

ANESTESISJUKSKÖTERSORS UPPFATTNINGAR AV EVIDENSBASERAD VÅRD

CECILIA WALLIN BENTRARI

Akademien för hälsa, vård och välfärd
Examensarbete i vårdvetenskap med
inriktning omvårdnad
Avancerad nivå
Masterprogrammet i vårdvetenskap med
inriktning omvårdnad 120 hp
VAE158, 30 hp

Handledare: Margareta Asp
Examinator: Inger K Holmström

Datum: 2018-10-31

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Evidensbaserad vård är en indikator på god och säker vård. Att arbeta evidensbaserat är ett förhållningssätt som förutsätter kunskap och praktiskt handlande. Förhållningssättet innebär viljan att tillämpa bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap som underlag för vårdbeslut och det praktiska handlandet är processen i vilken sjuksköterskor tillämpar vetenskaplig kunskap. Anestesisjuksköterskor behöver vara rustade för att delta aktivt och ta ansvar för evidensprocessen i den anesthesiologiska omvårdnaden.

Syfte: Att beskriva anestesisjuksköterskors uppfattningar av evidensbaserad vård som förhållningssätt och process.

Metod: En kvalitativ forskningsansats med fenomenografisk inriktning. Insamlad data från 18 kvalitativa intervjuer, som genomfördes med anestesisjuksköterskor från två sjukhus i Sverige, analyserades induktivt.

Resultat: Tre beskrivningskategorier om anestesisjuksköterskors uppfattningar av evidensbaserad vård framträdde och presenteras i ett utfallsrum; *Vårdkultur med fokus på vårdvetenskapens dolda funktion, Kunskap med ansvar och begränsningar och De goda handlingarna: att vilja bättre för patienten, Vårdkultur och vårdvetenskapens dolda funktion förefaller ha en övergripande position i förhållande till övriga beskrivningskategorier.*

Slutsats: För att förbättra den evidensbaserade vården och stärka anestesisjuksköterskornas profession kan insikten om de olika uppfattningarna mötas med utbildning och kunskapsöverföring. Särskilt viktigt är att stärka den egna professionen genom att värdera det vårdvetenskapliga evidensbegreppet.

Nyckelord: Evidensbaserad vård, evidensbaserad anesthesiologisk vård, fenomenografi, anesthesiologisk omvårdnad, perioperativ vård

ABSTRACT

Background: Evidence-based practice is an indicator of best practice. Evidence-based practice is an approach that requires knowledge and practical action. The approach is the willingness to apply the best available scientific knowledge as a basis for clinical decisions, and practice is the process in which nurses apply scientific knowledge. Nurse anesthetist's need to be equipped to participate actively and take responsibility for the evidence process in the anesthetic care.

Aim: To describe the nurse anesthetist's' perceptions of evidence-based practice as an approach and a process.

Method: A qualitative research design with a phenomenography approach. Data from 18 qualitative interviews, conducted with nurse anesthetists from two hospitals in Sweden, were analyzed inductively.

Findings: Three descriptive categories of nurse anesthetist's perceptions of evidence-based practice appeared presented in an outcome space: *Culture in healthcare settings: focusing on the hidden function of caring science, Knowledge with responsibility and limitations, and Good actions: To want better for the patient.* The culture in healthcare settings and the hidden function of caring science seems to have an overall position in relation to the other descriptive categories.

Conclusions: In order to improve evidence-based practice and strengthen the profession of nurse anesthetists, the insight of different perceptions can be met with education and knowledge. Particularly important is to strengthen the nurse anesthetist's profession by appraising the concept of caring science.

Keywords: Evidence based practice, evidence based anaesthesia nursing practice, phenomenography, anaesthetic care, perioperative care

INNEHÅLL

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	1
2.1	Evidens som grund för god och säker vård	1
2.2	Anestesisjuksköterskan kompetens, funktion och profession	2
2.3	Evidensbegreppets historik.....	3
2.4	Olika uppfattningar av evidens.....	4
2.5	Kunskap	7
2.5.1	<i>Episteme</i>	7
2.5.2	<i>Techne</i>	8
2.5.3	<i>Fronesis</i>	8
2.5.4	<i>Erfarenhetsbaserad kunskap</i>	8
2.5.5	<i>Sjuksköterskans kunskapsutveckling</i>	9
2.6	Tidigare forskning om evidensbaserad vård.....	9
2.7	Anestesisjuksköterskan och evidensbaserad vård	12
2.8	Teoretiskt perspektiv.....	12
2.8.1	<i>Vårdvetenskapligt evidensbegrepp</i>	12
2.8.2	<i>Huvud-hjärta-hand modellen</i>	12
2.9	Problemformulering	14
3	SYFTE	14
4	METODOLOGISK ANSATS	15
4.1	Fenomenografi.....	15
4.2	Teoretiska antaganden inom fenomenografin.....	16
4.2.1	<i>Första och andra ordningen perspektiv</i>	17
4.2.2	<i>Uppfattningar</i>	17
4.2.3	<i>Vad och hur</i>	17
4.2.4	<i>Varför fenomenografi?</i>	18
4.3	Studiedesign.....	19
4.4	Kontext, urval och deltagare.....	19

4.5	Datainsamling.....	20
4.6	Data analys	21
4.7	Etiska överväganden.....	22
5	RESULTAT.....	22
5.1	Utfallsrum.....	23
5.2	Vårdkultur med fokus på vårdvetenskapens dolda funktion.....	23
5.3	Kunskap med ansvar och begränsningar	27
5.4	De goda handlingarna: att vilja bättre för patienten.....	28
6	DISKUSSION.....	28
6.1	Resultatdiskussion.....	29
6.2	Metoddiskussion	34
6.3	Etisk diskussion	37
7	KLINISK RELEVANS OCH FÖRSLAG PÅ FRAMTIDA FORSKNING.....	38
8	SLUTSATS.....	38
	REFERENSLISTA	40

BILAGA A INFORMATIONSBRIV

BILAGA B INFORMERAT SAMTYCKE

BILAGA C INTERVJUGUIDE

BILAGA D EXEMPER PÅ ANALYSPROCESS

1 INLEDNING

När jag som anestesijuksköterska blev medveten om att evidensbaserad vård ingår i mitt förväntade kompetensområde väcktes mitt intresse för hur anestesijuksköterskor förhåller sig till detta. Min erfarenhet är att evidensbaserad vård är ett begrepp som används i vårdverksamheter dagligen. Men, evidensbaserad vård, som förhållningssätt och process kan uppfattas olika beroende på anestesijuksköterskans förståelse, kunskap och utbildning inom området. Begreppet evidensbaserad vård förefaller användas med självklarhet utan diskussion kring hur vi som enskilda anestesijuksköterskor uppfattar det. Evidensbaserad vård associeras med vetenskap och forskning. Det innebär att anestesijuksköterskan behöver vara rustad för det uppdraget, delta aktivt och ta ansvar för evidensprocessen i den anesthesiologiska omvårdnaden. Det är av betydelse att belysa anestesijuksköterskors uppfattningar av evidensbaserad vård eftersom dessa får konsekvenser för det professionella yrkesutövandet och att detta inte heller finns beskrivet i anestesijuksköterskans kontext.

2 BAKGRUND

I det här avsnittet kommer evidensbegeppets innebörd och utveckling beskrivas utifrån ett historiskt perspektiv och utifrån tidigare forskning inom området. Anestesijuksköterskors profession och kompetens beaktas likväl som de olika kunskapsformer som ligger till grund för anestesijuksköterskors yrkeskunskap.

2.1 Evidens som grund för god och säker vård

Begreppet evidensbaserad vård innebär enligt Svensk sjuksköterskeförening att:

utifrån sin kliniska expertis väger samman en patients unika förutsättningar och preferenser med bästa tillgängliga vetenskapliga bevis för nyttan av olika åtgärder, när man utformar vården. Evidensbaserad vård är avgörande för hälso- och sjukvårdens förmåga att bedriva en vård som är kunskapsbaserad och ändamålsenlig och som ger bästa möjliga vårdresultat (Svensk sjuksköterskeförening, 2016)

Svensk hälso- och sjukvård regleras av flera lagar för att försäkra god och säker vård. Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 2017:30), lyfter fram hälso- och sjukvårdsorganisationers skyldigheter och krav på vårdgivarna att bedriva god och säker vård. För att stärka patienters rätt till god och säker vård förtydligas i Patientlagen (SFS 2014:21) patientens ställning, integritet, självbestämmande och delaktighet i vårdsituationer. Därutöver finns även

Patientsäkerhetslagen, PSL (SFS 2010:659) som syftar till att främja patientsäkerhet och minska vårdskador.

För att kunna verkställa denna lagstiftning samtidigt som kraven på att sjuksköterskors kunnande ständigt förändras genom teknisk och medicinsk utveckling har kärnkompetenser för sjuksköterskor utvecklats. Dessa kärnkompetenser är vägledande för sjuksköterskors kompetens och profession, de gäller därmed även för specialistutbildade sjuksköterskor. Alla specialistsjuksköterskor behöver kompetens för avancerad vård inom evidensbaserad vård, personcentrerad vård, samverkan i team, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och informatik (Leksell & Lepp, 2013; Furuåker & Nilsson, 2013). I det här arbetet behandlas dock enbart kärnkompetensen evidensbaserad vård.

Evidensbaserad vård är en indikator på god och säker vård och förekommer som begrepp i vårdforskning, styrdokument, lagar och i verksamhetsmål (von Post, 2008). Att arbeta evidensbaserat är ett förhållningssätt som förutsätter kunskap och praktiskt handlande. Förhållningssättet innebär viljan att tillämpa bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap som underlag för vårdbeslut och det praktiska handlandet är processen i vilken sjuksköterskor tillämpar vetenskaplig kunskap (Willman, Stoltz & Bahtesvani, 2011). Alla vårdhandlingar, kliniska beslut och planering behöver utföras efter bästa tillgängliga evidens. Sjuksköterskor behöver därför kompetens att ställa kritiska frågor, systematiskt söka, sammanställa, kritiskt granska, tillämpa och utvärdera befintliga forskningsresultat och kontinuerligt uppdatera sin kunskap (Leksell & Lepp, 2013; Furuåker & Nilsson, 2013; Polit & Beck, 2012).

2.2 Anestesisjuksköterskans kompetens, funktion och profession

Anestesisjuksköterskans profession utvecklades i USA i början av 1900- talet (Goode, 2015). Det ansågs vara viktigt att anestesi var en egen specialitet avskild från kirurgin. Patientsäkerhet och rutiner kring anestesisjukvård blev anestesisjuksköterskans huvudområden. Historiskt sett har patientsäkerhet varit stark kopplat till anestesisjuksköterskans kompetensområde. Evidensbaserad vård har därmed alltid varit aktuellt redan innan det fanns som definierat begrepp. Anestesisjuksköterskan i Sverige arbetar enligt Socialstyrelsen rekommendationer med att tillämpa en kunskaps och evidensbaserad vård systematiskt insamlad, granskad, värderad och sammanställd vetenskapligt på ett metodiskt sätt (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Delar av anestesisjuksköterskans yrkesansvar som kvalitetsutveckling, baseras på evidens och erfarenhet för att uppnå optimal vård.

Anestesisjuksköterskans kunskapsområde är väldefinierat (Gran Bruun, 2013). Det kan härledas ur många olika vetenskapliga discipliner som omvårdnad, medicin, farmakologi, teknologi och social vetenskap. Kunskapsområdena förser anestesisjuksköterskan med kompetens, färdigheter och verktyg för att utöva sin profession. Anestesisjuksköterskor har en självständig yrkesfunktion och ett eget yrkesansvar. Det innebär att anestesisjuksköterskor arbetar självständigt med att inducera, underhålla och avsluta generell anestesi med viss hjälp och stöd av anesthesiolog (Riksföreningen för anestesi och

intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012). En av anestesisjuksköterskans huvudsakliga uppgift är att arbeta förebyggande. Det uttrycker sig i form av ett förhållningssätt där patienten är i fokus och att vårdhandlingarna är inriktade på att lindra smärta, lindra lidande samt främja hälsa och välbefinnande

Anestesisjuksköterskors specifika område är den anesthesiologiska omvårdnaden (Gran Bruun, 2013). Kärnan i den anesthesiologiska omvårdnaden är den tillitsskapande relationen mellan patient och vårdare (Lindwall & von Post, 2008, 2005). En stor del av anestesisjuksköterskans arbete är att möta patienterna oro, att minska den psykiska stressen inför anestesi och kirurgi och att etablera en relation som skapar tillit. Att bemöta patienten med respekt, att värna om patientens värdighet och att föra patientens talan, är anesthesiologiska omvårdnadshandlingar. Hur man ser på värdighet beror på vilken vårdkultur som råder på arbetsplatsen. Lindwall och von Post (2005, 2008) förespråkar en kultur i det perioperativa sammanhanget där det sanna, det sköna och det goda ger evidens. I det sanna ligger upplevelser om vad som är rätt och fel. Det är uppfattningar om hur världen är beskaffad. Att vara sann mot sig själv är att reflektera över de val som görs. Det goda är att vilja göra gott för andra och utföra goda handlingar. Det sköna är det som upplevs som vackert i livet. Evidensbaserad vård bygger på dessa aspekter. Tyngdpunkten ligger på det etiska förhållningssättet. En vårdhandling ska bygga på erfarenheter, kunskap och moraliska överväganden tillsammans med patienten. Evidensen omfattar även patientens upplevelser.

2.3 Evidensbegreppets historik

Evidenstanken utifrån ett historiskt perspektiv visar att den har sett olika ut över tid (Eriksson & Nordman, 2004). Redan Florence Nightingale förespråkade på 1800-talet ett arbetssätt som liknar det vi idag kallar evidensbaserad vård (Mackey & Bassendowski, 2017). Nightingale strävade efter att förbättra vården för patienterna genom att metodiskt arbeta med säkerhet och hygien. Enligt Eriksson och Nordman (2004) uppfattades vårdandet under den förvetenskapliga perioden som konst. Ett humanvetenskapligt evidensbegrepp med det sanna, det sköna och det goda i vårdandet var mer uttalat. Men, i samband med de empiriska vetenskapernas utveckling, fick ett naturvetenskapligt och metodorienterat evidensbegrepp stor betydelse inom hälso – och sjukvården. Den medicinska synen på evidens har fortsättningsvis haft ett stort inflytande på den evidensbaserade vården.

På 1970 - talet lanserade läkaren Archie Cochrane idén om evidensbaserad medicin (Mackey & Bassendowski, 2017; Scott & Mc Sherry, 2009). Cochrane menade på att den samtida vården var ineffektiv och till och med ibland skadlig. Cochrane ansåg att hälso - och sjukvården behöver arbeta utifrån vetenskaplig evidens och inte enbart utifrån kliniska bedömningar. Cochrane förstod att inom sjukvården skulle resurser spela en betydande roll och ibland vara avgörande för de kliniska besluten. Han menade därför att endast de bevisade metoderna som var mest effektiva skulle användas. I den evidensbaserade medicinen fick forskning från randomiserade kontrollerade studier (RCT studier) stå för den vetenskapliga evidensen. Evidensbaserad medicin kom sedermera att definieras av Straus

med kollegor (2011) som “The integration of the best research evidence with our clinical expertise and our patient’s unique values and circumstances” (s. 1).

Vårdvetenskapligt har evidensbegreppet från 60 - talet och framåt följt det naturvetenskapliga perspektivet (Eriksson & Nordman, 2004). Dock har det visat sig vara problematiskt i vårdvetenskapliga sammanhang att använda sig av ett naturvetenskapligt metodorienterat perspektiv för att värdera forskning inom en humanvetenskaplig tradition (Eriksson & Nordman, 2004, Willman m.fl. 2011). Omvårdnad, som är inom den vårdvetenskapliga traditionen, innebär att ge individuellt anpassad vård men forskningen prioriterar kvantitativa kriterier och resultat med likartad vård. Verksamheterna har också haft svårigheter med att implementera evidens och den teoribaserade forskningen.

År 2008 kom Sigma, Theta Tau International med en definition på evidensbaserad vård citerad i Polit & Beck (2017) som i större utsträckning, än tidigare definitioner, uppfattades som användbar inom omvårdnad. Evidensbaserad vård beskrevs som “The process of shared decision making between practitioner, patient and other significant to them based on research evidence, the patient’s experiences and preferences, clinical expertise or know-how and other available robust sources of information” (s 22).

I det här examensarbetet avses evidensbaserad vård som kunskaps - och evidensbaserad vård systematiskt insamlad, granskad, värderad och sammanställd vetenskapligt på ett metodiskt sätt. Med vetenskap avses både kvantitativ och kvalitativ forskning. I anestesijuksköterskans evidensbaserade vård har patienten en viktig roll och delaktighet ska främjas. Evidens är inte enbart att söka bevisets väg utan evidens är också det goda, det sköna och patientens upplevelser.

2.4 Olika uppfattningar av evidens

Evidensdiskussionen från 90 talet och framåt har präglats av frågor kring vad som är evidens och vilken forskningsmetodologi ses som god forskning för att resultera i evidens (Eriksson & Nordman, 2004). Det finns olika beskrivningar på evidensbegreppet vilket skapar oenighet kring vad evidens är (Dahlberg & Segersten, 2010). I enlighet med det starkt naturvetenskapliga paradigmet som präglar vården är det kvantitativ forskning och kvantitativa bevis som anses ha starkast evidens. Evidens enligt naturvetenskapliga paradigmet kommer från den empiriska, kvantitativa och systematiska forskningstraditionen (Grey, Plath & Webb, 2009; Mantzoukas, 2008; Thorne, 2008, Dahlberg & Segersten, 2010). Inom forskningen är randomiserade kontrollerade prövningarna (RCT) de forskningsstudier som har högsta vetenskapliga status, gold standard, genom att utvärdera åtgärd och effekt i stora grupper med kontrollgrupper (Willman m.fl. 2011). Förutom RCT studierna anses de systematiska översikterna som använder metaanalys ha ett mycket högt vetenskapligt värde. Metaanalysen söker och visar på samband mellan en intervention och ett utfall (Korhonen, Haukulinen-Viitanen; Jylhä & Holopainen, 2013).

