også har stor betydning. Den kan selvsagt ikke inneholde alt som er aktuelt i en avvenningsfase. Innføring av en protokoll kan bety at det settes fokus på den delen av avvenningsprosessen som beskrives. Som sagt er det medisinsk kunnskap. Det kan imidlertid bety at andre sider ved avvenningen kommer mindre i fokus og dermed kan viktig sykepleiekunnskap bli oversett. Funnene peker i retning av at teori basert på klinisk skjønn i større grad enn evidensbasert praksis får fram kompleksiteten i praksis. Avvenningsprosessen er komplisert. Medisinsk evidens er viktig i forhold til en del av kunnskapsgrunlaget som er nødvendig for intensivsykepleierne, men den kan ikke gi kunnskap om andre deler av prosessen.

Referanser

- ALVSVÅG, H. (1993) Det gode blikket og de gode hendene. I: *Den omtensomme sykepleier*. Oslo, Tano.
- ALVSVÅG, H. (1997) *Sykepleie - mellom vitenskap og pasient*, Bergen, Fagbokforlaget.
- ALVSVÅG, H. (2002) Klinisk skjønn. I: BJØRK, I. T., HELSETH, S. & NORTVEDT, F. (Red.) *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- ARISTOTELES (1996) *Etikk*, Oslo, Gyldendal.
- AUSTGARD, K. (2004) Hva er en erfaring? *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 2, s. 3-13.
- BAKKELUND, J. & THORSEN, B. H. (2005) Lungesvikt. I: GULBRANDSEN, T. S. D.-G. (Red.) *Intensivsykepleie*. Oslo, Akribe.
- BEEDHOLM, K. (2003) *Forandring og trøghed i den sygeplejefaglige diskurs*, København, Københavns Universitet.
- BENGTSSON, J. (1999) *Med livsvärlden som grund: bidrag till utvecklandet av en livsvärldsfenomenologisk ansats i pedagogisk forskning*, Lund, Studentlitteratur.
- BENNER, P. (2000) The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 1, s. 5-19.
- BENNER, P. (2004) Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgement in nursing practice and education. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24, s. 188-199.
- BENNER, P., STANNARD, D. & HOOPER-KYRIAKIDIS, P. (1999) *Clinical wisdom and interventions in critical care: a thinking-in-action approach*, Philadelphia, Saunders.
- BENNER, P., TANNER, C. A. & CHESLA, C. A. (1996) *Expertkunnande i omvårdnad. Omsorg, klinisk bedömning och etik.*, Lund, Studentlitteratur.
- BLACKWOOD, B. (2000) The art and science of prediciting patient readiness for weaning from mechanical ventilation. *International Journal of Nursing Studies*, 37, s. 145 - 151.
- BLACKWOOD, B. & WILSON-BARNETT, J. (2007) The impact of nurse-directed protocolised-weaning from mechanical ventilation on nursing practice: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, s. 209-226.

- BLACKWOOD, B., WILSON-BARNETT, J. & TRINDER, J. (2004) Protocolized weaning from mechanical ventilation: ICU physicians' views. *Journal of Advanced Nursing*, 48, s. 26-34.
- BOGE, J. & MARTINSEN, K. (2004) Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Tidsskriftet Sykepleien*, 13, s. 58-61.
- BOGE, J. & MARTINSEN, K. (2006) Kritiske kommentarer til evidensbasert undervisning og praksis. *Vård i Norden*, No 80, volum 26, s. 32-35.
- BRATTEBO, G., HOFLOSS, D., FLAATTEN, H., MURI, A. K., GJERDE, S. & PLSEK, P. E. (2002) Quality improvement report: Effect of a scoring system and protocol for sedation on duration of patients' need for ventilator support in a surgical intensive care unit. *BMJ*, 324, s. 1386-1389.
- CHAN, A., HRÓBJARTSSON, A., HAAHR, M., GOTZSCHE, P. & ALTMAN, D. (2004) Empirical evidence for selective reporting of outcomes in randomized trials. Comparison to protocols in randomized trials. *JAMA*, 291, s. 2457-65.
- COOMBS, M. (2003) Power and conflict in intensive care clinical decision making. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19, s. 125-135.
- DREYFUS, H. L. & DREYFUS, S. E. (1996) Förhållandet mellan teori och praktik i förvärandet av färdigheter. I: BENNER, P., TANNER, C. A. & CHESLA, C. A. (Red.) *Expertkunnande i omvårdnad*. Lund, Studentlitteratur.
- DÅVØY, G. M. (2005) *Faglig skjønn på operasjonsavdelingen* - Mastergradsoppgave i pedagogikk. Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultetet, Institutt for utdanning og helse.
- DÅVØY, G. M. (2007) Skjønn er evident. *Klinisk sykepleie*, 3, s. 21-28.
- EDWARDS, S. D. (2001) *Philosophy of Nursing*, Hampshire, Palgrave.
- EKELAND, T.-J. (1999) Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 36, s. 1036-47.
- EKELAND, T.-J. (2004) *Autonomi og evidensbasert praksis*. Oslo Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier.
- EKELI, B.-V. (2002) *Evidensbasert praksis - snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten*, Tromsø, Eureka Forlag, Høgskolen i Tromsø.
- ERIKSSON, K. & NORDMAN, T. (2004) *Den trojanska hästen 2: utveklandet av evidensbaserade vårdande kulturer*, Vasa, Åbo akademi.
- ERIKSSON, K., NORDMAN, T. & MYLLYMÄKI, I. (1999) *Den trojanska hästen: Evidensbaserat vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*, Vasa, Åbo akademi.

