

# Arbeidsnotat

## Working Paper

2019:6

Cecilie Katrine Utheim Grønvik

Hvordan kan syn på kunnskapsbasert praksis påvirke sykepleieres omsorg for pasienter?



**Høgskolen i Molde**  
Vitenskapelig høgskole i logistikk



**MØREFORSKING**  
MOLDE

Cecilie Katrine Utheim Grønvik

# Hvordan kan syn på kunnskapsbasert praksis påvirke sykepleieres omsorg for pasienter?

Et essay

Fra phd-kurset

Professional Caring in the intersection between system and lifeworld

Arbeidsnotat / Working Paper 2019:6

Høgskolen i Molde  
Vitenskapelig høgskole i logistikk


Molde University College  
Specialized University in Logistics

Molde, Norway 2019

ISSN 1894-4078

ISBN 978-82-7962-266-6 (trykt)

ISBN 978-82-7962-267-3 (elektronisk)



PROFESSIONAL CARING IN THE INTERSECTION BETWEEN  
SYSTEM AND LIFEWORLD

Essay: Hvordan kan syn på kunnskapsbasert praksis påvirke  
sykepleieres omsorg for pasienter?

## Nye reformer og krav påvirker profesjonsutøvelsen

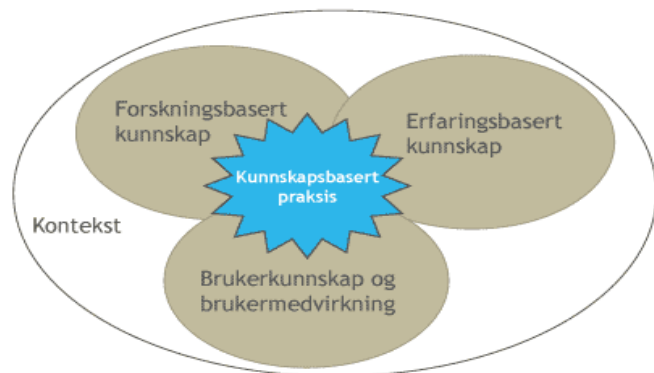
Helsevesenet er en sentral aktør i den norske velferdsstaten, og skjer det endringer i organisering av helsevesenet påvirker dette helsepersonells profesjonsutøvelse.

Sykehusreformen i 2002 bidro til at helsevesenet ble organisert i helseregioner og helseforetak og organisasjonsutviklingen ble preget av New Public Management tankegang, hvor begrep som marked og forståelse av pasienten som kunde kom inn (Byrkjeflot, 2011). En økonomisk logikk ble styrende i den helsefaglig ledelsen, og det ble utviklet nye målesystemer og styringsteknikker som skulle bidra til å synliggjøre ressursbruk og variasjoner i kvalitet i tjenesten. Hensikten med dette var å sette pasienten i sentrum, og ideen var at pasienten i større grad selv skulle kunne gjøre valg basert på informasjon om kvalitet og risiko (Byrkjeflot, 2011).

Utover på 2000 tallet ble det klart at kostnadsveksten i helsesektoren ikke kunne fortsette. Prognoser om forventede endringer i den demografiske utviklingen, med en økning i antall eldre og et misforhold mellom antall eldre og antall yrkesaktive til å ta vare på disse, samt en økning i antall personer med ressurskrevende sykdommer som kols, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser bidro til at en måtte tenke nytt. I tillegg ble det antydnet en økning i antall pasienter under 67 år med kroniske lidelser og pasienter med langvarige og sammensatte sykdommer. Man erfarte også at helsetilbudet var fragmentert og lite koordinert og det oppstod et behov for en endring som kunne bidra til at helsevesenet kunne møte fremtidens pasienters samlede behov på en bedre måte med knappere ressurser. Regjeringen tok derfor initiativ til en ny reform, kalt «Samhandlingsreformen» i 2009 (St.meld. 47/ 2008- 2009). Hensikten med reformen var å sikre pasienter rett behandling, på rett sted og til rett tid. Dette medførte at deler av behandlingsansvaret ble flyttet fra spesialist, - til primærhelsetjenesten.

Det ble etter hvert tydelig at myndighetene forventet at helsetjenesten skal basere sine beslutninger om behandling, forebygging og pleie på pålitelig kunnskap om effekten av tiltak (Helse og omsorgsdepartementet, 2011 og 2014). Kvalitet og pasientsikkerhet ble løftet frem som viktig (Helse og omsorgsdepartementet 2011 og 2014). I HelseOmsorg21-strategien (Helse og omsorgsdepartementet, 2014) og påfølgende handlingsplan (Helse og omsorgsdepartementet, 2015) ble kunnskapsbasert praksis(KBP) fremhevet som et virkemiddel for å fremme kvalitet, økt pasientsikkerhet og effektivitet i helsetjenesten.