Forskningshierarkin leder till att kunskapsområden som har betydelse för sjuksköterskan exkluderas (Thorne, 2009). Det innebär att kvalitativa forskningsområden som omvårdnad, upplevelser, erfarenheter, relationer och kommunikation i vården inte prioriteras eller anses ha tillräcklig evidens. Dessa områden som är sjuksköterskans kompetensområden och ansvar förutsätter en annan typ av studier som inte specifikt utvärderar orsak och effekt (Willman m.fl. 2011). Sådana studier är t.ex. systematiska översikter eller kvalitativa och kvantitativa primärstudier. Metasyntes är en metod som syntetiserar kunskap som behövs i evidensbaserad vård (Korhonen m.fl. 2013). Metasyntes omfattar flera metodologier som syntetiserar kvalitativa forskningsresultat. Synteserna sammanställer och förklarar fenomen och ger en mer samlad kunskap än enskilda studier. Informationen anses vara djupgående och pålitlig eftersom det görs en omtolkning av tidigare studiers kvalitativa resultat. En sådan grund underlättar för sjuksköterskans kliniska beslutsfattande samt beaktar patientens perspektiv i evidensbaserad vård.

Mantzoukas (2008) och Rycroft – Malone m.fl. (2004) utmanade forskningshierarkin och the gold standard som forskningsresultat mäts med. De menade att de mest omfattande RCT studierna inte alltid är relevanta för alla sammanhang (Mantzoukas, 2008, Thorne, 2009). RCT studierna förbiser en viss typ av kunskap som är viktig för att kunna erbjuda individualiserad och effektiv vård i rätt sammanhang (Mantzoukas, 2008). Evidensbaserad vård är viktig för omvårdnaden men den stränga forskningshierarkin hindrar implementering av evidens i omvårdnad. Den reflektiva processen är en viktig komponent som bör finnas med i evidensbaserad vård och som kan stärka sjuksköterskan i det kliniska beslutsfattandet. Reflektion är en process där omedveten kunskap medvetandegörs och får ord. Den omedvetna kunskapen utgörs främst sjuksköterskans erfarenheter och patientens individuella behov. Reflektion möjliggör en individuell och holistisk omvårdnad och best practice och ska användas tillsammans med andra kunskapsformer. Thorne (2009) däremot menar att ovetenskapliga kunskapskällor inte kan göras om till vetenskap. Klinisk kunskap, sjuksköterskans personliga kunskap och patientens individuella preferens är inte en form av evidens. För att stärka den kvalitativa forskningens evidens, föreslår Thorne kvalitativ metasyntes.

Grey m.fl. (2009) hävdar att evidensbaserad vård inte bara handlar om att använda sig av evidens i det kliniska arbetet och beslutsfattandet utan det handlar också om att vara systematisk i sitt sätt att vårda. Evidensbaserad vård är en strategi för att få det bästa resultatet för patienten. Den evidensbaserade metoden baseras på empirisk kunskap. Det evidensbaserade förhållningssättet är en vilja och en kunskap om hur man finner och hur man implementerar bästa evidens i vården. Evidensbaserad vård är ett handhavande och inte enbart en kunskapsteori. Det är inte heller enbart en medicinsk strategi. Gray m.fl. resonerar vidare om att forskning från ett större och bredare kunskapsfält och ett vidare evidensbegrepp leder till kunskap som är meningsfull och värdefull för patienten avseende subjektiv hälsa, välmående och livskvalitet. Rycroft-Malone m.fl. (2004) samt (Dawes m.fl. 2005), instämmer i att ett bredare perspektiv på evidens är nödvändigt. I vården kring patienten bör olika typer av evidens användas och interagera som forskning, klinisk erfarenhet, patientens erfarenhet och kunskap samt information om sammanhanget och

situationen. De kliniska besluten bör fattas utifrån flera olika perspektiv för att förstå och vårda hela människan.

Eriksson & Nordman (2004) skriver att det behövs en gemensam vårdvetenskaplig syn på evidensbegreppet för att kunna skapa en tradition och kultur och ett meningssammanhang för evidensbaserade vårdande kulturer. Det medicinska evidensbegreppet är för snävt och begränsande i sin strävan efter enbart mätbara metoder. Inom vårdvetenskapen behövs en annan typ av studier. Det är andra forskningsfrågor som är aktuella och man söker annan kunskap. Bästa evidens som kan ligga till grund för kliniskt beslutsfattande kan komma från både kvantitativ och kvalitativ forskning (Willman m.fl 2011). Evidens ur ett vårdvetenskapligt perspektiv omfattar enligt Eriksson, Myllymäki & Nordman (1999) ett humanvetenskapligt perspektiv, ett förståelseperspektiv och kvantitativa och kvalitativa forskningstraditioner. Förståelseperspektivet innebär en hermeneutisk dimension som omfattar djupare förståelse, och förenande av teori och praktik. Den djupare förståelsen för människan som helhet syftar till att förbättra vården för patienten. De inkluderar förutom omvårdnadsinsatsernas effekt de estetiska och etiska värderingsprinciperna i evidensbegreppet. Det vårdvetenskapliga evidensbegreppet är mångdimensionellt. Den inre dimensionen i det vårdvetenskapliga evidensbegreppet är vårdandets substans; det sanningslika, det sköna och det goda. Vetenskaplig kunskap är evidens i yttre mening d.v.s. sann, saklig och realistisk kunskap. Sjuksköterskans bör ha en förmåga att tillämpa teoretisk kunskap i en specifik situation utifrån patientens behov och önskemål. Den bedömningsförmågan utgör den inre evidensen. Den yttre evidensen handlar om praktiskt och teoretiskt kunnande, om metoder, nyttan och behandlingars värde

Dahlberg och Segersten, (2010) påtalar som i evidensdiskussionen att det inte går att placera in vårdvetenskapliga fenomen i matriser och statistik eftersom de är omätbara i det avseendet. Martinsen och Eriksson (2009) instämmer i att naturvetenskapens evidensbegrepp är för smalt för vårdvetenskapen. Vårdvetenskap är mångfacetterat och det bör också innehålla en ontologisk aspekt i evidensbegreppet. Eriksson m.fl., (1999) motsätter sig att evidens uppfattas som ett metodproblem och menar på att man glömmer frågan om vårdandets innehåll och substans. Begreppet evidens har en djupare mening och är inte enbart en forskningsbaserad praktik. När det forskas om erfarenheter är beskrivningar bättre än siffror (Martinsen & Eriksson, 2009). Genom att titta på både uttalade och dolda betydelser i beskrivningar av omvårdnadsfenomen kommer man närmare fenomenets kärna. Dahlberg och Segersten (2010) för fram att betydelsen av forskningsresultat för patienter beror på hur sjukvårdspersonal förstår och för fram sådan kunskap. Icke mätbara fenomen som hopp, smärta, tillit, välbefinnande försvinner som kunskap och evidens om det naturvetenskapliga evidensbegreppet med statistisk signifikans är den enda evidensen.

Det finns omvårdnadsforskare som förhåller sig kritiskt till evidens inom omvårdnad och menar att eftersom evidens främst är sprunget ur RCT studier reduceras sjuksköterskans funktion till att återigen vara läkarens assistent (Mitchell, 1997). Redan 1998 uttryckte Estabrooks farhågor om evidensbaserad vård och dess betydelse för omvårdnaden. Estabrooks ansåg att det var viktigt att undersöka den evidensbaserade vårdens ursprung och konsekvenser. Estabrook kom fram till att den evidensbaserade vården borde innehålla fler aspekter än enbart vetenskapliga bevis.

Mitchell (2013) uttrycker sig kritiskt om evidensbaserad vård som ideologi och hur det utvecklats till att påverka sjuksköterskorna i sin professionella roll. Evidensbaserad vård tillmäts sådan betydelse att sjuksköterskor idag känner sig illa rustade och ibland oförmögna till att fatta kliniska beslut och vårda patienter om de inte har tillgång till bästa evidens eller styrdokument och riktlinjer. Mitchell (2013) för fram att evidensbaserad vård inte bör vara den enskilda sjuksköterskans ansvar utan ett organisatoriskt och kollektivt ansvar. Sjuksköterskor bör i stället ägna sig åt att föra fram en mer etisk grund i det praktiska arbetet utifrån omvårdnadsfilosofi. Chefer inom sjuksköterskeprofessionen samt utbildare bör skapa miljöer och förutsättningar för sjuksköterskor att delta i lärandeprocesser, reflektion och kritiskt tänkande gällande frågor om hälsa, politik och social rättvisa. Det bör skapas diskussioner och frågor kring tillgängliga bevis i kontexten delaktighet, patient/familj och organisationens resurser. Evidensbaserad vård är begränsande i sitt perspektiv och sjuksköterskeprofessionen är mycket mer komplex än så. Förespråkare däremot, menar att evidens är ett komplement inom omvårdnaden. Det samverkar med flera områden kring patienten i syfte att skapa god och säker vård (Willman m.fl. 2011).

Sammantaget, med beaktande av evidensbegreppets olika uttrycksformer, kommer evidens från olika kunskapskällor som forskning, klinisk erfarenhet, patientens erfarenhet och tillgängliga resurser (DiCenso m.fl. 1995; Rycroft-Malone m.fl. 2004).

2.5 Kunskap

I ett samspel mellan olika kunskapsformer formas anestesijuksköterskans kompetens och förhållningssätt. De vanligt förekommande kunskapsperspektiven i västvärlden kommer från antikens Grekland och härleds ofta från Platon och Aristoteles (Gustavsson, 2004). Platon och Aristoteles lade grund till två olika sätt att se på kunskap och vetenskap som de kallade rationalism och empirism. Inom rationalismen hävdar man att kunskap kommer från logiskt tänkande medan empirismen menar att kunskap nås genom sinneserfarenhet. De olika synsätten på hur världen förstås är viktiga för att besvara vetenskapliga frågor och välja utgångspunkt för det vetenskapliga området. Enligt Aristoteles finns det en verklighet. Den verklighet som är tillgänglig för oss genom våra sinnen. Vidare menade Aristoteles att sann kunskap nås genom empiriska studier och inte genom rationellt tänkande. Aristoteles ansåg att det fanns olika sorters kunskap. Han identifierade tre kunskapsformer som benämns episteme, techne och fronesis. Episteme som den vetenskapliga och logiska kunskapsformen, techne, den tekniska, instrumentella kunskapsformen och fronesis, klokheden och eftertankens dygd samt det goda omdömet.

2.5.1 Episteme

Episteme, vetande, är teoretisk - vetenskaplig kunskap (Gustavsson, 2004). Den är faktabaserad och det går finna orsak och förklara samband. Episteme betraktas ofta kunskap som man håller för sann, kan berättiga eller bevisa som sann.; ”knowing that”. All slags vetenskaplig kunskap ligger inom kunskapsfältet episteme. Inom den teoretiska kunskapen

finns bl.a. vetenskapliga traditioner som den naturvetenskapliga och den humanvetenskapliga. Den empiriska kunskapen kan vetenskapligt bevisas. Inom den empiriska kunskapssteorin diskuteras vad som är vetenskapens kärna och vad som är sann vetenskap i forskning. Detta kunskapsfält ligger till grund för den evidensbaserade kunskapen inom sjukvården.

2.5.2 *Techne*

Techne är den praktisk – produktiva kunskapen (Gustavsson, 2004). Den praktiska kunskapen kan kallas ”knowing how” och beskriver hur något ska göras. Techne är färdighetskunskap som förskaffas genom erfarenheter, praktisk övning och handling grundad på teori. Människans handlingar är utgångspunkten för kunskap. Reflektion är en del av techne. Praktik reflekteras för att leda fram till ny kunskap. För att kunna reflektera krävs viss erfarenhet. Techne är inlärt och kan utvecklas och förbättras.

2.5.3 *Fronesis*

Fronesis är praktisk klokhet eller visdom (Gustavsson, 2004). Fronesis förutsätter erfarenheter och gott omdöme. Praktisk visdom är ett begrepp som omfattar det etiska och politiska perspektivet. Inom detta kunskapsfält ligger det goda omdömet, det etiska förhållningssättet, grundvärderingar och människosyn som präglar våra handlingar. Etiskt vill människan göra det rätta och det goda och förbättra och hjälpa människor.

2.5.4 *Erfarenhetsbaserad kunskap*

Våra erfarenheter genererar bakgrundskunskap inför nya händelser (Gustavsson, 2004). Genom att tänka kritiskt och reflektera kan ny kunskap skapas. Benner menar att teori kan skapas från det praktiska arbetet och det praktiska arbetet kan skapa teorin (Brykczynski, 2014). Kunskap utvecklas genom experimentellt lärande och situationsbunden reflektion över det praktiska vårdarbetet. Praktisk och teoretisk kunskap är olika kunskapsformer som båda behövs i sjuksköterskans arbete. Att tillgodogöra sig kunskap är en hermeneutisk process, en pendling mellan att förklara och förstå. I den hermeneutiska processen är tolkning och djup förståelse av betydelse. Erfarenheter och kunskap uppstår när sjuksköterskan möter situationer utifrån tidigare kunskaper och förväntningar. Erfarenheter från den egna upplevda livsvärlden skapar kunskap. Kunskap består bl.a. av att verbalisera erfarenhetsbaserade färdigheter. Det Benner beskriver är en form av techne, eller ”know how” inom omvårdnaden. Benner (1994) beskriver vidare att erfarenhetsbaserad kunskap är grundläggande för att utveckla professionell färdighet. För att nå expertnivå som sjuksköterska, är det nödvändigt att ha förmågan att reflektera och kritiskt granska. Det ställer krav på arbetsmiljön på arbetsplatsen att tillåta och finna utrymme för kritisk reflektion och diskussion om erfarenheter. Om inte utrymme och förutsättningar finns är det risk att erfarenhetsbaserat lärande enbart blir reproduktivt lärande vilket inte baseras på väl

beprövad erfarenhet. Den kritiska reflektionen undersöker grundläggande argument och antaganden.

2.5.5 Sjuksköterskans kunskapsutveckling

Carper (1978) beskriver inom omvårdnaden fyra kunskapsfält som sjuksköterskans kunskapsområde. Kunskapsfälten är empirisk, etisk, estetisk och personlig kunskap (erfarenhetskunskaper). Den empiriska kunskapen är faktabaserad och deskriptiv kunskap inom vårdvetenskapen. Estetik är omvårdnad och vårdande som en konst. Den erfarenhetsbaserade kunskapen, den personliga kunskapen, innefattar vetande och kunnande. Att använda sig av och involvera kunskap i vårdande relationer. Den etiska kunskapen omfattar moralisk kunskap om vad som bör göras. Omvårdnad ska bygga på en holistisk, reflektiv och dynamisk syn på vårdandet. De olika kunskaperna och färdigheterna interagerar genom reflektion och handling och i denna dynamiska process uppstår omvårdnad.

De fyra kunskapsfälten, beskrivet av Carper (1978), och som till stor del ligger till grund för sjuksköterskans kunskapsutveckling, har kritiserats i relation till kompetensfältet evidensbaserad vård (Porter, 2010). Det finns svagheter gällande kunskapsfältens förmåga att passa in i den evidensbaserade vårdens krav på empirism. Kunskapsfälten är icke empiriska. Däremot kan praktikbaserad evidens vara en bättre beskrivning och en bättre utgångspunkt för kunskapsutveckling. Praktikbaserad evidens går att fastställa empiriskt. Det går att undersöka effekter av fungerande vårdhandlingar. Forskningsresultatets evidens ligger i utförandet eller i det som är verksamt. Att sträva efter praktikbaserad forskning kan leda till forskningsbaserad praktik vilket innebär att empirin får en demonstrativ roll i stället för en styrande roll.

De källor till praktisk kunskap som sjuksköterskor tillägnar sig kan enligt forskning vara sociala interaktioner, erfarenheter, dokument och tidigare kunskaper (Spencely, O'Leary, Chizawsky, Ross & Estabrooks, 2008). Kunskapskapande i omvårdnad är en rörelse mellan det kända, det okända, samsyn, ifrågasättande, öppenhet, takt, lek och förståelse för patienten (James, Gustavsson & Ternestedt, 2010). De tre kunskapsformerna techne, episteme och fronesis interagerar och täcker även in andra kunskaper som den erfarenhetsbaserade kunskapen. I sitt dagliga arbete genom att läsa journaler, prata med patienten, läsa av patienten, och vårda patienten skapar sjuksköterskan en djupare förståelse genom att sammanfläta episteme, techne och fronesis.

2.6 Tidigare forskning om evidensbaserad vård

Historiskt sett har sjuksköterskor haft svårigheter med att tillämpa evidensbaserad vård och tillgodogöra sig forskning i praktiken (Ross, 2010).

Ett flertal studier visar på att sjuksköterskor inte tillämpar evidensbaserad vård i sin dagliga verksamhet (Boström m.fl. 2013; Stokke, Olsen, Espehaug & Nortvedt 2014; Skela- Savič,

Pesjak, & Lobe, 2016). Det systematiska användandet av evidensbaserad vård hos sjuksköterskor som arbetar självständigt uteblir. Detta trots att sjuksköterskor har kunskap om och har en positiv inställning till evidensbaserad vård (Pereira, Pellaux & Verloo, 2018; Bohman, Ericsson & Borglin, 2013; Stokke m.fl. 2014; Kinnunen-Amorose, 2013). Det är motsägelsefullt eftersom sjuksköterskans inställning till forskning är en avgörande faktor huruvida forskning används och implementeras i arbetet. Om en positiv attityd till forskning föreligger hos sjuksköterskor är sannolikheten stor att forskningsmaterial används (Squires, Estabrooks, Gustavsson & Wallin, 2011). En positiv inställning till evidensbaserad vård och förståelse för att det gör skillnad i vården leder ändå inte till att sjuksköterskor anser att evidens är så viktigt att de finner tid i sitt dagliga arbete att söka evidens eller sätta sig in i forskning (Linton & Prasun, 2013).

Än idag kvarstår problemen med implementering och gapet mellan teori och praktik (Skela-Savic et al, 2017). Även om omvårdnadsforskning integreras i sjuksköterskans kompetens så får inte patienten bästa tillgängliga evidensbaserade vård. (Bohman m.fl. 2013).