- FLAMING, D. (2001) Using phronesis instead of 'research-based practice' as the guiding light for nursing practice. *Nursing Philosophy*, 2, s. 251-258.
- FLYNN, A. V. & SINCLAIR, M. (2005) Exploring the relationship between nursing protocols and nursing practice in an Irish intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice*, 11, s. 142-149.
- FOG, J. (2004) *Med samtalen som udgangspunkt: det kvalitative forskningsintervju*, København, Akademisk forlag.
- FULBROOK, P. (2003) Developing best practice in critical care nursing: knowledge, evidence and practice. *Nursing in Critical Care*, 8, s. 96-102.
- FULBROOK, P. (2004) Realizing advanced nursing practice through reflection. *Nursing in Critical Care*, 9, s. 255-256.
- FULBROOK, P., DELANEY, N., RIGBY, J., TREVETT, M., TURNER, L. & WHITTAM, A. (2004) Developing a Network protocol: nurse-led weaning from ventilation. *Connect, the world of critical care nursing*, 3, s. 28-37.
- GELSTHORPE, T. & CROCKER, C. (2004) A study exploring factors which influence the decision to commence nurse-led weaning. *Nursing in Critical Care*, 9, s. 213-221.
- GULBRANDSEN, T. & STUBBERUD, D.-G. (Red.) (2005) *Intensivsykepleie*, Oslo, Akribe.
- HAMER, S. & COLLISON, G. (2003) *Evidensbasert praksis: grundbog for sundhedspersonale*, København, Nyt nordisk forlag Arnold Busck.
- HANSEN, B. S. & SEVERINSSON, E. (2007) Intensive care nurses' perception of protocol-directed weaning - A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurse*, doi:10.1016/j.iccn.2007.03.001.
- HANSSEN, T. A. & NORTVEDT, M. W. (2001) Hvordan komme i gang. *Tidsskriftet Sykepleien*, s. 39-42.
- HAUGDAHL, H. S. (2004) *Intensivsykepleiernes kompetanse ved respiratoravvenning - Hovedoppgave i helsevitenskap, studieretning sykepleievitenskap. Avdeling for sykepleie og helsefag, Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultetet, Universitetet i Tromsø.*
- HOLMES, D., PERRON, A. & O'BYRNE, P. (2006) Evidence, Virulence, and the Disappearance of Nursing Knowledge: A Critique of the Evidence-Based Dogma. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, Third Quarter s. 95-102.
- JENSEN, T. K. (Red.) (1990) *Sygepleje som etisk know-how - hermeneutik og livsverden, menneskesyn og metode*, Oslo.