Hva som ligger i begrepet kunnskapsbasert praksis kan illustreres ved hjelp av Jamtvedt, Bjørndal & Hagen (2003) sin modell:



Jamtvedt et al. 2003:27

Figur1. Kunnskapsbasert praksis modell

Modellen viser at for å oppnå en kunnskapsbasert praksis må en kombinere forskningsbasert kunnskap med erfarings basert kunnskap og brukerkunnskap/ brukermedvirkning i den konteksten praksisen foregår. Ifølge Benestad og Laake (2004) er hensikten med begrepet å sikre at helsefaglig praksis blir basert på den "best tilgjengelige forskningsbaserte kunnskapen" som finnes. Intensjonen er ikke å erstatte den profesjonelle ekspertise, erfaring eller pasientens valg med forskningsresultater, men å knytte resultater fra forskning til praksis.

I dette essayet ønsker jeg å se nærmere på hvordan syn på kunnskapsbasert praksis kan påvirke omsorgen for pasienter. Essayets problemstilling er: Hvordan kan syn på kunnskapsbasert praksis påvirke sykepleieres omsorg for pasienter?

Begrepet kunnskapsbasert praksis er en fornyelse av begrepet evidensbasert praksis og dette skapte en debatt i Norge. Debatten om «evidensbasering» har i flere år vært intense og til dels polariserende innenfor ulike profesjoner. Innen sykepleiefaget har ansatte knyttet til senter for kunnskapsbasert praksis ved høyskolen i Bergen og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten vært pådrivere for å fremme kunnskapsbasert sykepleie. På den andre siden har Martinsen og Boge (2004) og Martinsen (2005, 2006, 2009) fremmet kritiske argumenter til innføring av evidensbaseringen i sykepleie. Hovedfokuset i debatten går slik jeg oppfatter den på en ulik forståelse av innhold i oversettelsen av begrepet «evidens» til kunnskapsbasert og

hva som anses som gyldig kunnskap i sykepleiepraksis. Siden Kari Martinsen har en viktig stemme i forhold til hva sykepleiere og utdanningsinstitusjoner tenker om omsorg er det viktig å belyse og diskutere dette.

## **Kari Martinsens perspektiv på omsorg og begrepet kunnskapsbasert praksis**

I analysen av denne problematiske situasjonen velger jeg å se nærmere på Kari Martinsens omsorgsteori og perspektiv på begrepet kunnskapsbasert praksis. Sykepleie er et praktisk omsorgsyrke og Martinsens personsentrerte omsorg kjennetegnes av at omsorg består av en relasjonell, praktisk og moralsk side, som alle må være tilstede. Den relasjonelle siden tar utgangspunkt i et kollektivistisk basert menneskesyn og kommer til syne når sykepleier forsøker å sette seg inn i pasientens livsverden, for å forstå pasientens behov (Martinsen, 2003a og b). Omsorgens fundament er en sosial relasjon preget av generalisert gjensidighet ved at den som er avhengig av hjelp har tillit til at den andre yter hjelp uten betingelser og krav om gjenytelse (Alsvåg, 2010). For det andre er omsorgen praktisk. Den praktiske siden omfatter at handlinger er basert på faglige vurderinger av hva som er det beste for pasienten. For det tredje så er omsorgen moralsk. Omsorgens moralske aspekt, forutsetter at sykepleiere tar det moralske ansvaret for å handle til det beste for pasienten ut fra pasientens situasjon, uten å forvente noe tilbake (Martinsen, 2003a).

Martinsen bygger sitt verdenssyn og vitenskapssyn på teori av filosofer og forfattere som knytter seg til den fenomenologiske tradisjon, hvor pasienter blir betraktet som likeverdige medmennesker som er i en situasjon hvor de har behov for sykepleiefaglig omsorg (Kirkvold, 2013). Martinsen har vært en forkjemper for at sykepleie må ha forankring i et vitenskapsideal som ikke bare beskrivende, men som også er verdibasert og fortolkende. Dette for å få frem kunnskap som belyser hvordan sykdom oppleves for den som er syk og systematisere sykepleierne erfaringsbaserte kunnskap i pleie av pasienter med ulike sykdomstilstander (Kirkvold, 2013).