Evidensbaserad vård förefaller inte vara en del av den professionella identiteten (Pereira m.fl. 2018; Bohman m.fl. 2013; Stokke m.fl. 2014). Man kan se i tidigare forskning att omvårdnad fortfarande är starkt dominerat av erfarenheter, tradition och intuition än på vetenskap (Renolen & Hjämhult, 2015). Erfarenheter är en viktigare kunskapskälla än vetenskap. För att kunna implementera evidens eller fatta kliniska beslut känner sjuksköterskor ett stort behov av att tro på den kunskapen som ska utföras. Det innebär att relationen till patienten och kollegor är viktig eftersom sjuksköterskor utvecklar kunskap i interaktion med patienter med stöd av egna erfarenheter och kollegor. O'leary & Ni Mhaolrúnaigh, (2011) visar på att sjuksköterskor förlitar sig och är beroende av kollegor för att få fram rätt information och fatta kliniska beslut. Beslutsfattandet och säkerheten inför ett beslut beror på erfarenhet och vilken rutin det handlar om. Är rutinen ovanlig är osäkerheten större vilket leder till en ökad benägenhet att söka hjälp med information hos kollegor. Sjuksköterskor föredrar färdiga vårdplaner och riktlinjer att följa än att själva systematiskt söka bästa tillgängliga evidens (O'leary & Ni Mhaolrúnaigh, 2012).

Olika studier har identifierat orsaker till bristen på implementering av evidensbaserad vård i verksamheterna som bl.a. är brist på tid att läsa och tillgodogöra sig vetenskaplig litteratur relaterat till hög arbetsbelastning (Brown, Kim, Stichler, & Fields 2010; Kajermo, Boström, Thompson, Hutchinson, Estabrooks & Wallin. 2010; Stokke m.fl. 2014, Yoder, Kirkley, Mcfall, Kirksey, Stalbaum, & Sellers, 2014; Friesen- Storms, Moser, Loo, Beurskens, & Bours, 2014; Solomoms & Spross, 2011, Linton & Prasun, 2013). Det föreligger ett otillräckligt stöd i organisationen för att bedriva förändringsarbete. Sjuksköterskorna upplever brist på egen erfarenhet, kunskapsbrist gällande förmåga att söka, granska och tolka vetenskaplig litteratur, brist på resurser och svagt ledarskap. Sjuksköterskor anser också att mycket av befintlig forskning inte är relevant för deras område, är av dålig kvalitet och svår att förstå (Linton & Prasun, 2013). Vidare behöver sjuksköterskor hjälp med att finna och analysera vetenskapligt material (Yoder m.fl. 2014, Linton & Prasun, 2013). De ser inte sig själva som aktiva forskningskonsumenter. För implementering av evidensbaserad vård, behövs speciellt utbildade sjuksköterskor i verksamheterna.

För att kunna förstå forskning, att tolka, värdera resultat och tillämpa evidens i praktiken behöver sjuksköterskorna tillägna sig bättre kunskaper i vetenskapligt arbete. Sjuksköterskor behöver ha bättre kunskaper i databassökning, kunskaper i kritisk granskning av vetenskapligt material och hur man får tillgång till vetenskapligt material (Ross, 2010). På senare tid har utvecklingen inom vårdteknologin inneburit att de tekniska möjligheterna att tillgå vetenskaplig information har ökat. På arbetsplatserna är vetenskapliga tidskrifter tillgängliga och elektroniska databaser med vetenskapligt material finns för vårdpersonalen att söka och använda i syfte att tillägna sig kunskap och värdera forskning. Trots detta orsakar fortfarande kompetensbrist inom det vetenskapliga området problem och hinder (Ross, 2010).

Ett återkommande tema i forskning är att implementering av evidensbaserad vård i en verksamhet kräver ett systematiskt arbetssätt där hela organisationen med ledning tar ansvar, leder, utbildar och skapar rätt förutsättningar (Friesen-Storms m.fl. 2014). För en lyckad implementering behövs strategier samt kontinuerlig utbildning (Pereira m.fl, 2018; Boström m.fl, 2013; Linton & Prasun, 2013). Sjuksköterskor i chefsposition behövs för att stötta och leda sjuksköterskor i det evidensbaserade arbetet. Nieminen, Mannevaara, & Fagerström (2011) liksom Skela-Savic, HvaliA-Touzery & Pesjak,(2017) finner att sjuksköterskan behöver avancerade kunskaper i ledarskap och utvecklig. Det kan bidra till att skapa en organisation och en kultur som genomsyras av lärande och vårdandekultur. Solomoms & Spross, (2011) visar på att utbildning i evidensbaserad vård, samarbete med bibliotek och specialutbildade sjuksköterskor som leder arbetet skapar förutsättningar för evidensbaserad vård i praktiken.

Cheferna har en viktig roll i det evidensbaserade arbetet (Jansson & Forsberg, 2016). Deras ledning och uppmuntran har betydelse för att få positiva resultat med det evidensbaserade arbetet. Cheferna förutsätter ofta att sjuksköterskorna arbetar evidensbaserat och att evidensbaserad vård förekommer i högre utsträckning än det faktiskt gör. Sjuksköterskor är mindre benägna att använda evidensbaserad vård om inte klinikledningen är involverad och kontrollerar att arbetet utförs (Jansson & Forsberg, 2016). Patientens delaktighet i beslutsfattandet faller också bort om det inte följs upp av cheferna.

Forskning visar att sjuksköterskor med akademisk utbildning som kandidatexamen, är mer benägna att implementera forskning i praktiken (Bohman m.fl. 2013). De har ofta en mer positiv inställning till forskning än de utan akademisk examen. Utbildningsnivå, individuella och kontextuella influenser påverkar sjuksköterskors benägenhet att implementera forskning i praktiken. Då det fortfarande finns skillnad mellan akademiskt utbildade sjuksköterskor och de med kortare utbildning gällande tillämpningen av evidensbaserad vård finns det ett behov av att anpassa de evidensbaserade metoderna till att vara tillgängliga även för de som inte är forskningskonsumenter och insatta i sökandet efter evidens (Friesen-Storms m.fl. 2014). Patienternas komplexa och olika behov ställer hela tiden högre krav på framtidens sjuksköterskor att ha optimal kompetens. Forskare konstaterar att för en lyckad implementering behöver verksamheterna följa med i utvecklingen och möta sjukvårdpersonalens behov av utbildning och utveckling (Meretoja & Koponen, 2012; Numminen m.fl. 2013; Linton & Prasun, 2013).

2.7 Anestesisjuksköterskan och evidensbaserad vård

Anestesisjuksköterskan har ett eget ansvar att hålla sig uppdaterad och erbjuda patienten bästa möjliga vård efter evidens. Det omfattar också att involvera patienten i processen (McFadden & Thiemann, 2009). Ross (2010) finner i sin studie att anestesisjuksköterskor i USA är väl bekanta med begreppet evidensbaserad vård. De är också vana att använda elektroniska databaser i sitt arbete samt läsa vetenskapliga publikationer. Trots detta visar studien på att över 50 % inte använder forskning för att underbygga vården.

Anestesisjuksköterskor står inför samma hinder som sjuksköterskor när det handlar om att implementera vetenskap i praktiken. De är också liksom sjuksköterskorna benägna och har en tradition att söka kunskap i erfarenheter, rutiner och kollegor snarare än att eftersöka bästa tillgängliga evidens.

2.8 Teoretiskt perspektiv

2.8.1 *Vårdvetenskapligt evidensbegrepp*

Det här examensarbetet utgår från Eriksson & Nordmans, (2004) mångdimensionella vårdvetenskapliga evidensbegrepp. Evidens inom vårdvetenskapen beskrivs som hur teori visar sig i verkligheten. Evidens är relaterat till att se, att veta, erfara och känna (Eriksson m.fl. 1999). Evidens är något som är naturligt, uppenbart, påtagligt, sant och äkta. Evidens är det som visar sig och som blir synliggjort. Det finns olika uttrycksformer för evidens (Martinsen & Eriksson, 2009). De olika formerna för evidens är ontologisk, kontextuell och kungens evidens. De blir synlig på olika sätt i vårdvetenskap, vårdforskning och vårdorganisation.

Den ontologiska evidensen innebär att vårdandets kärna synliggörs i ord, tanke och handling och påverkar den vårdande kulturen. Den ontologiska evidensen synliggör det sanna, det sköna, det goda och det eviga. Kontextuell evidens är det som blir synligt i en klinisk vårdssituation och som utgår från en empirisk verklighet. Kungens evidens har med maktstruktur att göra. Kungens evidens är ett uttryck för hur en person i en organisation kan avgöra vad som är evidens (Eriksson, 2010). Kungens evidens är både gott och ont ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Kungens evidens är av ondo om dolda maktstrukturer i en organisation eller i forskningssammanhang hindrar utvecklandet av evidensbaserad kulturer. Kungens evidens är av godo om det tillåts att fundera över vem som är kung i sammanhanget och att det är patienten kommer först i vårdssammanhang.

2.8.2 *Huvud-hjärta-hand modellen*

Huvud-hjärta-hand modellen är en evidensmodell som beskriver evidens i vårdandet (Eriksson m.fl. 1999). Vårdandet i Huvud-hjärta-hand modellen ses som vetenskap, konst och etik. Modellen utgör en logisk grund för evidensbaserat vårdande och vårdarbete.

Huvudet representerar det logiska tänkandet. Hjärtat beskriver det etiska med utgångspunkt att tron kompletterar förnuftet. Den goda och evidenta vården är till sin natur etisk. Handen refererar till tänkande och kännande. Med handens hjälp blir vården konst. Ur ett yttre perspektiv kan vårdandet beskrivas utifrån tre aspekter, en teoretisk, en praktisk och en etisk. Huvudet är då det teoretiska och det vetenskapliga, handen är det praktiska och hjärtat som det etiska.

Evidensbaserad vård bygger på huvud-hjärta-hand modellen i samverkan med det sanna, det goda och det sköna d.v.s. vårdandets etik och den vetenskapliga kunskapen och forskningen (Eriksson m.fl. 1999, Eriksson, 2010). Det sanna ligger i tanken. Det är de etiska överväganden vi gör när vi reflekterar och är sanna mot oss själva. Hur vi resonerar logiskt och hur vi förhåller oss till patienten eller människan är beroende av vår syn på människan, på sjukdom, hälsa och evidens. Det sanna de etiska val vi gör, ger vi uttryck för i handling med hjärtat. Bakom våra handlingar ligger tankens logiska reflektion och med hjärta gör vi överväganden med goda avsikter och viljan att göra något bra för patienten. Handen står för utförandet av det praktiska. I handens utförande ligger vårdkonsten d.v.s. förenandet av teori och praktik.

I vårdandets evidens ligger tanken att det som är evident är sanningslikt skönt och gott. Evidens ur vårdvetenskapen perspektiv omfattar det teoretiska, det vetenskapliga, det praktiska (vårdkonsten) och det moraliskt etiska (Eriksson m.fl. 1999, Eriksson, 2010). Vetenskapen strävar efter sanning och evidens är en stor del av sanningen. Att nå sanning är att följa bevisets väg (Lindwall & von Post, 2008). Evidensen är det som visar sig som det sanna. Det mångdimensionella i det vårdvetenskapliga omfattar en inre och yttre dimension (Eriksson & Nordman, 2004). Vårdandets innehåll som det sanningslika, naturliga, äkta och riktiga är den inre dimensionen. Vårdandets yttre dimension är den vetenskapliga kunskapen, den sakliga, realistiska och sanna. Vårdvetenskaplig forskning ska vara mångsidig och det utvecklar den vetenskapliga kunskapen. Sanningen är inte entydig utan snarare sannolik eller sanningslik. Sanning är något som är gott. Etik och evidens hör ihop. Evidens är relaterat till människan och vad som är gott för individen.

Eriksson (2010) beskriver fyra olika dimensioner som ligger till grund för den vårdvetenskapliga definitionen på evidens; Att se, att veta, att vittna och att omarbota. Det står i motsats till den empiriska definitionen på evidens. Evidensskeendet kan ses som en hermeneutisk rörelse mellan förståelse och tolkning. En hermeneutisk rörelse i att se, inse, synliggöra, vidimera och revidera. Rörelsen formas mellan helhet och del, mellan det unika och det specifika (Martinsen & Eriksson, 2009). Att vårda är både en konst och en vetenskap. Mycket att kunskapen förmedlas mellan generationer av sjuksköterskor genom berättelser, erfarenheter och praktisk övning. Eriksson (2010) menar vidare att evidens är vetenskaplig, estetisk och etisk kunskap d.v.s. det sanna det sköna och det goda.

2.9 Problemformulering

Det finns en hel del forskning om evidensbaserad vård i allmänsjuusköterskors kontext. Det saknas forskning som kvalitativt beskriver anestesijuusköterskors upplevelser eller erfarenheter av evidensbaserad vård. Det perioperativa forskningstraditionen bland anestesijuusköterskor är främst inriktad mot den tekniska kompetensen, medicinska vårdaktiviteter och procedurerna.

Tidigare forskning visar att sjuusköterskor inte integrerar forskning i vården. Orsakerna är många. Akademisk bakgrund, bristande kunskaper i artikelsökning via databaser, oförmåga att värdera vetenskapligt material är faktorer som negativt påverkar och försvårar implementering av evidensbaserad vård i verksamheterna. Andra hinder är attityd till förändringar, tidsbrist och bristande kunskaper om vad evidensbaserad vård är. Det råder en oenighet mellan vetenskaperna om vad evidens är vilket orsakar begreppsförvirring. Samtidigt har det naturvetenskapliga paradigmet och den empiriska forskningen tillmätts ett större värde och med det fått ett större utrymme.

Följaktligen uppkommer frågor kring anestesijuusköterskans skyldigheter och möjligheter att utföra det arbete hon enligt lag är ålagd att utföra gällande evidensbaserad vård. Kan det förhålla sig på ett sätt att anestesijuusköterskan inte uppfyller kravet på evidensbaserad vård relaterat till bristande kunskap och otydlighet kring förhållningssättet och processen. Om anestesijuusköterskor inte kan läsa forskningsresultat kritiskt, så kan de heller inte följa lagen och medverka till att omvårdnaden vilar på en säker grund. Hur anestesijuusköterskan förstår och uppfattar evidensbaserad vård påverkar också den individuella utvecklingen av anestesijuusköterskans professionella kompetens.

Att skapa medvetenhet kring att det förekommer olika uppfattningar av evidensbaserad vård leder till ökad kunskap och förståelse. Beskrivningarna av de olika uppfattningarna av evidensbaserad vård kan innebära att man kan möta de olika uppfattningarna med utbildning och kunskapsöverföring. Det kan underlätta att implementera evidensbaserad vård i framtiden.

3 SYFTE

Att beskriva anestesijuusköterskors uppfattningar av evidensbaserad vård som förhållningssätt och process.

4 METODOLOGISK ANSATS

Det här examensarbetet utgår från en fenomenografisk ansats. Fenomenografin är en empirisk, beskrivande och utforskande metod och analyserar hur olika aspekter av ett fenomen förstås och uppfattas på olika sätt.

4.1 Fenomenografi

Fenomenografin skapades i Sverige på 1970-talet av en forskningsgrupp av pedagoger, vid Institutionen för pedagogik vid Göteborgs universitet, där Ference Marton hade en ledande roll (Kroksmark, 2011). Fenomenografin var i sitt ursprung en konkret forskningsmetod inom kvalitativ analys. Sedermera har fenomenografin utvecklats till en metodologisk och epistemologisk teori (Marton, 1981; Svensson, 1997). Under åren från 80-talet och framåt har fenomenografin utvecklat tre huvudgrenar. Den ursprungliga och första inriktningen handlade om uppfattningar av inläring och tillgodogörande av innehåll (Alexandersson, 1994a). Den andra inriktningen en didaktisk gren med studier som fokuserar på centrala begrepp inom undervisningsämnen. Den tredje inriktningen, och som föreliggande examensarbete omfattas av, är hur människor uppfattar olika företeelser eller aspekter av omvärlden. Fenomenografins kärna är studerandet av vad som uppfattas och hur det går till.

Fenomenografin beskriver världen omkring oss. Att välja en fenomenografisk ansats innebär att man strävar efter att fånga variation i hur vi erfar världen och hur vi lär oss att erfa världen (Marton, 1981, Sjöström & Dahlgren, 2002). Inom fenomenografin utgår man ifrån att människor uppfattar fenomen i sin omvärld på olika sätt (Uljens, 1989). Bakom detta antagande finns idén om att aspekter och situationer kan ha olika betydelse och innehåll för olika individer. En fenomenograf studerar en individs uppfattning av ett fenomen och inte en individs uppfattning om ett fenomen. Det är en åtskillnad mellan vad något är och vad något uppfattas vara. Dessa uppfattningar vill man beskriva och tolka.

Fenomenografi är en empirisk forskningsansats med kvalitativ inriktning (Uljens, 1989). Den kvalitativa ansatsen visar på en strävan av att beskriva mening och innehåll och metoden är beskrivande och induktiv (Uljens, 1989; Marton, 1981). Arbetsordningen i den fenomenografiska undersökningen är att i första hand avgränsa en företeelse i världen och att urskilja aspekter av företeelsen (Alexandersson, 1994b). När problemet är formulerat görs en intervju som sedan transkriberas. Metoden är explorativ d.v.s. undersökande. I analysen söker författaren vilken bakomliggande uppfattning som finns i det som sägs i intervjun. Företeelser och uppfattningar i utsagor analyseras. Resultatet redovisas i beskrivningskategorier. Beskrivningskategorierna samordnas sedan i ett gemensamt utfallsrum.

4.2 Teoretiska antaganden inom fenomenografin

Fenomenografins teoretiska grundstenar har likheter och olikheter med andra forskningstraditioner men har sina egna ontologiska, epistemologiska och metodologiska antaganden (Svensson, 1997). Kortfattat kan fenomenografin beskrivas som att ha en non-dualistisk ontologi vilket betyder att den enda världen vi kan kommunicera om är den vi erfar (Marton citerad i Sjöström & Dahlberg, 2002). Det epistemologiska antagandet är att individen har olika uppfattningar av hur världen uppfattas och dessa uppfattningar kan beskrivas (Marton, 1981). Metodologiskt är fenomenografins syfte att beskriva kvalitativt olika sätt människan erfar ett fenomen (Marton, 1981; Sjöström & Dahlberg, 2002).

Då fenomenografin främst är inriktad mot andra ordningens perspektiv och inte fokuserar på hur världen är beskaffad finns det kritiker anser att fenomenografin inte gör några ontologiska antaganden (Svensson 1997; Marton, 1981). Andra menar att det finns olika sätt att förstå och använda fenomenografin. Fenomenografi har sitt ursprung i den pedagogiska traditionen vilket innebär att de ontologiska och epistemologiska antagandena är relaterade till den kontexten (Barnard, McCosker & Gerber, 1999; Uljens 1989).