- JUUL-JENSEN, U. (2004) Evidens, viden og sundhetsfaglig praksis i filosofisk perspektiv: eller faren at være mer katolsk enn paven. I: BRUUN, J., HANAK, M. & KOEFOED, B. (Red.) *Sundhetsstyrelsen, Viden- og dokumentasjonsenheden. Viden og evidens i forebyggelsen* København, Sundhetsstyrelsen.
- KIRKEVOLD, M. (1996) *Vitenskap for praksis?*, Gyldendal.
- KVALE, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*, Gyldendal Akademisk.
- LARSEN, B. H. (2006) *Anerkendelse og krænkelse*, Viborg, Forlaget PUC.
- LAVE, J. & WENGER, E. (2003) *Situeret læring - og andre tekster*, København, Reizel.
- LINDSETH, A. & NORBERG, A. (2004) A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, s. 145-153.
- LÜBCKE, P. (Red.) (1982) *Vor tids filosofi: engagement og forståelse*, København, Politikens forlag.
- LÜBCKE, P. (Red.) (1983) *Politikens filosofi leksikon*, København, Politikens forlag.
- MALTERUD, K. (1996) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* Oslo, Tano Aschehoug.
- MANIAS, E. & STREET, A. (2000) Legitimation of nurses' knowledge through policies and protocols in clinical practice. *Journal of Advanced Nursing*, 32, s. 1467-1475.
- MARTINSEN, K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*, Oslo, Tano.
- MARTINSEN, K. (1996) *Fenomenologi og omsorg: tre dialoger*, Oslo, Tano Aschehoug.
- MARTINSEN, K. (2000) *Øyet og kallet*, Bergen, Fagbokforl.
- MARTINSEN, K. (2003a) Disiplin og rommelighet. I: MARTINSEN, K. & WYLLER, T. (Red.) *Etikk, disiplin og dannelse*. Oslo, Gyldendals sykepleieklassikere
- MARTINSEN, K. (2003b) Talens åpenhet og evidens: dialog med Jens Bydam. *Klinisk Sygepleje*, 17. årgang, s. 36-43.
- MARTINSEN, K. (2005) *Samtalen, skjønnet og evidensen.* , Oslo, Akribe.
- MARTINSON, B., ANDERSON, M. & DE VRIES, R. (2005) Scientists behaving badly. *Nature*, 435, s. 737-38.

- MOLANDER, B. (1997) Kunnskapsmångfold och olika kunskapstraditioner. I: ALSVÅG, H., ANDERSSON, N., GJENGEDAL, E. & RÅHEIM, M. (Red.) *Kunnskap, kropp og kultur - helsefaglige grunnlagsproblemer*. Oslo, Ad Notam Gyldendal.
- MORO, G. M. V. (2003) *365 dager med Ludwig Wittgenstein*, Oslo, Solum.
- NORTVEDT, M. W. & HANSSON, T. A. (2001) Evidensbasert sykepleie. *Tidsskriftet Sykepleien*, 16.
- NORTVEDT, M. W., HANSSON, T. A., LYGREN, H. & WAHL, A. (2004) Metodisk mangfold. *Tidsskriftet Sykepleien*, 15, s. 62-63.
- NORTVEDT, P. (2003) Immersed subjectivity and engaged narrarives: Clinical epistemology and normative intricacy. *Nursing Philosophy*, 4, s. 129 -136.
- NORTVEDT, P. & GRIMEN, H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskap for helsefag*, Oslo, Gyldendal Akademisk.
- PAULGAARD, G. (1997) Feltarbeid i egen kultur - innenfra, utenfra eller begge deler? I: FOSSÅSKARET, E., FUGLESTAD, O. L. & AASE, T. H. (Red.) *Metodisk feltarbeid: Produksjon og tolking av kvalitative data*. Oslo, Universitetsforlaget.
- PLOST, G. & NELSON, D. P. (2007) Empowering critical care nurses to improve compliance with protocols in the intensive care unit. *American journal of critical care*, 16, 153-57.
- POLIT, D. F. & BECK, C. T. (2004) *Nursing research: principles and methods*, Philadelphia, Pa., Lippincott Williams & Wilkins.
- REPSTAD, P. (1998) *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag* Oslo, Universitetsforlaget.
- ROSE, L. & NELSON, S. (2006) Issues in weaning from mechanical ventilation: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 54, s. 73-85.
- SACKETT, D. L., ROSENBERG, W. M. C., GRAY, J. A. M., HAYNES, R. B. & RICHARDSON, W. S. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312, s. 71-72.
- STUBBERUD, D.-G. (2005) Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder. I: GULBRANDSEN, T. S. D.-G. (Red.) *Intensivsykepleie*. 1. utgave ed. Oslo, Akribe.
- TARLIER, D. (2005) Mediating the meaning of evidence through epistemological diversity. *Nursing Inquiry*, 12, s. 126-134.
- VETLESEN, A. J. (Red.) (1998) *Dydsetikk*, Oslo, Humanist forlag.
- ZAHAVI, D. (2001) *Husserls fænomenologi*, København, Gyldendal.

ÅMÅS, K. O. (2000) *Ludwig Wittgenstein*, Oslo, Gyldendal.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Brev til sykepleieansvarlig

Seksjonsleder
NN
Intensivmedisinsk seksjon
X Universitetssykehus

Stavanger 24.03.05.

INTERVJU AV INTENSIVSYKEPLEIERE

Jeg er intensivsykepleier og mastergradstudent ved seksjon for sykepleievitenskap ved Universitet i Bergen.