Artikkelen: *Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie* (Martinsen og Boge, 2004)

kom som en reaksjon på artikler som omhandlet evidensbasert sykepleie publisert i tidsskriftet *Sykepleien* (Nortvedt og Hanssen, 2001a og b, Hanssen og Nortvedt, 2001). Her uttrykker Kari Martinsen at hun er kritisk til at avgjørelser innen sykepleie skal baseres på et kunnskapshierarki som innebærer at bestemte former for målbar kunnskap blir rangert høyere, eller som mer evidente, enn humanistisk kunnskap (Martinsen og Boge, 2004). Det ble også uttrykt skepsis til at kunnskap fra eksempelvis effektmålinger av ulike behandlingsopplegg ble rangert høyere enn kunnskap om hvordan det er å leve med sykdom og lidelse. Martinsen (2009) er kritisk til konstruksjonen av begrepet kunnskapsbasert praksis og mener dette fører til evidensialisme hvor kun den medisinske evidens blir bestemmende. Hun etterlyste en diskusjon om hvilke begrensninger forskningsbasert kunnskap kan ha, og en avklaring på hvilke problem som ikke kan besvares ved hjelp av forskning (Martinsen, 2005, 2009).

Martinsen (2013) mener at kunnskapsbasert praksis medfører et for stort fokus på den instrumentalistiske omsorgsrasjonaliteten, hvor økonomiske innsparinger, lønnsomhet og produktivitet blir satt foran omsorgen. Hun uttrykker bekymring for at forskningsbasert kunnskap blir brukt som modell for menneskelige handlinger av praktisk og etisk karakter. Det å forholde seg til sykdom og lidelser ut fra manualer og standardiserte prosedyrer blir kritisert og Martinsen hevder at det å praktisere en kunnskapsbasert praksis fører til at det instrumentalistiske mistaket vil bli begått (Martinsen, 2005). Det instrumentalistiske mistaket ble først beskrevet i et essay av Skjervheim i 1972 og hans poeng er at man da overser skillet mellom praktiske og pragmatiske handlinger, slik at man lar pragmatiske handlinger bli grunnmodell for handlinger generelt (Skjervheim, 2002). Ifølge Martinsen (2009) medfører det en teknifisering av klinisk praksis dersom klinisk praksis blir styrt av standarder og regler utviklet fra forskning. Dette kan ifølge Martinsen (2009) bidra til at pasienter reduseres til gjennomsnittsmennesker og til at omsorgen ikke blir individualisert.

Martinsen er ikke imot forskningsbasert kunnskap, men er kritisk til at forskningsbasert kunnskap basert på klinisk kontrollerte forsøk blir styrende for det praktiske handlingsvalget, for hvordan vi møter og fortolker pasienters behov. Hun uttrykker bekymring for at klinisk praksis skal bli styrt av regler utviklet gjennom randomisert kontrollerte studier og at subjektivitet, klinisk skjønn og fortellinger blir marginalisert (Martinsen, 2005,93). Gjennom en slik tilnærming mener hun det kan bli vanskelig å få innsikt i livsfilosofiske spørsmål som ofte er en viktig del i omsorgen av pasienter (Martinsen og Boge, 2004).

Martinsen og Boge (2004) er også kritiske til at den dominerende rasjonalitet i helsevesenet synes å være strategisk og økonomisk; og at alle må vise sin verdi i effektivitetens navn. Med kostnadsvekst i helsesektoren stilles økte krav til sykepleiere om at tiltak som iverksettes er effektive og virkningsfulle og gjennom et slik fokus er hun bekymret for at sykepleieres skjønn og erfaringsbaserte kunnskap blir nedprioritert.

## **Habermas teori om kommunikatív handling**

Habermas sin teori om kommunikatív handling kan bidra til innsikt i hvilke utfordringer som kan oppstå når krav fra systemverden påvirker hvordan sykepleiere møter pasienter i deres livsverden (Edgar, 2005). Habermas viser til at moderne samfunn befinner seg i en skjør likevekt mellom systemverden og livsverden. Habermas peker på at det er en fare om vi regulerer områder som er dårlig egnet for systemverdens instrumentelle fornuft, fordi det virker negativt på mer spontane samværsformer og muligheter for dialog. Han kaller det for en kolonisering av livsverden, når strategier, strukturer og reguleringsformer fra det politisk administrative systemet brukes i livsverden (Edgar, 2005; Norborg, 2010). Livsverden er et kjernebegrep innen fenomenologien og fenomenologiens grunnlegger Husserl brukte termen for å skille vår felles omgivende verden, den daglige verden vi deler med andre, fra det teoretisk, objektiviserende, naturvitenskapelige perspektiv. Slik jeg oppfatter Martinsens kritikk mot kunnskapsbasert praksis bunner den i en bekymring for at systemverdens krav skal invadere og kolonisere områder av vår livsverden og fortrenge gjensidig solidaritet og kommunikatív fornuft som er nødvendig i sykepleieres omsorg for pasienter.

