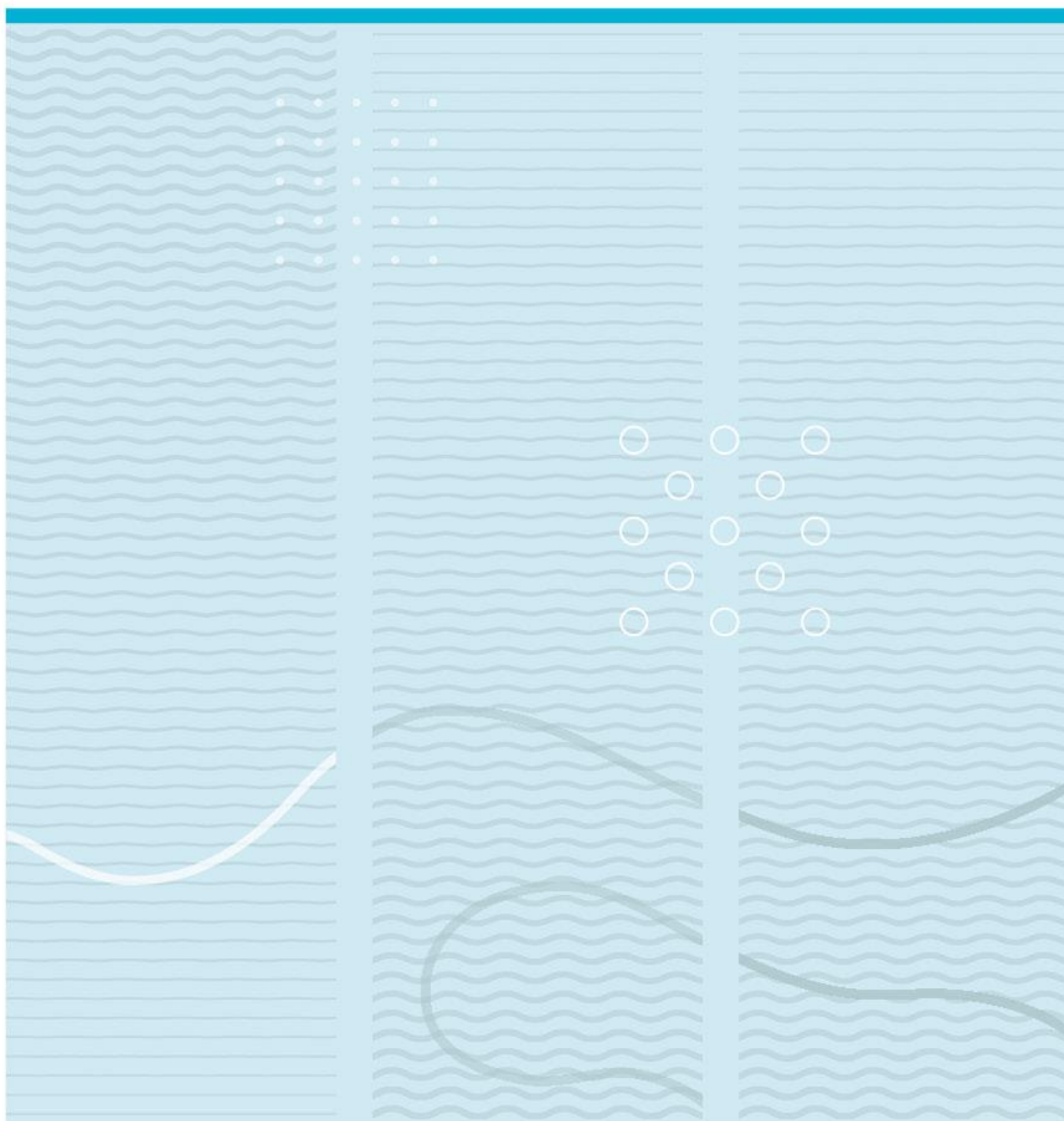


Trine Haugsmark

«Balansekunst på slak line»

-En kvalitativ studie om sykepleiere i akuttmottaks erfaringer med å utføre smertefulle prosedyrer



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2018 Trine Haugsmark

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Denne studien er et mastergradsarbeid i avansert klinisk sykepleie, og hensikten var å utforske og beskrive hvordan sykepleiere i akuttmottak erfarer det å utføre smertefulle prosedyrer. Studien ble gjennomført med et kvalitativt design, og metoden for datasamling var semistrukturerte individualintervjuer av fem sykepleiere fra akuttmottak på Østlandet.