Fenomenografin är en empirisk forskningstradition och inte ett filosofiskt system av antaganden och teser (Svensson, 1997). Det innebär att fenomenografin inte vilar på en metafysisk grund avseende att härleda en teori utifrån antaganden om verklighetens natur. Fenomenografin gör inga ontologiska antaganden om vad som är verklighet och vad som framträder (Marton, 1981). Däremot gör fenomenografin antaganden avseende studieobjektet d.v.s. hur människor erfar sin omvärld och dess olika fenomen (Wihlborg, 2017; Barnard m.fl. 1999).

Marton beskriver fenomenografin som relationell (Kroksmark 2007; Svensson, 1997; Sjöström & Dahlgren, 2002). Det betyder att det finns en objektiv verklighet och i den en individ med en subjektivt konstruerad verklighet. Människan är given i en värld som redan existerar. Subjekt och objekt kan inte avgränsas utan människan är invävd i den levda världen (Kroksmark 2007). Det individen i sin tur uppfattar är relationen mellan världen och människan. Det är denna relation som utgör uppfattningen, aspekten eller fenomenet. Världen beskrivs som den förstås (Sjöström & Dahlgren, 2002; Barnard m.fl. 1999; Marton, 1981; Uljens, 1989). Sjöström och Dahlgren (2002) förklarar att "den enda värld vi kan kommunicera om är världen som vi upplever den" (s. 340). Människan befinner sig en värld, en värld hon är del av och inte kan ställa sig utanför. Människan definieras i världen och världen definierar människan (Kroksmark, 2007).

Det finns de som anser att fenomenografin kan använda sig av fenomenologin som teoretisk referansram (Alexandersson, 1994a) men det finns skillnader och likheter. Fenomenografin intresserar sig för variationen i uppfattningar medan fenomenologin söker essensen av att uppleva och uppfatta ett fenomen. Vidare så fokuserar fenomenografin på den kollektiva innebörden av ett fenomen medan fenomenologin intresserar sig för individuella erfarenheter. Fenomenologin och fenomenografin har den intentionala grundtesen gemensamt. Intentionalitet är medvetandets förmåga att rikta uppmärksamhet mot det som erfars, mot objektet (Kroksmark, 2007; Friberg & Öhlén, 2012). Kroksmark (2007) går vidare

och beskriver en pluralistisk livsvärldsfenomenografi. I en sådan kan fenomenologin användas som teoretisk referensram. Livsvärlden är den sociala värld vi lever i (Friberg & Öhlén, 2012). Det finns inget bortom den värld och verklighet vi befinner oss i. Alla teorier tas ur livsvärlden och till livsvärlden återgår teorierna. Fenomenografen med livsvärldsteori beskriver hur människan skapar mening i relation till den omgivande världen och utifrån antagandet att människan skapar tankar om de fenomen de möter (Ashword & Lucas, 1998).

4.2.1 Första och andra ordningen perspektiv

Marton (1981) förklarar att vi kan se på människans existens från olika perspektiv. Marton särskiljer på första ordningen perspektiv och andra ordningen perspektiv. Första ordningen perspektiv avser världen och hur den är beskaffad. Det fokuserar på verkligheten, fakta och det vi kan observera utifrån. Marton beskriver vidare andra ordningens perspektiv som avser vilken uppfattning, erfarenheter och föreställningar människan har om världen. Marton lägger tyngdpunkten på andra ordningens perspektiv eftersom det undersöker hur människan tolkar, uppfattar och erfar ett fenomen. Det fokuserar på människans uppfattningar av verkligheten och hur något förefaller vara för en individ. Andra ordningens perspektiv, i den empiriska analysen, huvudsakliga avsikt är inte att fastställa huruvida uppfattningarna anses vara sanna eller falska utan att analysera hur fenomenet uppfattas. Fenomen kan vara för individen självklara och oreflekterade (Uljens, 1989; Marton, 1981).

4.2.2 Uppfattningar

Uppfattningar är ett centralt kärnbegreppet inom fenomenografen (Uljens, 1989). Begreppet uppfattningar står i nära relation till begreppet kunskap. Uppfattningar är vad som är underförstått, vad som inte har blivit reflekterat eller omtalat. Att uppfatta är att skapa mening. Människan kan skapa mening mellan sig själv och den värld hon lever i. När mening skapas, skapas också ett utrymme för att skapa kunskap. Uppfattningarna är människans verklighet. Kroksmark (2007) citerar Marton och Svensson beskrivning av uppfattningar som:

Uppfattningar står ofta för det som är underförstått, det som inte behöver sägas eller som inte kan sägas, eftersom det aldrig varit föremål för reflektion. De utgör den referensram inom vilken vi samlar våra kunskaper eller den grund, på vilken vi bygger våra resonemang

Fenomenografi karaktäriseras av en relationell och holistisk syn och det förekommer alltid en relation mellan subjektet som erfar något och vad som erfars i ett specifikt sammanhang (Uljens, 1989; Marton, 1981; Wihlborg, 2017).

4.2.3 Vad och hur

Det finns en "vad" och en "hur" aspekt kopplat till begreppet uppfattningar (Uljens, 1989, Alexandersson, 1994b). "Vad" aspekten är uppfattningen innehåll. "Hur" definieras genom

tankeprocessens avsiktlighet. "Hur" aspekten är hur uppfattningen innehåll är riktat. Hur vi uppfattar, ser på och erfar något som definierar fenomenet eller objektet. Erfarenheter är kopplat till "hur" aspekten och beskriver innebörden något har för en individ (Wihlborg, 2017). Det är grundläggande att ha en idé om fenomenet innan det diskuteras. Människor har olika uppfattningar av fenomenet och fenomenet erfars olika av olika personer (Uljens, 1989; Alexandersson, 1994b).

Uppfattningar är centrala för att beskriva kunskap (Barnard m.fl, 1999). Subjektiv kunskap är forskningens målsättning och inom subjektiv kunskap finns antagandet att det finns mening och förståelse som reflekterar olika synsätt på fenomenet. Denna variation är fundamental i hur vi erfar världen.

Enligt Svensson (1997) är kunskap relationell och kunskap är en produkt av tankeprocesser. Svensson förklarar vidare att kunskap kan uppnås i det ömsesidiga förhållandet mellan tanke, erfarenhet och fenomen. Sjöström & Dahlgren (2002) beskriver Martons epistemologiska antagande att "människan skiljer sig åt i hur världen erfars men dessa skillnader kan beskrivas, kommuniceras och förstås av andra" (s340).

Erfarenhet är uppfattningar och erfarenheter är begrepp som beskriver aktiviteten som skapar mening och sammanhang och som sedan leder till kunskap (Alexandersson, 1994b). Fenomenografin intresserar sig både för processen och innehållet av fenomenet. Marton (Kroksmark, 2011) beskriver lärande som förändringar i hur en individ uppfattar ämnet. Om olika individers uppfattningar kommer fram går det att möta dessa uppfattningar.

En tankeform eller uppfattning kan lyftas ut och frikopplas från sitt sammanhang. De kan användas i andra sammanhang än de som studeras (Alexandersson, 1994a). Uppfattningarna kan ses som självständiga betydelseinnehåll (Uljens, 1989). De dekontextualiserade meningsenheterna kan i sin tur jämföras. Den fenomenografiska ansatsen innebär att data hämtas från ett sammanhang. Uppfattningarna uttrycks i en kontext. Därefter tas data eller uppfattningarna ur sitt sammanhang och betraktas som en kollektiv uppfattning och jämförs. I resultatet förs data tillbaka till sin kontext. Den dekontextualiserade uppfattningen kontextualiseras. (Larsson, 1986; Uljens, 1989).

4.2.4 Varför fenomenografi?

I föreliggande studie används en fenomenografisk ansats. Avsikten var att tydliggöra vilka olika uppfattningar av evidensbaserad vård som fanns i anestesijuksköterskans kontext genom att utföra en empirisk undersökning som resulterade i beskrivning av kvalitativt olika sätt att erfara ett fenomen (Sjöström & Dahlgren, 2002). Examensarbetet analyserar och beskriver vad anestesijuksköterskor uttrycker under en intervju med målet att beskriva mening istället för förklaring. Beskrivningarna av olika uppfattningar av fenomenet visar hur något förefaller att vara för anestesijuksköterskorna och inte hur någonting faktiskt är beskaffat (Larsson, 1986). Kunskap om fenomenet har ett syfte i sig samt att det är relevant för professionen.

I ett socialt sammanhang har alla individer olika uppfattningar av samma fenomen. Det skiljer mellan enskilda individer men också beroende på vilken roll man har i t.ex. en verksamhet, om man är sjuksköterska, läkare, undersköterska, anestesijuksköterska eller chef. Även vetenskapen har en uppfattning av fenomenet Det innebär också att förväntningar kan finnas på hur fenomenet ska uppfattas eller att någon yrkesgrupps uppfattning väger tyngre än de andra avseende fenomenet (Kroksmark, 2007).

Utgångspunkt är Martons non-dualistiska ontologi och beskrivning av uppfattningar enligt andra ordningens perspektiv. Andra ordningens perspektiv är intressant och relevant då det undersöker sätt på vilka människor ”erfar, tolkar, förstår, uppfattar, förnimmer eller gör sig begrepp”. Han menar att det går att studera ett fenomen och få fram hur fenomenets uppfattas utan att man har objektiv kunskap om vad fenomenet är. I det här examensarbetet studeras vilka uppfattningar anestesijuksköterskor har av evidensbaserad vård. Alla kan ha en uppfattning utan att ha objektiv kunskap om vad evidensbaserad vård är enligt definition.

4.3 Studiedesign

Den här studien har en deskriptiv design med en fenomenografisk ansats. Processen startades genom att identifiera ett fenomen. Fenomenet i föreliggande examensarbete identifierades som anestesijuksköterskors uppfattningar av evidensbaserad vård. Fenomenet, uppfattningen, är hur det visar sig i omvärlden. När fenomenet var fastställt genomfördes intervjuer om individuella uppfattningar av fenomenet (Uljens, 1989). Intervjuerna genomfördes med hjälp av en intervjuguide med semi-strukturerade frågor (Alexandersson, 1994a; Henricson, 2012) (bil.C). Flera frågor formulerades med avsikt att fånga upp och belysa olika aspekter av fenomenet. (Uljens, 1989).

4.4 Kontext, urval och deltagare

Två sjukhus i Mellansverige valdes ut till studien. Ett av sjukhusen är ett regionsjukhus och det andra ett länssjukhus. De olika sjukhusens storlek var lämpliga för att erbjuda variation i uppfattningar. Olika sjukhus har olika vårdkulturer som präglar arbetsmiljön. Geografiskt låg de bra till för att författaren skulle kunna åka och genomföra intervjuerna.

I urvalet av studiedeltagare var variationen viktig (Alexandersson, 1994a). I en fenomenografisk studie är avsikten att i resultatet, i utfallsrummet, beskriva variationen av uppfattningar av fenomenet, studieobjektet. För att uppnå variation var ett avsiktligt urval av deltagarna nödvändigt. Lämpligt antal deltagare i en fenomenografisk studie, för att uppnå saturation och förståelse, uttrycks i litteraturen som mellan 10 – 30 st. Om deltagarna är för många riskerar analysen av materialet bli för ihålig eller för tidkrävande (Stenfors -Hayes, Hult & Dahlgren, 2013; Larsson, 1986). Urvalet av sjukhus, antalet deltagare i studien och rekryteringen av deltagarna från de två olika sjukhusen gjordes av författaren till

examensarbetet. Kriteriet för att delta i studien var att vara utbildad anestesisjuksköterska med minst ett års erfarenhet i yrket.

Studien i det planerade examensarbetet presenterades skriftligen av författaren för operationskliniken ledningsgrupp och fick klartecken och godkännande att genomföra intervjuerna. En förfrågan om deltagande i studien skickades ut till en utvald grupp anestesisjuksköterskor av författaren. Författaren fick tillstånd av klinikchefen på operationskliniken att använda anestesisjuksköterskornas e-post adress för att kontakta dem angående studien. Förfrågan om deltagande i studien innehöll information om studien, information om samtycke och etiska överväganden (bil.B.).

Rekryteringen av deltagare riktades mot anestesisjuksköterskor som hade olika lång erfarenhet av år inom yrket, olika utbildningsbakgrund, förväntat olika uppfattningar av fenomenet, olika könstillhörighet och ålder (Alexandersson, 1994a).

Fyrtio anestesisjuksköterskor tillfrågades om att delta i studien och 18 accepterade. De intervjuade anestesisjuksköterskorna var mellan 33 och 64 år gamla och hade mellan 5 – 30 års erfarenhet av yrket som anestesisjuksköterska. Femton var kvinnor och 3 var män. Sju anestesisjuksköterskor hade en äldre sjuksköterskeutbildning (före 1993) och därmed ingen kandidatexamen i omvårdnadsvetenskap. Däremot var alla legitimerade sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen i anesthesiologisk vård.

4.5 Datainsamling

En testintervju genomfördes för att prova intervjuguiden. Efter testintervjun genomfördes 18 intervjuer av författaren på den plats som föreslagits av den deltagande anestesisjuksköterskan. Intervjuerna genomfördes på arbetsplatsen efter arbetstid eller i en offentlig miljö. Intervjuguiden innehöll 10 semi-strukturerade frågor som avsåg att fånga upp anestesisjuksköterskans uppfattningar av evidensbaserad vård (bil. C). Fenomenet omfattar anestesisjuksköterskors olika uppfattningar av att arbeta evidensbaserat utifrån att evidensbaserad vård är aspekter av att utföra evidensbaserat arbete på vetenskaplig grund men också att evidensbaserad vård är ett förhållningssätt. Semi-strukturerade intervjufrågor tillåter informanten att välja vilken aspekt av fenomenet informanten vill fokusera på (Stenfors-Hayes m.fl. 2013).

Eftersom författaren inte kan veta hur en fråga uppfattas och inte vill påverka informanten är det under intervjun möjligt att upprepa frågan och att använda uppföljande frågor (Stenfors-Hayes m.fl. 2013). Författaren gick ofta tillbaka till frågorna och använde uppföljande frågor som ”kan du förklara mer?”, ”kan du ge ett exempel?”, ”kan du utveckla ditt svar?”. I intervjuprocessen var det författarens avsikt att skapa goda förutsättningar för en kreativ miljö så informanten kände sig bekväm. Det gjorde författaren genom att visa ett genuint intresse för informantens svar på frågorna och genom att låta informantens aspekt på fenomenet vara ledande i intervjuens utfall. Under intervjuerna strävade författaren efter att hålla tillbaka egna förutfattade meningar och föreställningar om fenomenet. Vidare försökte

författaren hålla fokus på beskrivningen på fenomenet och tillmäta alla olika beskrivningar på uppfattningar lika värde (Stenfors-Hayes m.fl. 2013; Barnard m.fl. 1999). Datasamlingen pågick från juni 2016 till januari 2017. Arton intervjuer med tidsintervallet 10 – 30 minuter, genomfördes, spelades in och transkriberades ordagrant av författaren.

4.6 Data analys

Analysen strävar efter att förstå meningen och innehållet i varje intervju. I analysen skapas beskrivningskategorier. Genom att jämföra likheter och skillnader i uppfattningar i utsagorna strävar författaren efter att kategorisera utsagorna i kvalitativt, gällande innehåll, i olika grupper. Transkriberingarna analyseras utifrån varje enskilt script och i sammanhanget av alla transkriberingar (Stenfors-Hayes m.fl. 2013; Alexandersson, 1994a, 1994b).

Grupperna som författaren sammanställer formuleras så att de reflekterar eller karaktäriseras av det huvudsakliga meningsinnehållet. Resultatet i en fenomenografisk studie presenteras som ett utfallsrum med beskrivningskategorier (Barnard m.fl. 1999).

I analysen har författaren försökt isolera och dela in uppfattningarna i olika kategorier. Uppfattningarna har isolerats och författaren har i analysen försökt se till den bakomliggande innebörden i det som sägs. Uppfattningen isoleras för att ses som en helhet. För att säkerställa objektiviteten och reliabiliteten kan en oberoende bedömare också isolera de olika uppfattningarna och placera dem i de kategorier som är tillgängliga (Marton, 1981; Uljens, 1989; Alexandersson, 1994a; Larsson & Holmström, 2012).

Insamlad data från de 18 kvalitativa intervjuerna som genomfördes med anestesijuksköterskorna analyserades induktivt. Analysen följer en procedur med olika steg i enlighet med den fenomenografiska forskningsansatsen. Analysen har utförts i sju steg enligt (Sjöström & Dahlgren, 2002). Ett exempel på analysprocessen finns i bilaga D.

1. *Familiarization*. För att åskådliggöra processen startar författaren med att läsa hela det transkriberade materialet flera gånger i sin helhet för att bekanta sig med materialet. Detta förstasteg kallas för skapande av förtrogenhet.
2. *Compilation*. Allt material läses igen. De viktigaste och mest signifikanta uppfattningar valdes ut genom att ta ut sektioner, paragrafer eller episoder från intervjun. De utvalda episoderna färgmarkerades. Meningar och fraser innehållande relevant information avseende frågorna valdes ut ut med kvarstående sammanhang. Episoderna lästes igen för att finna variationer.
3. *Condensation*. De markerade och utvalda episoderna lästes igen för att se vad informanterna riktar sitt fokus på. De utvalda episoderna sammanfattas och kortades sedan ner till kortare beskrivningar av fenomenet. De kondenserade meningsenheterna beskriver informanternas preliminära sätt att förstå fenomenet.

4. *Grouping*. De olika episoderna jämförs. Författaren försöker hitta likheter och skillnader mellan de olika utsagorna och de olika sätten att förstå evidensbaserad vård och grupperar dem därefter. Det var viktigt att episoderna var avgränsade från varandra.
5. *Comparison*. . Likheter och olikheter i fokus. De utvalda episoderna jämförs för att hitta likheter och olikheter mellan grupperingarna. . De olika sätten att förstå fenomenet grupperas i kategorier.
6. *Naming*. Beskrivningskategorierna namnges. Beskrivningskategorierna ska sammanfatta informanternas tankemönster och vara kvalitativt skilda åt. Beskrivningskategorierna är r examensarbetets huvudresultat.
7. *Contrastive comparison*. Ett utfallsrum skapas. Beskrivningskategorierna beskrivs utifrån innehåll och hur de förhåller sig till varandra i en hierarkisk relation. De mest komplexa och utvecklade uppfattningarna eller de mest omfattande uppfattningarna står högst upp i hierarkin (figur 1)

4.7 Etiska överväganden

Examensarbetet har utförts i enlighet med Vetenskapsrådets God forskningssed (2017) som handlar om forskningsetiska överväganden d.v.s. att hitta en rimlig balans mellan olika intressen. Integritet, information, samtycke risk och nytta måste vägas mot varandra liksom etiska problem. Ett etiskt förhållningssätt har tillämpats genom att respektera informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. För att uppfylla kraven på god forskningssed, fick informanterna verbal och skriftlig information av författaren om studiens syfte. De informerades om att deras deltagande var frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan konsekvenser. Inför varje intervju blev informanterna ytterligare informerade muntligt av författaren om frivillighet och informerat samtycke. De fick information om att deras namn och identitet var skyddade hos författaren. De fick information om att intervjuerna skulle spelas in. Endast författare och handledare hade tillgång till namn och ljudinspelning. Informanterna garanterades att materialet inte skulle komma att användas i något annat syfte än forskning (Polit&Beck, 2016). Studien för examensarbetet genomlystes även av Mälardalens högskolas etiska råd.