## **Hva har forskning avdekket?**

Som tidligere nevnt har diskusjonene om kunnskapsbasert praksis i norske fagmiljøer stort sett vært sentrert rundt forståelsen av forskningsbasert kunnskap og forståelsen av evidenshierarkiet. Slik det presenteres kan det tolkes som om Martinsen og Boge (2004) mener at evidenshierarkiet gjelder alle typer forskningsspørsmål, men det er en økende erkjennelse av at ulike forskningsspørsmål krever ulik tilnærming. Medisinske og sykepleiefaglige intervensjoner lar seg ofte best belyse med RCT og systematiske oversikter,



mens kvalitative metoder er best egnet til å studere erfaringer, holdninger og oppfatninger (Nortvedt et al.2004). Forskningsspørsmålet er derfor avgjørende for hvilken forskningsmetode som best kan besvare spørsmålet.

I artikkelen *Kunnskapsbasert praksis og det instrumentalistiske mistaket* (Graverholt et al.2011) synliggjøres argumenter som tilbakeviser kritikken mot at det å arbeide kunnskapsbasert vil medføre et instrumentalistisk mistak (Martinsen, 2005). Sentralt i sykepleiefaget står relasjonen mellom sykepleier og pasient. Sykepleierens relasjon til pasienten handler om årsaken til at en person har fått en pasientrolle og om den mellommenneskelige dimensjonen. Dette omtales som henholdsvis sykepleierens pragmatiske og praktiske aspekt. Med pragmatiske handlinger menes handlinger man gjør ut fra teoretisk fornuft, i en mål-middel logikk altså handlinger som er rettet mot en sak (instrumentelle). Praktiske handlinger er derimot handlinger som retter seg mot mennesker uavhengig av saksforholdet, og dreier seg om hvordan vi handler ovenfor andre mennesker. Skillet ved begrepene handler om hva handlingen retter seg mot (sak eller person), men også hva som kan gjelde som grunnlag for hvordan vi skal handle. Når det å arbeide kunnskapsbasert blir hevdet å være et instrumentalistisk mistak, antyder Graverholt et al. (2011) at dette er basert på et oppfatning av at modellen for KBP ikke ivaretar det praktiske perspektivet.

Sirkelene forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert og brukerbasert kunnskap som presenteres i modellen for kunnskapsbasert praksis (Figur 1) er eksempler på pragmatisk mål –middel kunnskap. De praktiske aspektene i modellen er den omkringliggende «kontekst» sirkelen og modellens midtpunkt «kunnskapsbasert praksis» (Figur 1). Disse må forstås holistisk og i sammenheng med de øvrige delene i figuren. Pragmatiske handlinger (representert ved forsknings,- erfarings, - og brukerbasert kunnskap) skjer på bakgrunn av konteksten. Konteksten viser til den gitte situasjonen hvor sykepleie gis og er dermed knyttet til kultur, forståelsesramme, holdninger, ressurser og moralske forhold. Det er en praktisk situasjon som må ses i sammenheng med situasjonens handlingselement, kunnskapsbasert praksis. Dette innebærer en forståelse av at de instrumentelle handlingene, først blir meningsfull om man tar hensyn til pasientens ønsker og verdier i den gitte situasjonen. De praktiske handlingene som skal sikre grunnlaget for at mellommenneskelige relasjoner preges av sykepleierens verdier og menneskesyn og påvirker derfor om pasienten oppfatter om han blir tatt på alvor som individ. Følgende eksempel kan illustrere dette: Dersom en sykepleier

utfører en prosedyre mange ganger, oppnår hun en pragmatisk erfaringskunnskap, men hun får også praktisk erfaringskunnskap knyttet til pasienters reaksjoner under utøvelse av prosedyren. Først ved å anerkjenne forholdet mellom disse to og ta hensyn til pasientens ønsker og verdier i den gitte situasjonen kan en si at praksis er kunnskapsbasert. Ut fra en slik forståelse er det ikke belegg for å hevde at det å arbeide kunnskapsbasert bidrar til at en begår instrumentalistiske mistak (Graverholt et al.2011).