Studien viste at det å utføre smertefulle prosedyrer i akuttmottak er forbundet med ulike spenn, dilemmaer eller ubalanse. Det dreide seg om konflikter mellom ulike etiske prinsipper, ubalanse i posisjoner mellom sykepleier og pasient, og frustrasjoner forbundet med opplevelsen av å ikke ha nok tid til å gjøre en god nok jobb for den enkelte. Et annet vesentlig funn var at sykepleierens erfaringer både gjorde konfliktene mindre fremtredende, og til en viss grad kompenserte for manglende tid.

Riktig kunnskap og kompetanse hos sykepleier er vesentlig for å forstå indikasjonen for den smertefulle prosedyren, både for å kunne trygge pasienten, og bli tryggere i egen utførelse. Sykepleieren trenger også kunnskap til å identifisere manglende indikasjon og evne til kritisk argumentasjon for å unnlate en unødvendig prosedyre. Sykepleieren trenger dessuten erfaring for å kunne flytte fokus fra prosedyre til pasienten under utøvelsen.

Resultatene var i tråd med eksisterende forskning på lignende problemstillinger som viste at det å påføre smerte kunne rokke ved sykepleierens grunnlagstenkning. Sykepleieren stod et i eller flere dilemmaer og opplevde at hun måtte arbeide aktivt for å opprettholde en meget skjør balanse i etiske vurderinger og det relasjonelle møtet med pasienten. Studiens setting i akuttmottaket forsterket denne opplevelsen av ubalanse på grunn av tidspress.

Antall ord: 15518

Abstract

This is a masters thesis in advanced practice nursing, and the purpose is to explore and describe how nurses working in emergency departments experience performing procedures painful to the patient. The study was carried out in a qualitative design, and the method of data collection was semi-structured individual interviews of five nurses working in emergency departments in the Eastern part of Norway.

The study showed that performing painful procedures on patients in the emergency department is associated with a wide range of dilemmas and imbalance. The core issue is the conflict between various ethical principles, imbalance in the position and roles of the nurse and the patient, and frustrations associated with the experience of insufficient time to ensure quality for each patient. Another notable discovery is that the nurse's working experience could minimize these conflicts and compensate for the insufficient time per patient.

Relevant knowledge and competence are important for the nurse to understand the indication of the painful procedure, to be able to assure the patient, and to be secure in one's practice. The nurse requires knowledge to identify the lack of a plausible indication, and the ability to critically reason the cancellation of an ordered, but seemingly unnecessary procedure. Furthermore, the nurse requires knowledge in order to shift her focus from the procedure to the patient during the execution of said procedure.

The results correspond with similar research in the same field, which demonstrated that inflicting pain might challenge the nurse's core role identifying values. The nurse facing one or several dilemmas experienced that she had to work actively to maintain a very fragile balance between ethical assessments and the relation to the patient. The study's setting in the emergency department reinforced this experience of imbalance due to the lack of time.

Innhold

Sammendrag	3
Abstract	4
Innhold	5
Forord	7
1 Innledning	10
1.1 Bakgrunn	10
1.1.1 Avansert klinisk sykepleie i akuttmottak?	12
1.2 Hensikt og problemformulering.....	13
2 Teoretisk forståelsesramme	15
2.1 Smertefulle prosedyrer i akuttmottak.....	15
2.1.1 Akuttmottak	15
2.1.2 Vanlige tilstander og prosedyrer i akuttmottaket.....	16
2.1.3 Hvem utfører prosedyrene, i dag og i fremtiden	18
2.2 Å påføre smerte som en del av jobben.....	18
2.2.1 Nærhet og omsorg.....	19
2.2.2 De fire prinsippers etikk.....	20
2.2.3 Rettsregler	21
2.2.4 Mestringsstrategier	22
3 Metode	24
3.1 Samtale som forskning	24
3.2 Utvalg.....	24
3.2.1 Informantene	25
3.3 Forskningsetikk	26
3.4 Datasamling.....	26
3.4.1 Intervjuene	27
3.4.2 Transkribering - fortolkning og begynnende analyse	27
3.4.3 En dynamisk prosess.....	28
3.5 Analyse - en trinnsvis prosess fra samtale til ny kunnskap	28
3.6 Metodediskusjon med fokus på forskningsprosessen.....	30
3.6.1 Refleksivitet og intersubjektivitet - veien til troverdighet	30
4 Resultater - Funns	33