5 RESULTAT

Analysen av materialet resulterade i tre beskrivningskategorier: *Vårdkultur med fokus på vårdvetenskapens dolda funktion, Kunskap med ansvar och begränsningar och De goda*

handlingarna: att vilja bättre för patienten. Examensarbetets huvudresultat redovisas i ett utfallsrum (figur1) som illustrerar anestesijuksköterskornas kollektiva förståelse av evidensbaserad vård.

5.1 Utfallsrum

Nedanstående figur visar en sammanställning av de olika beskrivningskategorierna och deras inbördes relation.



Figur 1: Beskrivningskategorierna är hierarkiskt rangordnade med den mest komplexa och utvecklade förståelsen av fenomenet evidensbaserad vård placerad högst upp i pyramiden. Längst ner i pyramiden är det mest basala sättet att förstå fenomenet.

5.2 Vårdkultur med fokus på vårdvetenskapens dolda funktion

Beskrivningskategorin innehåller flera aspekter av fenomenet och är den mest omfattande och komplexa beskrivningskategorin. Här beskriver anestesijuksköterskorna omfattande variationer av förståelse av evidensbaserad vård. Evidensbaserad vård ur ett medicinskt perspektiv har en klar funktion bland anestesijuksköterskorna. Däremot går anestesijuksköterskorna och bär var för sig på sin individuella förståelse av evidensbaserad vård utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv. Vårdvetenskap talas det inte om i verksamheten utan uppfattas av anestesijuksköterskorna ha en dold funktion.

Verksamheternas vårdkultur utgör det sammanhang inom vilket förutsättningarna skapas för evidensbaserad vård. Beroende av klinikernas implementering och användning av forskning samt samsyn kring forskning och praktik formas anestesijuksköterskors arbetssätt och

uppfattningar. Evidensbaserat arbete står i relation till verksamheternas vårdkultur. Vårdkulturen visar på vilket vetenskapsperspektiv som tillåts komma fram i verksamheten. På kliniken uppfattar anestesijuksköterskor att det inte finns någon konsensus om vårdvetenskaplig innebörd, användning och plats i evidensbaserad vård. Implementering och användning av vårdvetenskaplig forskning är dold. Det framkommer att det inte finns någon kultur att ta in vårdvetenskaplig forskning i arbetet. Verksamheternas och anestesijuksköterskornas gemensamma förståelse och samsyn kring forskning och praktik är dold. De omvårdnadsåtgärder som anestesijuksköterskor gör, som innefattar bemötande och professionellt förhållningssätt och specifika omvårdnadsåtgärder, bör också vara evidensbaserade. Evidensbaserat arbete i klinisk praktik kopplat till omvårdnadshandlingar uppfattas inte som självklart.

Anestesisjuksköterskorna uttalar uppfattningar om avsaknad av vårdkultur att skapa förutsättningar för evidensbaserad vård. Att arbeta med evidens och utföra evidensbaserade handlingar innebär att anestesisjuksköterskan måste få möjligheten att befinna sig i en vårdkultur som främjar evidensbaserad vård.

Om man tänker på vårdvetenskapen så har vi ju ingen kultur att ta in vårdvetenskaplig forskning i vårt arbete. Men just kulturen är väl, ja till stor del. Jag tänker att vi inom vårt sjuksköterskeyrke inte har så mycket egen forskning, den forskningen tar vi inte in utan det är mer den medicinska. Och den kommer ju oftast från läkarhåll kanske, tänker jag (8)

Det finns förväntningar på verksamheterna att integrera vårdvetenskaplig forskning i arbetet. Utifrån rådande vårdkultur uppfattar anestesisjuksköterskorna att det akademiska i deras arbete inte är prioriterat. Anestesisjuksköterskorna uppfattar att det finns mycket forskning men det finns varken tid eller vårdkultur att ta del av den eller bedriva egna projekt.

Kulturen här det är inte så utarbetat så att man delar med sig. Om det fanns en annan kultur kring det här på arbetsplatsen skulle det vara tacksamt. Ställa frågor. Varför gjorde vi så här till någon? Och hur tänker du nu? Då ser jag ju gärna att man får ett svar som motiverar det, ett svar som grundar sig i någon form av evidens eller vetenskap. Att inte svaret bara är, ah så har jag alltid gjort. (7)

Anestesisjuksköterskan har delvis sin kultur och kunskapstradition i den erfarenhetsbaserade kunskapen. Anestesisjuksköterskorna uppfattar att det som en gång varit ny kunskap med tiden blir erfarenheter som förs vidare. Den egna tillämpningen av det man en gång läste har blivit den beprövade erfarenheten. Det är inte tagit ur luften helt. Det är med tiden en omarbetning av kunskap som är ganska personlig till sist. Anestesisjuksköterskorna uttrycker önskemål om att det skulle finnas en vårdkultur som rymmer mera arenor eller kanaler för anestesisjuksköterskekollegiet att jobba med forskning och evidens avseende vårdvetenskapliga handlingar. Att det finns som en självklar del av verksamheten. Kontinuerlig handledning och uppdatering skulle kunna leda till ett utvecklande arbetsätt och bättre vård. Någon borde värna om reflektion och kunskapsutveckling. Vissa av anestesisjuksköterskorna uppfattar att verksamhetens har ett ansvar att skapa förutsättningar. Vägledning och handledning i verksamheterna skulle kunna arbeta för att främja kunskapsutveckling och vetenskaplig medvetenhet på kliniken. Speciellt utbildade

anestesisjuksköterskor med akademisk kompetens skulle kunna bidra till att hålla det evidensbaserade arbetet levande och aktuellt.

En betydande aspekt av anestesisjuksköterskornas förståelse av evidensbaserad vård är uppfattningarna om evidensbaserad vård som det bevisade d.v.s. vård som det finns vetenskaplig grund för. Evidensbaserad vård uppfattas som ett förhållningssätt utifrån forskning inom medicin och till viss del även vårdvetenskap. Evidensbaserad vård är vård med forskning bakom som visar att metoderna fungerar kliniskt i verkligheten, är bra och fungera på väldigt många människor. Evidensbaserad vård är vetenskapligt forskning och beprövade metoder vilket allting är baserat på.

Ja att man har forskat och utvärderat, vad det nu kan vara. Behandlingsmetoder eller läkemedel eller vad det än må vara, är det kontrollerat och testat noggrant och man har kommit fram till att nyttan är större. Det är nyttan att det leder till främjande av hälsa och så. (7).

Det arbete anestesisjuksköterskorna gör ska vara baserat på forskning ”Det ska vara baserat på forskning och inte bara en liten pytte studie. Men när det börjar bli lite fler ställen som gjort samma sak och kommit fram till samma sak, det skulle jag säga är evidensbaserad vård” (5). Evidensbaserad vård är att arbeta åt samma håll, att arbeta efter riktlinjer och skapa förutsättningar för säker vård.

I anestesisjuksköterskornas uppfattningar av evidensbaserad vård som vård på vetenskaplig grund finns uppfattningarna att de mest tänker på den medicinska evidensen när de svarar på frågor om evidensbaserad vård. I handling ter sig den evidensbaserade vården som den delegerade medicinska vården. Evidensbaserad vård associeras i första hand med evidensbaserad medicin och att det är en medicinsk företeelse. Anestesisjuksköterskorna sätter tilltro till anesthesiologer och medicinskt ledningsansvariga att ha mer kunskap och kompetens i evidensbaserad vård och följer deras rekommendationer. Anesthesiologerna talar om vad som ska göras och de utformar de evidensbaserade medicinska riktlinjerna. De riktlinjerna är vägvisande och anesthesiologerna fattar beslutet. Det finns en utbredd uppfattning och tilltro på styr och ledningsdokument som ett redskap för att arbeta evidensbaserat. Följsamheten innebär en trygghet och upplevelse av att arbeta evidensbaserat hos anestesisjuksköterskorna. Anestesisjuksköterskorna uppfattar inte sig själva som delaktiga i evidensprocessen utan snarare mer som utförare av evidensbaserade direktiv och riktlinjer. Den evidensbaserade vården styrs av anesthesiologer och anestesisjuksköterskorna lägger över ansvaret på dem. I det medicinska uppfattar anestesisjuksköterskorna att det inte finns och inte heller bör finnas något större utrymme för egna initiativ. Diskussioner i kollegiet om vad som är evidens eller inte, om det är bra eller dåligt, rätt eller fel, förekommer inte.

För man måste ju lita på att de som skrivit dom här..... dokumenten.....dom har ju läst artiklar och litteratur för att kunna skriva de här dokumenten. Eller hur? Och det litar ju jag på att dom har gjort. Det behöver ju inte jag göra då. (9).

Ytterligare aspekter av förståelse av evidensbaserad vård hos anestesisjuksköterskorna beskrivs som delaktighet och som relationsskapande vård. Detta förhållningssätt har sitt

ursprung i hur andra anestesijuksköterskor tidigare har gjort har gjort, kulturen på avdelningen, hur man själv skulle vilja bli omhändertagen samt vad man lärde sig i skolan. Både medicin och vårdvetenskap är lika viktiga och behöver ha evidens bakom sig.

Rent medicinskt kan man ju tänka att man arbetar evidensbaserat. Men om man tänker omvårdnadsmässigt tycker jag att det är svårare. Då går man ju mer på erfarenhet. Det är inte så att om man tänker omvårdnadsåtgärden att man lutar sig tillbaka på någon forskning mot det man gör. (8)

Ibland måste man vara pragmatisk vilket innebär att även om allt inte är vetenskapligt underbyggt måste det börja någonstans. Den erfarenhetsbaserade kunskapen saknar oftast evidens. Det är inte säkert att det finns så mycket forskat eller evidens bakom det som vi gör som kallas för omvårdnadsåtgärder. Det finns många delar som många gör ganska oreflekterat. Om man verkligen vill se vad som ligger bakom allting som görs så skulle det inte finnas så mycket evidens. Kanske behövs det inte evidens bakom allting men det förutsätter att det pratas om vad som är evidens. Ska det finnas evidens ska det vara beforskat och prövat och det är svårt att göra med omvårdnadsåtgärder. Det finns andra sätt att säkerställa att man har evidens och att det är ett viktigt och stort område att arbeta med. Evidensbaserat det är också kritiskt tänkande och reflekterande

Det finns andra områden utanför det som vi håller på med där man kan jobba på andra sätt och tycka att det är evidensbaserat på sitt vis, liksom. För det handlar om att kunna tolka eller att sätta resultaten i relation till vad man håller på med liksom bara för att jag hittar 10 artiklar som säger samma sak så är det inte säkert att det är applicerbart ens på det patientklientelet eller det verksamheten eller det jag håller på med som jag gör(17).

Det går inte att vårda en patient bara på det ena eller det andra sättet. Att förbereda patienten rent psykologiskt inför sövning, behandling eller sedering är också viktiga delar det inte läggs lika stor vikt vid. Dessa tillitsskapande handlingar uttrycks som viktiga för patientens psykosociala välbefinnande likväl som det medicinska. Den goda anesthesiologiska omvårdnaden ger de bästa förutsättningar att uppnå goda medicinska resultat. Den kunskapen och vetenskapen har inte samma status och genomslagskraft. Det pratas heller inte om lika mycket om det i anesthesijuksköterskegruppen eller på kliniken i stort.

dom här tvärvetenskapliga bitarna så att säga med vårt bemötande och tillitsskapande åtgärder, det har vi nog ingen evidens i utan det är nåt som har utvecklats efter tid och det är inte studerat på något sätt utan det är snarast det blir väldigt mycket eget. Egenskapade åtgärder men det är sånt som man själv märker fungerar (5)

Anesthesijuksköterskorna menar att efter lång yrkeserfarenhet har de utvecklat en blick för att det finns mycket som skulle kunna vara evidens som ligger till grund för omvårdnadshandlingar. Då det inte är nedskrivet och beforskat så är det heller inte erkänt. Anesthesijuksköterskorna förstår evidensbaserad vård även som ett förhållningssätt och som handlingar som innebär att göra så bra man kan för någon annan. Det innebär bl.a. att inte döma, att behandla alla lika och ge samma vård som om patienten vore en anhörig. Den normala omvårdnaden med omtanke och värme och kommunikation, kan vara nog så bra. Anesthesijuksköterskorna arbetar omvårdnadsmässigt för att se helheter av patienter.

5.3 Kunskap med ansvar och begränsningar

Evidensbaserad vård är riktat mot den egna kunskapen och uppfattas av anestesijuksköterskorna som en förväntad kompetens. Evidensbaserad vård uppfattas som ett kunskapsområde som ligger mycket på individen själv att förvärva. Det ligger i det egna intresset och yrkesansvaret att hålla sig uppdaterade och ta eget ansvar för sin kompetensutveckling. I det egna ansvaret ligger uppfattningen att de professionella anestesijuksköterskorna inte bör utföra handlingar som de inte har kunskap om utan då bör undersöka mer.

Forskning, evidens och rutiner kan bli förlegat. Saker man har med sig från förr, gamla sanningar och beprövad erfarenhet, är inte aktuell evidens. Utveckling är att ta till sig nya rön och implementera dem. Anestesijuksköterskorna har alla möjliga förutsättningar. Det beror på var man lägger ansvaret för att verksamheten ska vara evidensbaserad och om ansvaret läggs på anestesijuksköterskorna själva eller om det läggs på kliniken och på verksamheten med riktlinjer och rutiner. Det är mycket upp till anestesijuksköterskorna själva att fråga och ta reda på varför man gör på ett visst sätt, varför det blir så och vad har det för betydelse för den här patienten som har den här grundsjukdomen och äter den och den medicinen. ”Men som en enskild anestesijuksköterska är det ju bara den egna fantasin och engagemanget och kunskapsörsten eller drivet eller vad man nu vill kalla det som sätter gränserna”. (17)

Anestesijuksköterskorna uppfattar ett ansvar och en skyldighet att arbeta evidensbaserat och ha kunskap om evidensbaserad vård. Det är både ett uttalat krav i lagstiftning och i kompetensbeskrivning. Samtidigt finns inte förutsättningarna och möjligheterna att göra det. Det skapar en frustration att känna ansvaret men att inte kunna uppfylla förväntningarna som man önskar. Det finns en önskan bland anestesijuksköterskorna att arbeta mer evidensbaserat. Det finns en vilja att lära sig nytt, bli uppdaterad och utveckla förmågan att ta del av vetenskapligt material och att bli forskningskonsument. Dock förekommer starka underliggande uppfattningar hos anestesijuksköterskorna att de är begränsade i form av bristande kunskaper. Men förhoppningen finns att man kan göra bättre trots att den egna kompetensen kan sätta gränser. Evidensbaserad vård ses av anestesijuksköterskorna som kunskap som kräver forskningskompetens. Men förmågan att ta sig dit är begränsade. Begränsningen ligger också både hos individen själv och hos verksamheten. Det finns inget uttalat fokus på det som det vore något viktigt. Det är ingenting anestesijuksköterskorna pratar om i gruppen, men alla är hungriga efter mer kunskap och det är väldigt svårt att få den. ”Vi har en spretig förkunskap eller spretigt förhållningssätt till evidens i skrået. Det är ett förhållande, kunskap eller beprövad erfarenhet och man kanske snarare drar sig åt det senare” (5). Evidensbaserad kunskap uppfattas som svårtillgänglig. Evidensbaserat kunskap och praktik uppfattas som forskningsbaserad långt ifrån det kliniska arbetet. Även om verksamheternas ledningssystem ökar tillgängligheten, ses evidens och evidensbaserad vård som något svårt och komplicerat.

Jag kan tycka att det är väldigt krångligt att läsa studier och forskningsresultat och det kan ju vara en del som då hindrar att man gör.... därför att jag anser att ska man forska så ska vem som helst kunna läsa resultatetannars vet jag inte varför man gör en forskning (15)

Det behövs strukturer för att anestesijuksköterskorna ska kunna tillgodogöra sig kunskap för att kunna tillämpa och utveckla evidens. ”Men då måste vi även själva lyfta det ämnet för det är inte så där, vad ska man säga, det är inte lika hög status på det och allra helst av dom som inte har läst det” (16). Ett behov av utrymme och tid för reflektion och uttryck kring evidens finns. Reflektion främjar kunskapsutveckling och kritiskt tänkande som i sin tur leder till bättre vård.

5.4 De goda handlingarna: att vilja bättre för patienten

Anestesisjuksköterskorna förstår evidensbaserad vård utifrån ett patientperspektiv. Evidensbaserad vård uppfattas vara något viktigt, positivt, värdefullt och önskvärt. De evidensbaserade handlingarna är goda handlingar som hjälper patienten framåt. I handlingarna finns en önskan att göra det bästa för patienten. Förväntningarna som anestesisjuksköterskorna uppfattar kommer från anestesisjuksköterskorna själva.

Evidensbaserad vård för mig utgår från ett patientperspektiv. Det är det främsta värdet som ska vara prioriterat. Om någonting så borde första parametern som vi mäter vilken nytta, vilket värde har det här för patienten. Att evidensbaserad vård utgår ifrån patientnyttan (5).

Anestesisjuksköterskorna uppfattar evidensbaserad vård som förväntningar från patienterna, att de förutsätter evidensbaserad vård. Ett flertal anestesisjuksköterskor uppfattar att patienterna ser upp till vårdpersonalens kompetens och överlämnar alla beslut till dem och är bekväma och trygga i det.