Nortvedt (2012) har problematisert det med at forskning ikke kan bidra med å gi svar i livsfilosofiske spørsmål som Martinsen (2005) hevder. Han argumenterer for at sykepleieetikk også må bli kunnskapsbasert. Eksempelvis så hevder han at sykepleiere må basere sin etiske refleksjon på den mest oppdaterte medisinsk-diagnostiske, prognostiske og sykepleiefaglige kunnskapen relevant i pasientsituasjonen, samt resultat fra relevant forskning på klinisk etiske problemstillinger og berørte parter syn for å nå den beste løsningen i ulike dilemma. Han hevder det ikke er tilstrekkelig å kun fokusere på holdninger, kommunikasjon og empatiske evner i omsorgen for pasienter og pårørende, men at fakta også påvirker hvordan sykepleiere forstår det etiske problemet.

Til tross for økt fokus på kunnskapsbaserte helsetjenester oppgir mange norske sykepleiere at de sjelden leser og i liten grad anvender forskningsresultater i egen praksis (Berland, 2012, Stokke et al.2014, Grønvik et al.2018). Ulike barrierer er identifisert og det kommer frem at praksisfelt og utdanningsinstitusjoner mangler organisatorisk struktur og kultur som støtter opp om kunnskapsbasert praksis (Hjelen & Sagbakken, 2018) og at sykepleiere mangler tid og kompetanse til å arbeide kunnskapsbasert (Sandvik et al.2011, Larsen & Solvoll,2017). Debatten som til tider har vært polariserende har vel heller ikke bidratt i positiv retning. Jeg tror noen har vært skeptiske til kunnskapsbasert praksis som følge av de kritiske argumentene som er fremmet i debatten. På tross av dette mener jeg debatten har vært viktig, fordi den har bidratt til større artikulering av og argumentasjon av hvilken kunnskap som er viktig i sykepleie.

Når det gjelder Martinsen bekymring for at kunnskapsbasert praksis medfører at sykepleien blir styrt av standarder og manualer, så kan det selvsagt være fordeler og ulemper med det. Jeg velger her å trekke frem et eksempel, nemlig innføring av systematisk kliniske undersøkelser og vurderinger (SKUV) (Breivik og Tymi, 2013). Bruk av SKUV i

datainnsamling gjør at sykepleiere kan bli i stand til å oppdage komplikasjoner som er under utvikling på et tidligere tidspunkt. Dette kan i mange situasjoner være livreddende. Innføring av standardiserte prosedyrer reduserer faren for at det blir opp til den enkelte sykepleiers subjektive vurdering å vurdere om en skal gjennomføre målinger. Jeg diskuterte akkurat dette med en sykepleier i praksis, som ga uttrykk for at slike systematiske målinger var for tidkrevende å gjennomføre hos alle postoperative pasienter. Hun ga uttrykk for at hun som følge av sin erfaring og kliniske blikk så når det var nødvendig å gjøre målinger. Tilfeldigvis møtte jeg henne noen dager senere og da fortalte hun meg at hun revurderte sin holdning. Hun hadde erfart at en pasient som ga uttrykk for at han ikke følte seg vel hadde gått fra 1- 7 i News score uten at hun klarte å «se» nevneverdige symptomer på forverring. For at omsorgen skal ivaretas ved slike målinger er det ifølge Breivik og Tymi (2013) viktig at sykepleier samarbeider med pasienten og inkluderer pasientens perspektiv og har en holistisk tilnærming. Dette mener jeg er et godt eksempel på en omsorgspraksis hvor det er en fordel med standardiserte prosedyrer.

Dagens pasienter ønsker å ta aktivt del i egen behandling og dette må påvirke måten sykepleiere gir omsorg på. Tradisjonelt har pasienter og brukere hatt liten innflytelse over egen behandling, men Pasient- og brukerrettighetsloven (Lovdata, 1999) bidro til å sikre pasienters rett til informasjon og medvirkning ved helsehjelp. Selv om brukerkunnskap og brukermedvirkning i modellen til Jamtvedt et al. (2003) presenteres som like viktig som forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap, viser forskning (Ferreira, Song, Gomes, Garcia og Ferreira, 2015) at ulike profesjoner i helse- og omsorgstjenesten fortsatt har en paternalistisk framtoning i møte med pasienter og brukere. Det antydes at profesjonene selv definerer brukere og pasienters behov fremfor å bruke tid på å innhente kunnskap om deres reelle behov. I følge St.meld 12 (Helse og omsorgsdepartementet, 2014) trengs det mer kunnskap om hvordan og i hvilken grad brukermedvirkning gjennomføres, hva slags effekt den har og hvordan brukernes stemme kan bli tydeligere.