Jeg holder nå på med mastergradsoppgaven. Problemområdet er "evidensbasert sykepleie i møte med praksis". Jeg vil ta utgangspunkt i protokollen for avvenning av respirator og vil diskutere og problematisere evidensbasert / kunnskapsbasert praksis. Jeg vil utføre en kvalitativ undersøkelse. Jeg har professor Kari Martinsen som veileder.

Jeg ønsker å intervju min. 2 intensivsykepleiere som har vært med å utvikle protokollen og 4-6 som bruker protokollen i praksis. Jeg ønsker å utføre intervjuene ved intensivavdelingen ved Haukeland, blant annet fordi denne praksisen kalles evidensbasert der.

Prosjektplanen er godkjent og søknader er sendt til Regionalt etisk råd for Vest-Norge og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Jeg håper at intervjuene kan skje etter nærmere avtale i mai/juni.

Med hilsen
Inger Emilie Værland
Stokkaveien 63c
4024 Stavanger

inger.emilie@tele2.no

Tlf: 51 56 58 19 / 90 20 56 20

Vedlegg 2 – brev til medisinsk ansvarlig

Medisinsk ansvarlig
NN
Intensivmedisinsk seksjon
X Universitetssykehus

Stavanger 24.03.05.

INTERVJU AV INTENSIVSYKEPLEIERE

Jeg er intensivsykepleier og mastergradstudent ved seksjon for sykepleievitenskap ved Universitet i Bergen.

Jeg holder nå på med mastergradsoppgaven. Problemområdet er "evidensbasert sykepleie i møte med praksis". Jeg vil ta utgangspunkt i protokollen for avvenning av respirator og vil diskutere og problematisere evidensbasert / kunnskapsbasert praksis. Jeg vil utføre en kvalitativ undersøkelse. Jeg har professor Kari Martinsen som veileder.

Jeg ønsker å intervju min. 2 intensivsykepleiere som har vært med å utvikle protokollen og 4-6 som bruker protokollen i praksis. Jeg ønsker å utføre intervjuene ved intensivavdelingen ved Haukeland, blant annet fordi denne praksisen kalles evidensbasert der.

Prosjektplanen er godkjent og søknader er sendt til Regionalt etisk råd for Vest-Norge og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Jeg håper at intervjuene kan skje etter nærmere avtale i mai/juni.

Med hilsen
Inger Emilie Værland
Stokkaveien 63c
4024 Stavanger

inger.emilie@tele2.no

Vedlegg 3 - INTERVJUGUIDE 1

Forskningsspørsmål	Intervjuspørsmål
1. Hva er evidens i praksis?	Bruker dere ordet evidens i praksis? Hva legger du i begrepet?
2. Hva sier protokollen om praksis og hva er forskjellen?	Når du bruker protokoll for å avvenne en pasient fra respirator, sier den alt du skal gjøre? Hvilke type kunnskap kommer i tillegg? Hvordan påvirker protokollen det du gjør? Gjør du noe som ikke står i protokollen? Hvordan lærer du å avvenne en pasient? - fra protokoll? - andre kolleger? Vil kjennskap til protokollen gjøre sykepleierne i stand til gjenkjenne de kliniske situasjonene den er relevant i?
3. Protokollen beskriver fysiologiske parameter og er et uttrykk for medisinsk kunnskap. Er sykepleien som blir gitt til denne pasientgruppen noe mer (annet) enn det som er beskrevet i protokollen? Blir sykepleien uartikulert i protokollen?	Hvordan er sykepleie beskrevet i protokollen? Er det nødvendig å ha sykepleie beskrevet i protokollen? Er det forskjell på medisinsk- og sykepleiekunnskap i protokollen? Hender det at det er motstridende evidens? - motsetninger mellom god sykepleie og medisinsk behandling?
4. Hva er god sykepleie til denne pasientgruppen?	Hvordan vil du beskrive god sykepleie til denne pasientgruppen? Er det viktig å ha erfaring? Hvordan vil den enkelte pasienten prege den aktuelle pleiesituasjonen?