Det har väl det största värde man kan tänka sig. Det tycker jag är ganska självklart. Det är klart att man måste arbeta så. Alla kan ju inte göra ett eget litet hopkok utan att utvärdera. Då vet jag inte var vi hamnar nånstans. Så det är oerhört viktigt att vi att alla arbetar på ett sånt sätt (10).

Anestesisjuksköterskorna förstår evidensbaserad vård att ha ett högt värde för patienten. En oro kan anas hos anestesisjuksköterskorna att många patienter tar för givet att de får den bästa vård och behandling som finns tillgänglig, men att det inte är så alla gånger.

6 DISKUSSION

Analysen av materialet resulterade i tre beskrivningskategorier svarar mot hur anestesisjuksköterskorna uppfattar evidensbaserad vård. *Vårdkultur med fokus på vårdvetenskapens dolda funktion, Kunskap med ansvar och begränsningar och De goda handlingarna: att vilja bättre för patienten,*

6.1 Resultatdiskussion

Resultatet visar på vårdkulturens och kunskapens stora betydelse för evidensbaserad vård. Det visar också på en positiv inställning till evidensbaserad vård som en del av god och säker vård. Resultatet i föreliggande examensarbete stämmer överens med tidigare studier i ämnet som också kommer fram till liknande resultat. Det är den rådande vårdkulturen inom vårdverksamheten som är i fokus gällande både förhållningssätt och utövande av evidensbaserad vård (Grey, Plath & Webb, 2009; Mantzoukas, 2008; Thorne, 2008; Dahlberg & Segersten, 2010; Pereira, Pellaux & Verloo, 2018; Bohman, Ericsson & Borglin, 2013; Stokke m.fl. 2014; Kinnunen-Amorose, 2013).

Vissa uppfattningar som beskrivs i utfallsrummets beskrivningskategorier är mer innehållsrika, komplexa och avancerade än andra. De innehåller också en högre reflektionsnivå än övriga. Dessa beskrivningskategorier står högst upp i hierarkin (Larsson & Holmström, 2017). Beskrivningskategorin *Vårdkultur med fokus på vårdvetenskapens dolda funktion* innehåller de mest komplexa och utvecklade uppfattningarna av evidensbaserad vård och står därmed högst i hierarkin. Denna mest komplexa beskrivningskategori står i relation till samtliga beskrivningskategorier. Hur anestesijuksköterskor förstår evidensbaserad vård med fokus på vårdkultur både påverkar och innehåller övriga aspekter på evidensbaserad vård som illustreras i utfallsrummet.

Kunskap med ansvar och begränsningar ligger också högt upp i hierarkin efter *Vårdkultur med fokus på vårdvetenskapens dolda funktion*. Den är förvisso en mindre komplex beskrivningskategori än den ovanför men fokus på kunskap utgör ett fundament och är omfattande i anestesijuksköterskornas förståelse av evidensbaserad vård.

Författaren har strävat efter att skapa beskrivningskategorier som är kvalitativt skilda åt. För att säkerställa kvalitén har författaren försökt skapa beskrivningskategorier som väl avgränsar fenomenet, innehåller vad och hur aspekten och beskriver ett tankemönster hos informanterna. I utfallsrummen beskrivs kategoriernas inbördes relation (Larsson & Holmström, 2017; Stenfors-Hayes m.fl., 2013). Det kan vara svårt att skilja beskrivningskategori kategori *Kunskap med ansvar och begränsningar* och *Vårdkultur med fokus på vårdvetenskapens dolda funktion* åt gällande hierarkin men vårdkultur står i relation till och påverkar både kunskapssyn och vetenskapssyn och är mer komplex. Materialet visar också att kunskap främst är fokus för anestesijuksköterskorna utifrån det egna ansvaret och de egna begränsningarna. De båda beskrivningskategorierna står i relation till varandra.

Det finns en relation mellan beskrivningskategorierna från den som står högst upp i hierarkin till den som står lägst. I *Vårdkultur med fokus på vårdvetenskapens dolda funktion* förstås evidensbaserad vård som en vårdkultur härledd ur vetenskapssyn och kunskap som står i relation till och ter sig som både vårdvetenskapligt och medicinskt förhållningssätt och utförande liksom grundläggande värderingar i form av De goda handlingarna. Det går också att se relationer mellan den lägsta beskrivningskategorin och uppåt. Kategorin *De goda handlingarna: att vilja bättre för patienten* är ett fundament i anestesijuksköterskans

profession, en grundläggande värdering som relaterar till utförande, förhållningssätt, kunskapssyn och vårdkultur (von Post, 2005, 2008, Eriksson & Nordman, 2004).

Vårdkultur med fokus på vårdvetenskapens dolda funktion.

Denna beskrivningskategori är den mest komplexa. Evidensbaserad vård uppfattas som dolt av många anestesijuksköterskor. Främst när fokus ligger på evidensbaserad vård utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv. Det som är dolt gäller den vårdvetenskapliga forskningens roll i vårdsammanhang. Det uppfattas som dolt hur vårdvetenskap integreras både i teori och handling. Den medicinska evidensen uppfattas som tydligare och uttalad. Mantzoukas, (2008) visar på att evidensbaserad vård är viktig för omvårdnaden men den stränga forskningshierarkin hindrar implementering av evidens i omvårdnad. Vårdkulturen har stor betydelse för vilken kunskapssyn och vetenskapssyn som präglar en verksamhet. Vårdkulturen är också inom de ramar som anestesijuksköterskorna ges förutsättningar att arbeta evidensbaserat men samhällets förväntningar och krav på evidensbaserad vård som regleras i lagtext och verksamhetsbeskrivningar.

Detta examensarbete visar på att anestesijuksköterskor känner ett ansvar för och känner till skyldigheter och förväntningar men ändå råder oklarheter i vad evidensbaserad vård är och hur det bör utföras. Ett flertal studier visar också på att sjuksköterskor inte tillämpar evidensbaserad vård i sin dagliga verksamhet (Boström, m.fl., 2013; Stokke m.fl. 2014; Skela- Savič, m.fl. , 2016). En förklaring kan vara att det finns olika beskrivningar på evidensbegreppet vilket skapar oenighet kring vad evidens är vilket stöds av Dahlberg & Segersten, (2010). Det starkt medicinska paradigmet kommer till uttryck hos anestesijuksköterskorna men samtidigt strävar de efter att integrera vårdvetenskapen, relations, bemötande och kommunikationsaspekterna. Maktstrukturer finns inom vårdkulturen. De påverkar uppfattningen om vad evidens är och kan hindra utveckling menar Eriksson (2010).

Evidensbaserad vård uppfattas som ett förhållningssätt utifrån forskning inom medicin och till viss del även vårdvetenskap. De anestesijuksköterskor som förstår evidensbaserad vård som det bevisade förhåller sig till den vetenskapssyn som ligger till grund för de riktlinjer och styrdokument som finns i verksamheten. Det stämmer med hur evidensbaserad vård beskrivs och definieras i litteraturen. Grey m.fl., (2009) beskriver det evidensbaserade förhållningssättet som en vilja och en kunskap om hur man finner och hur man implementerar bästa evidens i vården. Här spelar vårdkulturen och kunskapssynen in och påverkar anestesijuksköterskans förhållningssätt. Inom hälso och sjukvården är det naturvetenskapliga perspektivet som har högst status. Det styrks av Grey m.fl., (2009), Willman m.fl, (2011) och Mantzoukas, (2008) som beskriver att den evidensbaserade metoden baseras på empirisk kunskap och den, kvantitativa och systematiska forskningstraditionen. I det här sammanhanget är det episteme som väger tungt som kunskapsform med den teoretiska kunskapen och den vetenskapliga traditioner. Det står i linje med litteraturen som beskriver detta kunskapsfält ligga till grund för den evidensbaserade kunskapen inom sjukvården (Gustavsson, 2004).

Anestesisjuksköterskorna uppfattar sig inte som delaktig i beslut utan mer som utförare av den delegerade medicinska vården som ett delegerat moment. Det visar på oförmåga att värdera och reflektera kring sin egen profession och det ansvar anestesisjuksköterskorna har för den anesthesiologiska omvårdnaden och den evidensbaserade vården.

Anestesisjuksköterskorna anser andra mer kompetenta att fatta kliniska beslut och att arbeta evidensbaserat. I den här kontexten är det anesthesiologerna som står för evidensen. Det stämmer med O'leary och Ni Mhaolrúnaigh, (2012) beskrivning av sjuksköterskor som föredrar färdiga vårdplaner och riktlinjer att följa än att själva systematiskt söka bästa tillgängliga evidens. Anestesisjuksköterskorna fransäger sig ett ansvar som egentligen är ett krav både från verksamheterna och professionen. Det innebär också ett okritiskt förhållningssätt. Bristen på delaktighet i evidensprocessen innebär att anestesisjuksköterskorna inte alltid har klart för sig varför och av vilken anledning man utför vissa åtgärder. Det ligger till viss del utanför ens kompetensområde. Konsekvenser blir att evidensarbetet blir passivt och inte kommer patienterna till godo ur ett anesthesiologiskt omvårdnadsperspektiv. Detta förhållningssätt går i linje med den naturvetenskapliga och metodorienterade synen på evidens som historiskt präglat hälso - och sjukvården (Mackey & Bassendowski, 2017; Mantzoukas, 2008).

Författaren kan se risker med att ett vetenskapligt perspektiv är mer uttalat än andra. Thorne (2009) beskriver att kunskapsområden som har betydelse för sjuksköterskan som omvårdnad, upplevelser, erfarenheter, relationer och kommunikation i vården inte prioriteras eller anses ha tillräcklig evidens riskerar att exkluderas. Uppfattningen av evidensbaserad vård som det som vetenskapligt kan bevisas är en betydelsefull uppfattning eftersom denna förståelse av evidensbaserad vård delas av många anestesisjuksköterskor i föreliggande examensarbete.

För anestesisjuksköterskorna är det även viktigt att bemöta och vårda hela patienten. De vill sätta patienten i fokus. Det beskriver anestesisjuksköterskans förståelse av evidensbaserad vård som ett förhållningssätt med relationella aspekter. Anestesisjuksköterskorna strävar efter att skapa en evidensbaserad vård byggd på relationer och delaktighet tillsammans med patienten. Det finns en övertygelse om att detta handlingsätt leder till kunskap och goda psykosociala och medicinska resultat för patienten. Det styrks av Lindwall & von Post, (2008, 2005) som menar att den tillitsskapande relationen mellan patient och vårdare är ytterst viktig. O'leary och Ni Mhaolrúnaigh, (2011) beskriver att sjuksköterskor utvecklar kunskap i interaktion med patienter med stöd av egna erfarenheter och kollegor. I det här sammanhanget skulle anestesisjuksköterskorna kunna applicera den vårdvetenskapliga evidensteorin i handling genom att, som Eriksson & Nordman (2004) beskriver det, tillämpa teoretisk kunskap i en specifik situation utifrån patientens behov och önskemål samt visa på praktiskt och teoretiskt kunnande, om metoder, nyttan och behandlingars värde.

Flera av anestesisjuksköterskorna förhåller sig till evidensbaserad vård utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv. Vårdvetenskapens evidens och påverkan är som oftast dold men anestesisjuksköterskorna vårdar omedvetet utifrån vårdvetenskapliga värden. Förhållningssättet påverkar hur anestesisjuksköterskorna utför evidensbaserad vård. För de anestesisjuksköterskor som uppfattar att evidensbaserad vård även att omfatta det vårdvetenskapliga perspektivet och går det att utläsa ett ansvarstagande och ett reflektivt

förhållningssätt till den egna professionen. Anestesisjuksköterskorna uttrycker förståelse av evidensbaserad vård som något mer än det bevisade. Aspekter av andra bevisformer och ett öppnare förhållningssätt gentemot evidens

Även om anestesisjuksköterskorna inte uttrycker det själv i form av teori så går det att utläsa i uppfattningarna att det finns kopplingar till Eriksson m.fl. (1999) och Eriksson, (2010) teori om att evidensbaserad vård bygger på huvud-hjärta-hand modellen i samverkan med det sanna, det goda och det sköna. d.v.s. vårdandets etik och den vetenskapliga kunskapen och forskningen. Vetenskaplig kunskap är evidens i yttre mening d.v.s. sann, saklig och realistisk kunskap Den yttre evidensen handlar om praktiskt och teoretiskt kunnande, om metoder, nyttan och behandlingars värde. Den djupare förståelsen för människan som helhet syftar till att förbättra vården för patienten. Kopplingar kan också göras till Gustavssons (2004) beskrivning av episteme techne och fronesis. I denna förståelse av evidensbaserad vård finns samtliga kunskapsformer integrerat. Praktisk, teoretisk och erfarenhetsbaserad kunskap behövs för att utveckla professionell färdighet vilket Benner (1994) beskriver. Att bemöta patienten med respekt, att värna om patientens värdighet och att föra patientens talan, är också uttalade anesthesiologiska omvårdnadshandlingar enligt Lindwall & von Post, (2008, 2005).

Detta examensarbete visar på att anestesisjuksköterskorna har en kunskap om och en positiv inställning till evidensbaserad vård vilket också tidigare forskning styrker (Pereira,m.fl., 2018; Bohman, m.fl. , 2013; Stokke m.fl. 2014; Kinnunen-Amorose, 2013). Men många känner osäkerhet i utövandet eftersom det föreligger otillräckligt stöd i organisationen för att bedriva förändringsarbete och öppna upp för en bredare vetenskapssyn. Det är ett generellt problem för sjuksköterskor (Linton & Prasun, 2013).

Det är viktigt med evidensbaserad vård eftersom anestesisjuksköterskorna är en personalgrupp som arbetar direkt med patienten. Anestesisjuksköterskornas arbete har konsekvenser för patientens hälsa, omvårdnad och säkerhet. Evidensbaserad vård handlar om av öka kvaliteten i vården samt patientsäkerheten. Därmed är det angeläget att förespråka tyngd och status i det vårdvetenskapliga perspektivet på evidensbaserad vård och skapa klarhet i vad det innebär. Verksamheterna och anestesisjuksköterskorna behöver arbeta vidare med att belysa vårdvetenskapens roll och betydelse i evidensbaserad vård Det bör inte vara otydligt och oklart för professionen hur förhållningssätt och process kan se ut. Alternativa bevisvägar bör få större utrymme. Eriksson och Nordman (2004) skriver att det behövs en gemensam vårdvetenskaplig syn på evidensbegreppet för att kunna skapa en tradition och kultur och ett meningssammanhang för evidensbaserade vårdande kulturer. Det medicinska evidensbegreppet är för snävt och begränsande. I vårdandets evidens ligger tanken att det som är evident är sanningslikt skönt och gott. Evidens ur vårdvetenskapen perspektiv omfattar det teoretiska, det vetenskapliga, det praktiska (vårdkonsten) och det moraliskt etiska (Eriksson m.fl. 1999, Eriksson, 2010).

I den här beskrivningskategorin finns uppfattningen om behovet av stödfunktioner för att uppfylla kravet på evidensbaserad vård. Det säger forskningen också att t.ex sjuksköterskor i chefsposition kan stötta och leda sjuksköterskor i det evidensbaserade arbetet. Nieminen, Mannevaara, & Fagerström (2011) liksom Skela-Savic, HvaliA-Touzery & Pesjak,(2017)

menar att det kan bidra till att skapa en organisation och en kultur som genomsyras av lärande och vårdandekultur.

Anestesisjuksköterskorna uttrycker i sin förståelse av evidensbaserad vård som en strävan efter att komplettera den medicinska forskningen med vårdvetenskaplig forskning. Vårdvetenskaplig forskning ska vara mångsidig och det utvecklar den vetenskapliga kunskapen menar Eriksson m.fl. (1999). Sanningen är inte entydig utan snarare sannolik eller sanningslik. Sanning är något som är gott. Etik och evidens hör ihop. Evidens är relaterat till människan och vad som är gott för individen (Eriksson & Nordman, 2004). Det stämmer med det många anestesisjuksköterskor uttrycker om evidensbaserad vård. En kultur på operationsavdelningen där det sanna, det sköna och det goda får komma till uttryck bör skapas för synliggöra och att ge evidens åt patienten (Lindwall & von Post, 2008). En gemensam syn på hur nya kunskaper kan utvecklas och hur dessa kunskaper ska användas skulle kunna främja ett utvecklande av en evidensbaserad vårdande kultur.

Kunskap med ansvar och begränsningar.

Anestesisjuksköterskorna fokuserar på kunskap i evidensbaserad vård som något de förvärvar främst på egen hand. De lägger ansvaret på sig själva. Fokus och förståelsen är riktad mot det egna ansvaret att hålla sig uppdaterad och erbjuda patienten bästa möjliga vård efter evidens. Det bekräftas av McFadden & Thiemann, (2009). Den anesthesiologiska omvårdnaden bygger till stor del på erfarenhetsbaserad kunskap Det är kunskap som är förmedlad mellan anestesisjuksköterskor utifrån upplevda och reflekterade vårdsituationer. Det överensstämmer med forskning som bekräftar kunskapsöverföring mellan kollegor har högre värde än användandet av forskningsresultat i omvårdnad (Renolen & Hjämhult, 2015). Anestesisjuksköterskans kompetens formas i ett samspel mellan olika kunskapsformer (Gustavsson, 2004). Det visar även examensarbetet som påvisar kunskapsbehovet i all förståelse av evidensbaserad vård. Alla handlingar och förhållningssätt baseras på kunskap. Mantzoukas, (2008) påtalar den reflektiva processens värde för evidensbaserad vård och som kan stärka sjuksköterskan i det kliniska beslutsfattandet samma fynd görs i examensarbetet.