En systematisk oversikt viser at andelen pasienter som ønsker medvirkning i individuelle helsebeslutninger, på engelsk omtalt som «shared decision making (SDM) har økt fra 50 til 70 prosent, fra 2000 til 2012 (Chewning et al., 2012). Denne forventningen må påvirke hvordan sykepleiere gir omsorg. Det er blitt stilt spørsmål ved forholdet mellom KBP og SDM og Jamtvedt og Nortvedt (2015) viser til at det er når sykepleiere skal vurdere den forskningsbaserte kunnskapen opp mot erfaringsbasert kunnskap og pasientens preferanser at

SDM blir viktig. Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven har enhver pasient krav på spesialtilpasset informasjon, noe som fordrer at helseinformasjon bør gjøres tilgjengelig og gis forståelig, slik at pasienter kan gjøre valg basert på informasjon som de forstår.

## **Mulige løsninger**

Som sykepleiere trenger vi biomedisinsk kunnskap, for å møte pasienter med stadig mer komplekse sykdomsbilder. Dette er kunnskap som ofte best lar seg frembringe ved hjelp av randomisert kontrollerte studier, men vi trenger også kunnskap om hvilke erfaringer pasienter har med de kroppslige reaksjonene og dette kan best frembringes ved hjelp av kvalitative studier. Ved å erkjenne at forskningsspørsmålet bestemmer hvilken forskningsmetode som er best egnet, kan fokuset på evidenshierarkiet reduseres og betydningen av kvalitativ forskning kan løftes frem. Kvalitativ forskning er best egnet til å gi kunnskap om ulike pasienters livserfaringer, om eksistensielle spørsmål og kunnskap om fenomener som eksempelvis mot, livsglede, tap, håp, åpenhet, empati og sorg. Dette krever en forskningstilnærming som er beskrivende og fortolkende, som en kan se innen fenomenologisk og hermeneutisk tradisjon (Kirkevold, 2013).

Jeg mener sykepleiefaget ikke er tjent med polariseringen av kunnskapsforståelsen og kunnskapsutviklingen der en enten «bekjenner» seg til tradisjonelle positivisme inspirerte vitenskapsidealer, eller til en positivisme kritisk tradisjon bygd på Martinsens forståelser av fenomenologisk - hermenautisk og kritisk vitenskapsforståelse (Kirkevold, 2013), slik en kan oppfatte debatten om å være for eller imot kunnskapsbasert sykepleie. Jeg støtter derfor Kirkevolds (2013) spørsmål om tiden ikke er moden for å bygge bro over de to vitenskapsposisjonene i sykepleien.

Martinsen er bekymret for at sykepleierne faglige skjønn ikke blir verdsatt i en kunnskapsbasert praksis. Ifølge Austgard (2010) oppstår det faglige skjønnet i skjæringspunktet mellom kunnskap praktikerens har fra før og ny kunnskap som erverves gjennom erfaring i nye situasjoner. Faglig forsvarlig praksis betinger at sykepleieren bruker sitt skjønn til å fortolke pasientens behov og møte pasienters unike verdier og erfaringer. Vi må derfor fremover fokusere på hvordan skjønn og fortolkning av forskningsbasert kunnskap kan anvendes i møte med pasienter. En praksis preget av dialog og samhandling er nødvendig

for at pasienter skal få en forsvarlig omsorg. Dette støttes også av Habermas teori om den kommunikative handling, hvor rasjonaliteten er knyttet til subjekt-subjekt relasjoner mellom individer som er kommuniserende og samhandlende. Dialogen har til formål å oppnå gjensidig forståelse og enighet, og på den måten kan man bidra til fellesskap, handlingskapasitet og helhetstenking i både samfunn og individ (Amdam & Amdam,2000).

Som tidligere beskrevet, er ikke forskningsbasert kunnskap alene nok for å utøve en kunnskapsbasert praksis. Det fordrer også at sykepleiere vurderer denne opp mot erfaringsbasert kunnskap og kunnskap og verdier pasienter har i den spesielle konteksten. Dette medfører at sykepleiere (helsepersonell) må gå i dialog med pasienter/ brukere om forskningsbasert kunnskap. Begrepet moden omsorg viser til en tenkning som har fokus på gjensidighet i omsorgen med balanse av makt mellom sykepleier og pasient og forutsetter at vi tar hensyn til konteksten der begge partene har interesser (Pettersen, 2008). En forutsetning for moden omsorg er at sykepleiere må formidle informasjon om forskning på en måte som pasienter forstår. Jamtvedt og Nordtvedt (2015) antyder at norske sykepleiere får for lite trening på i slik kommunikasjon gjennom utdanning. Dette er en tilbakemelding utdanningsinstitusjoner må vurdere.