Vedlegg 4 - INTERVJUGUIDE 2

Forskningsspørsmål	Intervjuspørsmål
<p>1. Hva er evidens i praksis? Sier evidens deg noe om din praksis?</p>	<p>Bruker dere ordet evidens i praksis? Hva legger du i begrepet?</p>
<p>2. Hva sier protokollen om praksis og hva er forskjellen?</p> <p>Protokollen beskriver fysiologiske parameter og er et uttrykk for medisinsk kunnskap. Er sykepleien som blir gitt til denne pasientgruppen noe mer (annet) enn det som er beskrevet i protokollen?</p> <p>Synes du at protokollen er dekkende for det du gjør sammen med pasienten? Er det noe du savner?</p> <p>Blir sykepleien uartikulert i protokollen? Kan du fortelle om hvordan du arbeider / samhandler med pasienten?</p>	<p>Når du bruker protokoll for å avvenne en pasient fra respirator, sier den alt du skal gjøre? Hvilke type kunnskap kommer i tillegg?</p> <p>Hvordan påvirker protokollen det du gjør? Gjør du noe som ikke står i protokollen? Hvordan lærer du å avvenne en pasient? - fra protokoll? - andre kolleger?</p> <p>Vil kjennskap til protokollen gjøre sykepleierne i stand til gjenkjenne de kliniske situasjonene den er relevant i? Hvordan er sykepleie beskrevet i protokollen? Er det nødvendig å ha sykepleie beskrevet i protokollen? Er det forskjell på medisinsk- og sykepleiekunnskap i protokollen? Hender det at det er motstridende evidens? - motsetninger mellom god sykepleie og medisinsk behandling?</p>
<p>3. Hva er god sykepleie til denne pasientgruppen? Har du noen mening om hva god sykepleie er og hvordan kan den praktiseres til denne pasientgruppen? Kan du si hvordan sykepleie praktiseres til denne pasientgruppen?</p>	<p>Kan du fortelle om en situasjon hvor den sykepleien du gav var god - og en situasjon hvor den ikke var så god? Hvordan vil du beskrive god sykepleie til denne pasientgruppen? Er det viktig å ha erfaring? Hvordan vil den enkelte pasienten prege den aktuelle pleiesituasjonen?</p>

Vedlegg 5 – brev fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Kari Martinsen
Seksjon for sykepleievitenskap
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Kalfarveien 31
5018 BERGEN

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 24.05.2006

Vår ref: 14761/SM

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.04.2006. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 24.05.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

14761	<i>Evidensbasert sykepleie i møte med praksis</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Kari Martinsen</i>
Student	<i>Inger Emilie Værland</i>

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

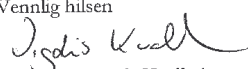
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.11.2006 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Siv Midthassel

Kontaktperson: Siv Midthassel tlf: 55 58 83 34

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Inger Emilie Værland, Stokkaveien 63 C, 4024 STAVANGER

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige Universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uio.no

Vedlegg 6 – informasjonsskriv til informanter

TIL INFORMANTER

Stavanger 29.05.06

Jeg er intensivsykepleier og mastergradstudent ved seksjon for sykepleievitenskap ved Universitet i Bergen. Jeg har erfaring fra generell intensivavdeling og fra nyfødt intensivavdeling.

Jeg holder nå på med mastergradsoppgaven. Problemområdet er "evidensbasert sykepleie i møte med praksis". Jeg vil ta utgangspunkt i protokollen for avvenning av respirator og vil diskutere og problematisere hva evidens er i praksis. Jeg vil utføre en kvalitativ undersøkelse. Jeg har professor Kari Martinsen som veileder.

Jeg ønsker å spørre deg om dine erfaringer med bruke av protokollen og å utføre sykepleie til den aktuelle pasientgruppen.. Intervjuet vil bli tatt opp på båndspiller eller lignende. Samtalen vil vare ca 1 time i et egnet lokale enten på Haukeland Universitetssykehus eller ved Seksjon for Sykepleievitenskap, Kalfarveien 31. Det er frivillig å delta og du kan trekke deg hva tid som helst uten at du trenger å begrunne hvorfor. Opplysningene behandles konfidensielt. Intervjuet blir slettet ved prosjektslutt. Det blir anonymisert, slik at ingen kan gjenkjenne hva du har sagt.

Jeg håper på å utføre intervjuene i løpet av mai / juni og august/september. Prosjektslutt er satt til 1.11.06. Datamaterialet vil da være anonymisert, slik verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger kan gjenkjennes, navneliste og opptak slettes.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS.

Med hilsen
Inger Emilie Værland
Stokkaveien 63c
4024 Stavanger

inger.emilie@tele2.no

Tlf: 51 56 58 19 / 90 20 56 20

Vedlegg 7 - samtykkeerklæring

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta som informant til mastergradstudent Inger Emilie Værland sitt prosjekt: "Evidensbasert sykepleie i møte med praksis".

Navn: _____

Telefonnummer: _____

E-mail adresse: _____