Anestesisjuksköterskorna uppfattar ett eget ansvar att arbeta evidensbaserat. I den uppfattningen finns också en positiv inställning till evidensbaserad vård. Samtidigt ifrågasätter man den egna förmågan och uppfattar att den egna kompetensen inte räcker till. Anestesisjuksköterskorna riktar sitt fokus på ett behov av kunskapsutvecklande åtgärder från verksamheterna. Det skulle kunna hjälpa anestesisjuksköterskorna att tillgodogöra sig kunskap som inte enbart borde vara ett eget ansvar. Kunskapsutvecklingen leder ofta till vidare perspektiv vilket skulle kunna påverka vetenskapssynen, professionen och vårdkultur. Det stämmer med tidigare forskning som påtalar vikten av att hela organisationen med ledning tar ansvar, leder, utbildar och skapar rätt förutsättningar (Friesen-Storms m.fl. 2014). Anestesisjuksköterskorna har olika grundkunskaper gällande förmåga att hitta, läsa, tolka och värdera vetenskapligt material. Det styrks av Yoder m.fl. 2014 och Linton & Prasun, 2013). Grundkunskaperna har ett samband med utbildningsnivå. Faktorer som inte specifikt är studerade i detta examensarbete arbete men som ändå framträder. De anestesisjuksköterskor som har en nyare utbildning har i sin utbildning haft möjlighet att lära sig vetenskaplig metod och att kritiskt granska forskningsresultat på högskolan. De

yngre har också i en akademisk miljö under utbildningen fått tillgång till databaser och tillägnat sig kunskaper i att söka information och att skriva vetenskapligt. Bland de anestesijuksköterskor som har en äldre utbildning upplever några att de inte vet hur de ska hitta forskningsresultat eller evidensbaserat arbete relaterat både till tidsbrist men också brister i kunskap om sökvägar. Liknande resultat finns beskrivet i forskning bl.a. av Bohman m.fl. (2013).

De goda handlingarna: att vilja bättre för patienten

De goda handlingarna påvisar den mest fundamentala i förståelsen av evidensbaserad vård. Att vilja bättre för patienten. Det kan också ses som anestesijuksköterskornas drivkraft. Föreliggande studie visar att evidensbaserad vård är viktigt och att det är en drivkraft att göra bättre för patienten. Den här beskrivningskategorin är starkt präglad av fronesis: det etiska förhållningssättet, grundvärderingar och människosyn. Gustavsson (2004) beskriver att etiskt vill människan göra det rätta och det goda och förbättra och hjälpa människor.

Anestesisjuksköterskorna uppfattade även förväntningar från patienter. En viktig funktion i evidensarbetet för anestesisjuksköterskorna är att föra fram patientens röst och behov. Enligt Eriksson och Nordman (2004) är det patientens upplevelser och önskemål som borde avgöra vad som är evidens perioperativt. I en perioperativ teori utifrån det vårdvetenskapliga evidensbegreppet bygger vårdandet på att ta ansvar för patienten, skapa tillit och lindra lidande.

6.2 Metoddiskussion

Diskussionen utgår från begreppen tillämplighet, trovärdighet, överrensstämmelse och noggrannhet enligt Sjöström och Dahlberg (2002)) samt Alexandersson (1994a).

Fenomenografin är viktig som forskningsmetod och är användbar inom hälso – och sjukvården (Stenfors-Hayes m.fl. 2013; Barnard m.fl. 1999). Fenomenografisk forskning bidrar med erfarenheter om hälsovård, klinisk praktik, teori och utbildning. Hälso och sjukvård kan utvecklas och förbättras genom förståelse av olika fenomen och olika uppfattningar av fenomen som hälso - och sjukvårdpersonal och patienter erfar i verksamheterna och i samhället. Det är värdefull kunskap att vara medveten om förekomsten av variationen av uppfattningar kring ett fenomen. Det ökar förståelsen och öppnar upp för reflektion och för individens egna uppfattningar kring ett fenomen (Larsson, 1986).

I fenomenografiska studier handlar frågan om trovärdighet om förhållandet mellan empiriska data och de beskrivande kategorierna (Sjöström & Dahlberg, 2002; Alexandersson, 1994a). Beskrivningskategorierna ska representera uppfattningarna. Trovärdigheten bygger på författarens förmåga att vara transparent och att beskriva forskningsprocessen mycket noggrant. Det bör också vara klart hur de beskrivande kategorierna i utfallet är relevanta och härledda från empiriska data. För att öka trovärdigheten bör kategorierna vara användbara och meningsfulla (Stenfors-Hayes m.fl. 2013; Alexandersson, 1994a). Ett sätt att uppnå trovärdighet är att låta en annan expert läsa materialet och att stödja relevansen av de

beskrivande kategorierna. Tillförlitlighet handlar också om författarens förmåga att förstå hur egna tolkningar påverkar forskningsprocessen (Stenfors-Hayes m.fl 2013).

Författaren tillsammans med handledaren ansåg att fenomenografi var en lämplig metod eftersom det är människan själv som beskriver sina uppfattningar. Det går i linje med examensarbetes avsikt att tydliggöra vilka olika uppfattningar av evidensbaserad vård som fanns i anestesijuksköterskans kontext genom att utföra en empirisk undersökning som resulterade i beskrivning av kvalitativt olika sätt att erfara ett fenomen (Sjöström & Dahlgren, 2002). De öppna frågorna bidrar till att öka trovärdigheten och till att besvara examensarbetes syfte (Larsson & Holmström, 2017). Till hjälp hade författaren en intervjuguide. För att öka trovärdigheten har författaren försökt vara så transparent med hela processen och analysen (Sjöström & Dahlgren, 2002). Det har åskådliggjorts genom en beskrivning och exempel på analysprocessen. De sju analysstegen beskrevs för att komma fram till beskrivningskategorier och utfallsrum. Citat i resultatet stärker studiens trovärdighet (Sjöström & Dahlgren, 2002) Ett sätt att öka trovärdighet och kvalitet är att låta någon annan ta del av materialet och bedöma beskrivningskategorierna. (Stenfors-Hayes m.fl, 2013)). I detta examensarbete har hela analysprocessen utförts på egen hand av författaren vilket har upplevts som både som en svårighet och en svaghet. Författarens handledare har följt processen och bedömt beskrivningskategorierna.

För urvalet var det inte svårt att få tag på informanter. Informanterna blev strategiskt utvalda av författaren. Urvalskriterierna var enkla eftersom avsikten var att få en stor variation av informanter. Användningen av ändamålsenligt urval kan anses vara bias. Samtidigt är en sammansatt grupp av deltagare en stor och bred informationskälla med olika erfarenheter. Medvetenhet har funnits från författarens sida att det kan förekomma en överrepresentation av deltagare som är positiva till forskning och att delta i forskningsprojekt. Föreliggande examensarbete genomfördes i ett sammanhang med tidigare förekommande kollegiala relationer. Författaren var medveten om att det under rekryteringen av deltagare var möjligt att tidigare kollegor frivilligt deltagit för att vara till författarens hjälp. Därför har det varit särskilt viktigt för författaren att vara medveten om sin maktposition gentemot informanterna.

Författarens förförståelse för ämnet var stor. Det krävde stor försiktighet och medvetenhet från författarens sida att inte styra och påverka resultatet. Under intervjuprocessen var författarens huvudsakliga ståndpunkt att vara professionell. Den professionella ståndpunkten var viktig för på vilket sätt att författaren tilltalade och bemötte informanten. Det innebar att använda ett professionellt språk och att vara tydlig med sin roll som författare och inte kollega under intervjun. Författaren har försökt förhålla sig till sin egen förförståelse genom att vara medveten om den och att inte påverka informanten genom att kommentera, spegla eller tolka svar under intervjun. Det har varit viktigt att informanten har fått tid att uttrycka sina erfarenheter. Författaren har försökt distansera sig från personliga uppfattningar och värderingar och förhålla sig objektivt.

Intervjuerna blev kortare än väntat förmodligen för att evidensbaserad vård upplevs som svårt att reflektera kring samt att det är ett begrepp starkt kopplat till kunskap och kompetens. Författaren upplevde hos informanterna en oro över att de skulle svara fel på

intervjufrågorna. Det blev en viktig del i förberedelserna med att skapa tillit mellan intervjuare och informant att informera om att intervjun inte var ett kunskapstest och att det inte förekom rätt eller fel svar på frågorna. Att intervjuerna blev kortare än förväntat innebar en risk för att inte uppnå mättnad. Trots det upplevdes antalet intervjuer författaren fick ihop som tillräckligt, innehållsmässigt. Intervjuerna visade sig sedan ge rika beskrivningar av fenomenet.

Det är en utmaning och kräver en balans att intervjua tidigare kollegor (McDermid, Peters, Jackson & Daly, 2014; Asselin, 2003; McConnell-Henry, Chapman, & Francis, 2010). Kollegiala relationer kan vara fördelaktiga, men konflikter kan också inträffa. I en sådan situation, finns det både styrkor och begränsningar som bör identifieras i relationen mellan författare och informant. Vid genomförandet av kvalitativ forskning i samband med existerande kollegiala relationer är det viktigt att säkerställa det etiska förhållningssättet (McDermid m.fl. 2014). Författaren behöver klargöra frågor kring dubbla roller, vara införstådd med tillämpning av reflexivitet, skapa en förtroendefull relation, visa på självkänedom och säkerställa konfidentialiteten. Under intervjuprocessen var författaren medveten om och reflekterade kring risken för att vara för integrerad i miljön. Att tidigare ha varit kollegor kan leda till misstro och deltagaren kan misstänka en dold agenda (Asselin, 2003; McConnell-Henry m.fl, 2010; McDermid m.fl., 2014). En sådan misstanke kan göra deltagaren tveksam och inte säga vad de vill uttrycka rädsla för repressalier. För att undvika misstro var det viktigt för författaren att vara mycket tydlig med sin roll som intervjuare i detta specifika sammanhang och inte agera som en tidigare kollega. Författaren försökte vara trogen mot forskningsprojektet och lägga undan alla åsikter och befintlig kunskap som anestesisyksköterska, om kollegor, om arbetsplatsen och om organisationen. Författaren strävade efter att respektera deltagaren genom att erbjuda konfidentialitet, vara tydlig med informerat samtycke samt med avsikten med intervjun

Författaren var tydlig i informationen med att all överförd information var säker. Författaren visade uppskattning och tacksamhet genom att tacka informanterna för deras deltagande. Eftersom författare och informanter redan var bekanta och hade en relation till varandra gick det fortare att skapa en tillitsfull relation där båda parter var bekväma. Ett observandum är att informanterna kan ha varit lite försiktiga med sina svar i tron att författarna vet om de är trovärdiga eller inte. Det kan också förhålla sig så att informanterna svarar på hur de tror att författaren förväntar sig att de ska svara. För att undvika dessa problem försökte författaren tydligt presentera vad som förväntades av dem under intervjun. Författaren upplevde ändå att den kollegiala relationen främst var en styrka. Tillit och förtroende byggdes upp snabbare. Deltagarna kände sig ofta bekväma och säkra från början. Det kollegiala förhållandet upplevdes av författaren ha en positiv inverkan på deltagaren som kände sig bekväm i att öppna upp och tillhandahålla data som var djup och innehållsrik.

Analysen var krävande med mycket material att transkribera och placera i beskrivningskategorier. En stor utmaning har varit att arbeta ensam med materialet. Förmågan att reflektera kring material, innehåll och beskrivningskategorier begränsas när det inte finns en medförfattare att resonera med. Det har påverkat resultatet. För att stärka trovärdigheten i materialet och beskrivningskategorierna har handledaren för examensarbetet läst igenom och kommenterat analysen. För att säkerställa att fokus skulle

fortsätta vara på anestesijuksköterskors uppfattningar av fenomenet och inte glida över på andra tolkningar fick författaren hjälp av handledaren. Under analysen formades beskrivningskategorierna. Analysen var föränderlig och beskrivningsformerna flyttades om, ändrades för att slutligen få tydliga avgränsningar. Kategorierna granskades och kommenterades av handledaren. Beskrivningskategorierna framträdde med en tydlig avgränsning av *vad* aspekten. Däremot var det en mycket större utmaning att hitta *hur* aspekten och formulera den förståelsen i beskrivningskategorier för att visa på kvalitativt olika sätt att uppfatta fenomenet evidensbaserad vård.

I resultatet försökte författaren vara sann, uppriktig och ärlig mot materialet och lägga undan personliga och relationella faktorer. I resultatet finns citat, som stärker beskrivningskategoriernas innehåll. Citaten visar på likheter och skillnader. Citaten kan fånga innebörd och ge tyngd åt en beskriven uppfattning (Sjöström & Dahlgren 2002, Larsson, 1986).

6.3 Etisk diskussion

Författaren förhöll sig etiskt genom hela examensarbetet genom respektera etiska regler och riktlinjer för forskning. Studien utfördes på personal och det behövdes ingen etikprövning enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Det med anledning av att inga känsliga personuppgifter behandlades samt att det är ett arbete gjort inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå.

Det förelåg vissa risker för informanterna att de skulle kunna känna sig utsatta eller pressade eftersom de kände författaren. Även att delta i en studie som handlar om deras arbetsplats kan vara känsligt. I föreliggande examensarbete har inga kontroversiella ämnen tagits upp men som anställd står informanterna ändå i beroendeställning gentemot arbetsgivaren. Det kan ha påverkat valet av att delta eller inte eller framförandet av vissa uppfattningar under intervjun med oro för att det ska komma arbetsgivaren till kännedom. För att undvika det har författaren varit tydlig med anonymitet och konfidentialitet. Informanternas anonymitet bevarades. Inga fullständiga namn eller personnummer har hanterats. Konfidentialitet har bibehållits genom att ingen obehörig ha fått tillgång till materialet Det skriftliga och inspelade materialet har författaren till examensarbetet förvarat oåtkomligt och inspelningarna kommer att raderas när examensarbetet är klart och godkänt Deltagandet var frivilligt och informanterna kunde tacka nej till att delta när som helst även i efterhand då intervjun var genomförd. Informanterna fick muntlig och skriftlig information både före intervjun och i samband med intervjun. Författaren ansåg att nyttan med att genomföra och belysa uppfattningar av evidensbaserad vård utifrån anestesijuksköterskans perspektiv är att sprida kunskap och insikt (Polit&Beck, 2012).

7 KLINISK RELEVANS OCH FÖRSLAG PÅ FRAMTIDA FORSKNING

Hur anestesijuksköterskan förstår och uppfattar evidensbaserad vård påverkar den individuella utvecklingen av a anestesijuksköterskorna professionella kompetens. Uppfattningarna är kopplade till individens förmåga att reflektera kring fenomen. Anestesijuksköterskor behöver vara rustade för uppdraget att delta aktivt och ta ansvar för evidensprocessen i den anesthesiologiska omvårdnaden. Om så inte är fallet innebär det svårigheter för anestesijuksköterskorna att medverka till att anesthesiologisk omvårdnad vilar på en säker grund. Kännedom om anestesijuksköterskans uppfattningar av evidensbaserad vård kan hjälpa till att belysa uppfattningarna från anestesijuksköterskans perspektiv. Det kan hjälpa verksamheterna att sätta in utbildningsåtgärder. Det kan belysa den evidensbaserade vårdens betydelse och hur individen och verksamheten tillsammans kan uppnå de åligganden som finns. Lärosäten och hälso - och sjukvården behöver samverka för att skapa en lärandemiljö som rustar anestesijuksköterskorna för detta ändamål. Särskilt viktigt är att stärka den egna professionen genom att värdera det vårdvetenskapliga evidensbegreppet. Genom att integrera det vårdvetenskapliga som en del av anestesijuksköterskeprofessionen och att ta till sig teorierna om samverkan mellan vetenskap, det sanna, det goda och det sköna med huvud, hjärta, hand modellen, främjas evidensbaserad vård både som process och förhållningssätt. Det skapar en vårdkultur där omvårdnadsforskning får ta plats. Det behövs tydligt ledarskap, utbildning och speciellt utbildade anestesijuksköterskor som handleder kollegor i verksamheterna för att främja en levande vårdkultur med tillfällen till reflektion.

Som förslag på framtida forskning skulle det vara av värde att genomföra en etnografisk studie med syfte att beskriva och tolka observerade beteendemönster i en grupp som delar samma kultur d.v.s. hur anestesijuksköterskor arbetar evidensbaserat. Patientperspektivet är också väsentligt att föra fram. Särskilt som patientens upplevelser och delaktighet är av betydelse inom den vårdvetenskapliga evidensteorin. Förståelse för förekomsten av olika uppfattningar kring ett begrepp kan innebära insikten om att patienterna också har olika uppfattningar om evidensbaserad vård, vilket kan vara av intresse att belysa i framtida studier.

8 SLUTSATS

Syftet med examensarbetet var att beskriva anestesijuksköterskors olika uppfattningar av evidensbaserad vård. Anestesijuksköterskor förstår evidensbaserad vård på olika sätt inom yrkesprofessionen. Fenomenet evidensbaserad vård bildas i ett socialt sammanhang (Larsson, 1986). Det innebär att det inte existerar någon "rätt" uppfattning av fenomenet utan uppfattningar varierar från person till person. Utifrån vad den fenomenografiska metoden avser att undersöka, d.v.s. andra ordningen perspektiv, innebär

anestesisjuksköterskornas uppfattningar av evidensbaserad vård inte att det behöver förhålla sig på det sättet som det uppfattas vara. Uppfattningarna av evidensbaserad vård som förhållningssätt och process beskriver inte med säkerhet det som evidensbaserad vård verkligen är (Uljens, 1989, Marton, 1981).

Anestesisjuksköterskor uppfattar evidensbaserad vård att främst vara den medicinska evidensen. Det har att göra med vårdkulturen som ger den medicinska evidensen högst status. Det är också av betydelse att evidensbaserad vård utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv är oklart. Det förefaller inte vara några större oklarheter eller skilda uppfattningar hos anestesisjuksköterskorna i vad som är evidensbaserad vård utifrån det medicinska evidensbegreppet. Fokus och förståelse är riktat mot det som kan bevisas och utförandet. Utförandet av evidensbaserad vård sker i enlighet med verksamhetens mål. Däremot är de skilda uppfattningarna mer framträdande när evidensbaserad vård utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv är i fokus. Evidensbaserad vård uppfattas inte som integrerat i professionen eller i verksamheten gällande förhållningssätt och handling utifrån tanke, hjärta och hand. Tanke, hjärta hand uppfattas fortfarande som erfarenhetsbaserad kunskap som anestesisjuksköterskorna förmedlar till varandra utan att lägga ett vetenskapligt värde på det.