Som essayet viser kan sykepleieres forståelse av begrepet kunnskapsbasert praksis indirekte påvirke hvordan sykepleiere utøver omsorg. Mitt håp er at vi fremover ikke bruker tid på å diskutere om vi er for eller imot kunnskapsbasert praksis, men bruker tid på bygge bro mellom posisjonene slik at omsorgen for våre pasienter blir best mulig. I tillegg må det fortsatt jobbes med kompetanseheving av sykepleiere og etablering av en kultur som bidrar til en kunnskapsbasert praksis.

## Referanser

- Alsvåg, H. 2009. Kunnskapsbasert praksis er ikke nytt. *Sykepleien Forskning*,3(9): 216- 220
- Alsvåg, H. 2010. Sykepleiens tre dimensjoner. I *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Unni Knutstad(red), 417- 449. Oslo, Akribe
- Amdam, J. & Amdam, R. 2000. *Kommunikativ planlegging. Regional planlegging som reiskap for organisasjons og samfunnsutvikling*. Oslo, Det norske samlaget.
- Benestad, HB & Laake, P. 2004. *Forskningsmetode i medisin og biofag*. Oslo, Gyldendal Norsk forlag.
- Berland, A., Gundersen, D., Bentsen, SB. Evidence-based practice in primary care. An explorative study of nurse practitioners in Norway. *Nurse Education in Practice*. 2012;12(6):361–5.
- Brevik, S. & Tymi. A.2013. Hva innebærer systematisk kliniske undersøkelser i sykepleie. *Sykepleien Forskning*. Oppdatert 17.7.17. Lest 12.9.18.  
<https://sykepleien.no/forskning/2013/10/hva-innebaerer-systematisk-klinisk-undersokelse-i-sykepleie>
- Byrkjeflot, H. 2011. Healthcare states and medical Professions: The Challenges from NPM. In *New Public management*, 147- 161. Red. Christensen, T. & P.Lægred. Ashgate Publishing limited. Farnham.
- Chewning, B., Bylund, CL., Shah, B., Arora., NJ, Gueguen, JA. & Makoul, G. 2012. Patient preferences for shared decisions: A systematic review. *Patient Education and Counselling* 86 (2012):9-18 <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.004>
- Edgar, Andrew. "The Theory of Communicative Action." In *Philosophy of Habermas*, 138-87. McGill-Queen's University Press, 2005. <http://www.jstor.org/stable/j.cttq47q0.10>.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N.,Loyd, A., Kinnersly, P. Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A. & Barry, M. 2012. Shared Decision making: A Model for Clinical Practice. I *Gen Intern med* 27(10):1361-7  
<https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Graverholt, B., Nortvedt MW., Reisersgaard, A. & Jamtvedt, G. 2011. Kunnskapsbasert praksis og det instrumentalistiske mistaket. *Sykepleien Forskning* 3(6): 246-252
- Grønvik, CKU., Ulvund, I. & Bjørkly, S.2018. Videreutdanning gjør sykepleiere bedre rustet til å arbeide kunnskapsbasert. *Sykepleien Forskning* 2018 13(69520) (e-69520) DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.69520>
- Hanssen, TA. & Nortvedt, MW. 2001. Hvordan komme i gang. *Sykepleien*, 89(17): 39-.42
- Helse og omsorgsdepartementet. 2009. *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted-til rett tid*. Meld. St. 47/2008-2009. Oslo