REFERENSLISTA

- Alexandersson, M. (1994a). Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. I Starrin, B. & Svensson, P. (red) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. (s 111 – 132) Lund: Studentlitteratur.
- Alexandersson, M. (1994b). *Metod och medvetande* (Göteborg studies in educational sciences 96). Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Ashworth, P., & Lucas, U. (1998). What is the 'World' of Phenomenography? *Scandinavian Journal of Educational Research*, 42(4), 415-431.
- Asselin, M. E. (2003). Insider Research: Issues to Consider When Doing Qualitative Research in Your Own Setting. *Journal for Nurses in Staff Development* (JNSD), 19(2), 99-103.
- Barnard, A., Mccosker, H., & Gerber, R. (1999). Phenomenography: A Qualitative Research Approach for Exploring Understanding in Health Care. *Qualitative Health Research*, 9(2), 212-226.
- Benner, P (1994) *Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness* SAGE Publications
- Bohman, D., M., Ericsson, T., Borglin, G. (2013). Swedish nurses 'perception of nursing research and its implementation in clinical practice: a focus group study. *Scand J Caring Sci*, 27, 525-533
- Brown, Kim, Stichler, & Fields. (2010). Predictors of knowledge, attitudes, use and future use of evidence-based practice among baccalaureate nursing students at two universities. *Nurse Education Today*, 30(6), 521-527.
- Brykczynski, K.A. (2014). Caring, Clinical Wisdom and Ethics in Nursing Practice. In Alligood, M.R. Eds. *Nursing Theorists and Their Work*. (p120 – 146) (8th ed.) St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Carper B. A. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing, *Advances in Nursing Science*: October 1 (1), 13-24
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlgren, L-O., Johansson, K. (2015). Fenomenografi. I Fejes, A. & Thornberg, R. (red.) *Handbok i kvalitativ analys*. (2., utök. uppl.) (s 162 – 174) Stockholm: Liber.
- Dicenso, A., Cullum, N., & Ciliska, D. (1998). Implementing evidence-based nursing: Some misconceptions. *Evidence Based Nursing*, 1(2), 38-40.
- Eriksson, K., (2010). Evidence: To See or Not to See, *Nursing Science Quarterly* 23(4) 275-279

- Eriksson, K., Myllymäki, I., & Nordman, T. (1999). *Den trojanska hästen: Evidensbaserat vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv* (1. uppl. ed., Rapport/Åbo akademi. Institutionen för vårdvetenskap, Helsingfors universitetscentralsjukhus, Vasa sjukvårdsdistrikt skn 1:1999). Vasa: Åbo Akademi.
- Eriksson, K. & Nordman, T. (2004). *Den trojanska hästen II: utvecklandet av evidensbaserade vårdande kulturer*. (1. uppl.) Vasa: Åbo Akademi.
- Estabrooks, C. (1998). Will evidence-based nursing practice make practice perfect? *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(1), 15-36.
- Friberg, F., Öhlén, J., (2012) Fenomenologi och hermeneutik I *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) kap 20 s. 346 – 370. Lund: Studentlitteratur.
- Friesen- Storms, J., Moser, A., Loo, S., Beurskens, A., & Bours, G. (2015). Systematic implementation of evidence- based practice in a clinical nursing setting: A participatory action research project. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1-2), 57-68.
- Furåker, C., Nilsson, A. (2013). Kompetens, kunskap och lärande I Leksell, J., Lepp, M. (red.) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (s 15–36) (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Goode, V. (2015). Alice Magaw: A model for evidence-based practice. *AANA Journal*, 83(1), 50-5
- Gran Bruun, A. M. (2013). Anestesisjuksköterskans kompetens. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 17–31). Lund: Studentlitteratur.
- Gray, M., Plath, D., Webb, S., A. (2009). *Evidence-based social work: a critical stance* London: Routledge
- Gustavsson, B., (2004). *Kunskapsfilosofi. Tre kunskapsformer i historisk belysning*. (3. uppl). Wahlström & Widstrand
- Hopayian Kevork, M., J, Cartabellotta A, Glasziou P, Summerskill W, Dawes M, Osborne J. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education*, 5(1), 1.
- James, I., Andershed, B., Gustavsson, B., & Ternstedt, B. (2010). Knowledge Constructions in Nursing Practice: Understanding and Integrating Different Forms of Knowledge. *Qualitative Health Research*, 20(11), 1500-1518.
- Jansson, I., & Forsberg, A. (2016). How do nurses and ward managers perceive that evidence- based sources are obtained to inform relevant nursing interventions? – an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5-6), 769-776.
- Kajermo, K., Bostrom, A., Thompson, D., Hutchinson, A., Estabrooks, C., & Wallin, L. (2010). The BARRIERS scale - the barriers to research utilization scale: A systematic review. *Implementation Science*, 5(1), 32.

- Korhonen, A., Hakulinen-Viitanen, T., Jylhä, V., & Holopainen. (2012). Meta-synthesis and evidence-based health care - a method for systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 1027-1034.
- Kinnunen- Amoroso, M. (2013). How occupational health care professionals experience evidence- based guidelines in Finland: A qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(4), 612-616.
- Kroksmark, T. (2007) Fenomenografisk didaktik1 – en didaktisk möjlighet Högskolan för lärande och kommunikation, *Didaktisk Tidskrift* 17, (2-3) Jönköping: Jönköping University Press
- Kroksmark, T. (2011). *Den tidlösa pedagogiken* (2. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, J., Holmström, I., (2012) Fenomenografi I *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) kap 22 s. 390 - 405. Lund: Studentlitteratur
- Larsson, S. (1986). *Kvalitativ analys: exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur.)
- Leksell, J., Lepp, M. (red.) *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s11 - 14) (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Lindwall, L., & Von Post, I. (2005). *Människan i det perioperativa vårdandet: antropologisk och etisk reflektion*. Karlstad: Institutionen för samhällsvetenskap, Avdelningen för religionsvetenskap, Karlstads universitet.
- Lindwall, L. & Post, I.V. (2008). *Perioperativ vård: att förena teori och praxis*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Lindwall, L., & Von Post, I. (2013). From Practice to Theory - How the Basic Concepts Appears in a Perioperative Practice. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 369-379.
- Linton, M., & Prasun, M. (2013). Evidence- based practice: Collaboration between education and nursing management. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 5-16.
- Mackey, & Bassendowski. (2017). The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice. *Journal of Professional Nursing*, 33(1), 51-55.
- McFadden, J. J., & Thiemann, L. (2009). Evidence-based practice for lifelong learning. *AANA Journal*, 77(6), 423-426.
- Mantzoukas, S. (2008). A review of evidence- based practice, nursing research and reflection: Levelling the hierarchy. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 214-223.
- Martinsen, K., & Eriksson, K. (2009). *Å se og å innse: Om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe.
- Marton, F. (1981). Phenomenography – describing conceptions of the world around us. *Instructional Science*, 10(2), 177-200.

- Meretoja, R., & Koponen, L. (2012). A systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 414-422.
- McConnell-Henry, T., James, A., Chapman, Y., & Francis, K. (2010). Researching with people you know: Issues in interviewing. *Contemporary Nurse*, 34(1), 2-9.
- McDermid, Fiona, Peters, Kath, Jackson, Debra, & Daly, John. (2014). Conducting qualitative research in the context of pre-existing peer and collegial relationships. *Nurse Researcher*, 21(5), 28-33.
- Mitchell, G. (1997). Questioning Evidence-Based Practice for Nursing. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 154-155.
- Mitchell, G. (2013). Implications of Holding Ideas of Evidence-Based Practice in Nursing. *Nursing Science Quarterly*, 26(2), 143-151.
- Nieminen, A., Mannevaara, B., & Fagerstrom, L. (2011). Advanced practice nurses' scope of practice: A qualitative study of advanced clinical competencies. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25(4), 661-670.
- Numminen, O., Meretoja, R., Isoaho, H., & Leino- Kilpi, H. (2013). Professional competence of practising nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 1411-1423
- O'leary, D., & Mhaolrúnaigh, S. (2012). Information-seeking behaviour of nurses: Where is information sought and what processes are followed? *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 379
- Pereira, F., Pellaux, V., & Verloo, H. (2018). Beliefs and implementation of evidence- based practice among community health nurses: A cross- sectional descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 2052-2061
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016[2017]). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer
- Porter, S. (2010). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing: The Challenge of Evidence-Based Practice. *Advances in Nursing Science*, 33(1), 3-14.
- Renolen, &, & Hjälmhult, E. (2015). Nurses experience of using scientific knowledge in clinical practice: A grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 633-641.
- Riksföreningen för anestesi- och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård. Hämtad, från http://www.aniva.se/kompetensbeskrivningar_2018-05-18
- Ross, J. (2010). Information Literacy for Evidence-Based Practice in Perianesthesia Nurses: Readiness for Evidence-Based Practice. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 25(2), 64-70.

- Rycroft- Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence- based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81-90.
- Scott, K., & McSherry, R. (2009). Evidence- based nursing: Clarifying the concepts for nurses in practice. *Journal of Clinical Nursing*, 18(8), 1085-1095.
- SFS (2003:460). , Lag om etikprovning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 2018-09-25 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- SFS (2010:659). *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2018-09-03 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659
- SFS (2014:821). *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2018-08-31 från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag2014821_sfs-2014-821
- SFS (2017:30). *Hälso - och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2018-08-31 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- Sjöström, B., & Dahlgren, L. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40(3), 339-345.
- Skela- Savič, B, Pesjak, K, & Lobe. (2016). Evidence- based practice among nurses in Slovenian Hospitals: A national survey. *International Nursing Review*, 63(1), 122-131.
- Skela-Savic, B, Hvalia-Touzery, S, & Pesjak, K. (2017). Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1910-1923.
- Solomons, N., & Spross, J. (2011). Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 109-20.
- Spenceley, S., O'Leary, K., Chizawsky, L., Ross, A., Estabrooks C. (2008). Sources of information used by nurses to inform practice: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 954-970.
- Stenfors- Hayes, T., Hult, H., & Dahlgren, M. (2013). A phenomenographic approach to research in medical education. *Medical Education*, 47(3), 261-270.
- Stokke, K., Olsen, N., Espehaug, B., & Nortvedt, M. (2014). Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 13(8), 8.

- Straus, E., Glasziou, P., Richardson, W., S., Haynes, R., B. (2011). *Evidence-based medicine: how to practice and teach it* 4. ed.: Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone
- Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Om evidensbaserad vård*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk.sjukskoterskeforening.ssf.om.evidensbasera.vard_2016_2016_webb.pdf 2018-08-31
- Svensson, Lennart. (1997). Theoretical Foundations of Phenomenography. *Higher Education Research and Development*, 16(2), 159-71.
- Squires, JE, Estabrooks, CA, Gustavsson, P, & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update. *Implementation Science*, 6(1), 1.
- Thiemann, L., & Mcfadden, J. (2010). Advancing evidence-based nurse anesthesia practice. *AANA Journal*, 78(4), 279-82.
- Thorne, S. (2009). The role of qualitative research within an evidence-based context: Can metasynthesis be the answer? *International Journal of Nursing Studies* 46 569-575
- Uljens, M. (1989). *Fenomenografi: forskning om uppfattningar*. Lund: Studentlitteratur
- Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. Vetenskapsrådets Rapportserie 1:2011. Hämtad från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forsknings-sed/2018-08-31>
- Wihlborg, M. (2017). Fenomenografi. I Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (Tredje upplagan) (s 107 – 126). Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Yoder, L., Kirkley, D., Mcfall, D., Kirksey, K., Stalbaum, A., & Sellers, D. (2014). Staff Nurses' Use of Research to Facilitate Evidence-Based Practice. *American Journal Of Nursing*, 114(9), 26-37.

BILAGA A



Akademien för hälsa, vård och välfärd

Informationsbrev

Till Dig som arbetar som anestesijuksköterska

Jag, Cecilia Wallin Bentrari, studerar masterprogrammet inom hälsa och välfärd inriktning vårdvetenskap med inriktning omvårdnad vid Mälardalens Högskola i Västerås. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete i huvudämnet i form av en uppsats om 30 högskolepoäng. Syftet är att beskriva anestesijuksköterskornas uppfattningar av att arbeta evidensbaserat. För att få fördjupade kunskaper om anestesijuksköterskornas uppfattningar av att arbeta evidensbaserat, avser jag att genomföra kvalitativa djupintervjuer med anestesijuksköterskor under juni – september 2017.

Jag vill därför tillfråga dig om att delta i en intervju. Intervjuerna planeras pågå ungefär 30 minuter och kommer att ljudinspelas. Intervjuerna kommer att genomföras av mig på en plats som du själv får bestämma. Intervjuerna sker före eller efter arbetstid och inkräktar inte på verksamhet, arbetstider eller arbetsuppgifter.

Evidensbaserad vård har sitt ursprung i Evidence Based Medicine (EBM) som innebär att ”hälso- och sjukvården så långt som möjligt bör vila på vetenskaplig grund, vilket innebär att utövare i vården tillämpar bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap”. Evidens bör tillämpas även i omvårdnad och innebär att sjuksköterskan använder vetenskaplig forskning med evidens som kunskapsbas i sitt arbete för att kunna erbjuda god, effektiv och säker vård. Omvårdnadshandlingar ska vara förankrade i forskningen. Att arbeta evidensbaserat innebär också ett förhållningssätt där sjuksköterskan förväntas kunna kritiskt värdera vetenskapliga resultat, problematisera och integrera detta tillsammans med sin erfarenhetsbaserade kunskap samt utvärdera och reflektera kring detta med kollegor.

De anestesijuksköterskor som väljer att delta i studien gör det i informerat samtycke. Jag kommer att avidentifiera de undersökta informanterna så att resultatet inte ska gå att härledas till person. All data kommer att hanteras konfidentiellt, dvs. att ingen obehörig kommer att ha tillgång till materialet. De som kommer att ha tillgång till materialet är uppsatsförfattaren, handledaren, opponenter, seminarieledaren samt examinatorn. Materialet kommer att sparas på uppsatsförfattarens dator samt Iphone under 2016/2017. All medverkan är frivillig och kan avbrytas utan närmare förklaring när som helst. Resultatet kommer att presenteras för den berörda enheten. Resultatet i denna undersökning kommer att ge ökade kunskaper om evidensbaserad vård ur anestesijuksköterskans perspektiv samt förhoppningsvis bidra till ett förbättrat patientomhändertagande. Om du är intresserad av att delta kontakta mig.

Cecilia Wallin Bentrari
Anestesisjuksköterska
Student/ uppsatsförfattare
cecilia.wallin-bentrari@mdh.se
Mobil: 0736665825

Sirpa Pietilä Rosendahl
Universitetslektor i Vårdvetenskap
Handledare
sirpa.pietila.rosendahl@mdh.se
Telefon: 016-15 36 65.

BILAGA B

Informerat samtycke

Jag har läst och förstått informationen om examensarbetet på operationskliniken på Västerås och Köpings sjukhus vars syfte är att beskriva anestesijuksköterskans uppfattning av att arbeta evidensbaserat. Jag förstår att mitt deltagande är frivilligt och kan när som helst avbryta utan att det sker några negativa konsekvenser för mig. Jag har förstått att all information kommer att behandlas konfidentiellt och att deltagare och verksamhet avidentifieras. Jag är medveten om att intervjun kommer att spelas in. Inga andra än uppsatsförfattaren, handledaren, opponenter, seminarieledaren och examinatorn har tillgång till materialet under studiens gång.

Jag bekräftar med min namnteckning att jag samtycker till att delta vid intervju och att det som sägs får användas i forskningssyfte.

Ort:

Datum:

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

E – post adress:

BILAGA C

Intervjuguide

Bakgrundsinformation om informanten:

Hur gammal är du?

Man eller kvinna?

Hur länge har du arbetat som anestesijuksköterska?

När gick du sjuksköterskeprogrammet?

När gick du specialistutbildningen i anesthesijukvård?

Frågor

Vad menar du med evidensbaserad vård?

Vad lägger du in i begreppet?

När uppfattar du att du arbetar evidensbaserat?

Vilka förutsättningar upplever du att anestesijuksköterskan har att arbeta evidensbaserat?

Finns det några hinder för att arbeta evidensbaserat?

Finns det något som underlättar att arbeta evidensbaserat?

På vilket sätt upplever/uppfattar du att evidensbaserad vård mäts och utvärderas i ditt arbete?

Hur tillämpar du tillgänglig forskning gällande evidensbaserad vård i ditt arbete?

Hur gör du för att söka evidens för dina vårdhandlingar?

Vilket värde uppfattar du evidensbaserad vård har för patienten?

Eventuella följdfrågor

Kan du berätta något mer om det?

Hur menar du då?

Kan du ge exempel?

Kan du förklara?

Är det något du vill tillägga?

BILAGA D; EXEMPEL PÅ ANALYSPROCESS

Compilation: markerade avsnitt	Condensation: Kondensering	Grouping: Kategori
<p>(8) Men just kulturen är väl, ja till stor del. Jag tänker att vi inom vårt sjuksköterskeyrke inte har så mycket egen forskning, den forskningen tar vi inte in utan det är mer den medicinska. Och den kommer ju oftast från läkarhåll kanske, tänker jag</p> <p>(17) hur andra har gjort kulturen på avdelningen, hur man själv skulle vilja bli omhändertagen, vad man lärde sig i skolan. Mera såna grejer än vad som finns beforskat. Det är inte säkert att det finns så mycket forskat eller evidens bakom eller det som vi gör som kallas för omvårdnadsåtgärder,</p> <p>Då tänker jag mig en akademisk nivå att det finns forskning bakom som visar att metoderna fungerar kliniskt i verkligheten. Att ja, att man har forskat kring området alltså att det är beprövat det man tar del av.</p> <p>(8) Men medicinskt då kommer det ju riktlinjer från narkosläkare och medicinsk ansvariga att man ska göra vissa saker</p>	<p>Vårdkulturen präglas av läkarforskning och inte så mycket sjuksköterskans forskning</p> <p>Det finns många delar som görs oreflekterat. Skulle man försöka se vad som ligger bakom allting som görs, skulle det inte finnas så mycket evidens</p> <p>Att det finns forskning bakom som visar att metoderna fungerar kliniskt i verkligheten. Att det är beprövat det man tar del av. Det som går att bevisa</p> <p>Att följa riktlinjer från narkosläkare. Den delegerade medicinska vården</p>	<p>Vårdkultur med fokus på vårdvetenskapens dolda och otydliga funktion</p>

<p>(7) Det ligger mycket på individen själv och egenintresse. Man ska hålla sig uppdaterad i alla fall. Det blir lätt förlegat och saker man har med sig från förr, beprövad erfarenhet, som inte är aktuell evidens. Ja den är svår, det finns mer att önska</p>	<p>Kunskapsutveckling är ett egenintresse och ansvar</p>	<p>Kunskap med fokus på eget ansvar och begränsningar</p>
<p>(4) Ja att hela tiden försöka kunna se en förbättring för patientens del skulle jag vilja säga. Det är väldigt stort det här känns det som.</p>	<p>Att vilja bättre för patienten</p>	<p>De goda handlingarna: att vilja bättre för patienten</p>



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se