- Helse og omsorgsdepartementet. 2013. *Morgendagens omsorg*. Meld. St. 29/2012-2013. Oslo.
- Helse og omsorgsdepartementet. 2011. *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Meld. St. 10 (2012–2013).
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2014. *Kvalitet og pasientsikkerhet*, Meld. St. 12 (2015–2016).
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2014. *HelseOmsorg21: et kunnskapssystem for bedre folkehelse*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *Regjeringa sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien: forskning og innovasjon i helse og omsorg (2015–2018)*. Oslo.
- Hjelen, W. & Sagbakken, M. 2018. Operasjonssykepleiere mangler tid og kompetanse til å arbeide kunnskapsbasert. *Sykepleien Forskning* 2018 13(69422) (e-69422)  
DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.69422>
- Jamtvedt, G., Bjørndal, A. & Hagen, KB. 2003. *Kunnskapsbasert fysioterapi: metoder og arbeidsmåter*. Oslo. Gyldendal akademisk
- Kirkevold, M. 2013. Er det på tide å bygge bro over kunnskapskløften i sykepleiefaget? I H. Alsvåg, Å, Bergland og O. Førland (red), *Nødvendige omveier: En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70 års dag*, 265- 275. Oslo. Cappelen Damm Akademisk
- Larsen, TH. & Solvoll, B. 2017. Lærer å bruke forskningsartikler. Sykepleiestudenter synes det er vanskelig å finne og ta i bruk forskningsbasert kunnskap i praksis. *Sykepleien* 105(2) (44-47) <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.60331>
- Lovdata. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter. (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Martinsen, K. 2003a. *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk -filosofiske essays*. 2. utg. Oslo. Universitetsforlaget. Lest 12. september 2018: [https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2007091800013](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2007091800013)
- Martinsen, K. 2003b. *Fenomenologi og omsorg: Tre dialoger*. 2. utg. Oslo. Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. & Boge, J. 2004. Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Sykepleien* 13 :58-60. Lest 8.9.18. <https://sykepleien.no/forskning/2004/08/kunnskapshierarkiet-i-evidensbasert-sykepleie>
- Martinsen, K. 2005. *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo. Akribe
- Martinsen, K. 2006. *Care and vulnerability*. Oslo. Akribe
- Martinsen, K. 2009. Evidens- begrensende eller opplysende? I Å se og å innse. *Om ulike former for evidens*. Martinsen, K og K. Eriksson, 81-156. Oslo. Akribe

- Martinsen, K. 2013. Omsorg, sårbarhet og tid. I *Nødvendige omveier- en vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70 års dag*, red. Alvsvåg, H., Bergland, Å. og O. Førland, 369- 375. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Norborg, RW. 2010. *Medvirkning i samfunnsplanlegging og helsefremmende arbeid- mellom politikk og realitet*. Rapport 2/2010.Volda: Høgskolen i Volda & Møreforskning
- Nordtvedt, MW. & Hanssen, TA. 2001a. Evidensbasert sykepleie. *Sykepleien*, 89(16): 58-61
- Nordtvedt, MW. & Hanssen, TA. 2001b. Styrke og begrensninger ved evidensbasert sykepleie. *Sykepleien*, 89(18): 42-45
- Nortvedt, P. & Grimen, H.2004. *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt MW., Hanssen TA. & Lygren, H. 2004. Kritikken mot evidensbasert sykepleie-debatt eller akademisk øvelse. *Sykepleien*, 92(15): 62-63
- Nortvedt, P.2012. Sykepleieetikk må bli kunnskapsbasert. *Sykepleien* 13:72- 73- Lest 10.9.18 <https://sykepleien.no/etikk/2012/11/sykepleieetikk-ma-bli-kunnskapsbasert>
- Pettersen, T. 2008. *Comprehending care: Problems and possibilities in the ethics of care*. United Kingdom: Lexington Books
- Sandvik, GK., Stokke, K. & Nortvedt, MW. 2011. Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? *Sykepleien Forskning* 6(2): 160-7. Tilgjengelig fra <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forskning/676333.pdf?c=1410453150>
- Seljelid, B. 2016. Brukermedvirkning krever informasjon. *Sykepleien* 4:50-52 10.4220/Sykepleiens.2016.56690
- Snibsøer, AK., Olsen NR., Espehaug, B. & Nortvedt, MW. Holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis. *Sykepleien Forskning* 7(3):232-41. Tilgjengelig <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0129>
- Skjervheim H. Det instrumentalistiske mistaket. 2002. I *Mennesket*, Hellesnes, J., og Skirbekk G. s 130. Universitetsforlaget, Oslo.
- Stokke, K., Olsen, NR., Espehaug, B. & Nortvedt, MW. 2014. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. *BMS Nursing* 13(8): 1-10





**Høgskolen i Molde**  
PO.Box 2110  
N-6402 Molde  
Norway  
Tel.: +47 71 21 40 00  
Fax: +47 71 21 41 00  
post@himolde.no  
www.himolde.no



**Møreforskning Molde AS**  
Britvegen 4  
N-6410 MOLDE  
Norway  
Tel.: +47 71 21 42 90  
Fax: +47 71 21 42 99  
mfm@himolde.no  
www.mfm.no