4.1	«Bare gi meg to minutter ...»	33
4.2	«Er det nødvendig?»	35
4.3	«Vi gjør det for å hjelpe deg».....	37
4.4	«Ut av tunnelen – jeg ser deg!».....	38
5	Diskusjon	41
5.1	Rettferdighetens dilemma	41
5.2	Kunnskap, autoritet og plikt.....	44
5.3	Makt og paternalisme	46
5.4	Forsvarlighet - å forsvare	48
5.5	Erfarenhet, kunnskap og menneskemøter.....	49
5.5.1	Profesjonsutøver og medmenneske.....	50
5.5.2	Det tredelte kunnskapssynet	50
5.5.3	Erfaren = ekspert?	51
5.6	Gyldighet og overførbarhet - Hva er dette sant om?	53
6	Oppsummering	55
	Litteraturliste	58
	Vedlegg:.....	62

Forord

Jeg avslutter nå tre år på skolebenken med innlevering av masteroppgaven min. Mye har vært krevende, men dette siste året, arbeidet med masterprosjektet har uten tvil vært den mest innholdsrike reisen. En reise som ble en vidunderlig oppdagelse av den grunnleggende, fundamentale sykepleien i møtet med akutt syke mennesker. Jeg startet prosessen med skam og skyld, men sitter igjen med en økt stolthet, og et genuint ønske om å gjøre en enda bedre jobb i morgen, og neste dag og neste dag. Jeg har ærbødig fått lov til å dele sykepleiernes fortelling om hvordan de opplever det å utføre smertefulle prosedyrer. Dette er fortellingen om hvordan akuttmottakets vesen kommer tilsynet selv i de små tingene.

Jeg kjenner at jeg har vokst på flere måter. Jeg hadde forutsett og planlagt for vekst som kvalitativ forsker, men at jeg også skulle vokse i hjertet som sykepleier gjennom møtet med faget og gjennom samtaler og fortelling, kom som en veldig deilig bonus.

Det er noe vakkert gjennomgående i det å se at en travel blålysavdeling som kan virke kald og rask, også huser flotte sykepleierverdier. Jeg beskriver en verden preget av raske skifter, knappe ressurser, både ang tid og humankapital, og en til tider spesiell atmosfære, men møtet mellom menneskene er så levende og nære, på godt og vondt. Det er ekte sykepleie i hvert møte også i denne travle, actionpregete verden.

Kjære Erling, min aller beste venn, og verdens mest tålmodige ektefelle, takk for rene klær og ryddig kjøkken uten at jeg har løftet en finger, men mest av alt takk for alt vi to er *sammen*, og hva vi to får til *sammen*!

Ragnar, Marie, Eline og Andreas, dere har gått for lut og kaldt vann i tre år, og ikke klaget en eneste gang. Dere er knallflinke, jeg er så stolt av dere!

Takk, veileder Kristin, som har holdt ut med meg gjennom denne berg- og dalbaneprosessen, gjennom enger fulle av språkblomster, og tunge perioder med skrivetørke og delingsangst.

Og til Nina og Liv Katerine; det å bli sett av noen som har «vært der sjøl» var det som skulle til for å komme meg over den siste kneika. Takk for at dere var der.

Jeg har forholdt meg til to historier i denne prosessen. Den ene er min egen historie, om og være læresvenn i kvalitativ metode, om veien fra forforståelse til ny innsikt.

Den andre er historien informantene delte med meg, og rammen jeg valgte å sette den inn i for å gjøre den tilgjengelig, interessant og relevant for leseren. Den historien skal du få lese nå.

Drammen, 9. mai 2018

Trine Haugsmark

*Okei, jeg vet at vi må gjøre det,
og jeg veit grunnen til at jeg skal gjøre det
og alt det der okei.
Nå må jeg bare bruke de to minutta
på å skape en mellommenneskelig relasjon,
for det kommer til å ha alt å si*

«Vilde»

1 Innledning

Helt tilbake til Hippokrates' tid har helsepersonell forholdt seg til prinsippet om å ikke skade. Sykepleiere skal fremme helse, lindre lidelse og i akuttmottaket også være med å redde liv.

Dette er min mastergradsavhandling i avansert klinisk sykepleie, og den tar for seg problemet med å påføre smerte og ubehag.

1.1 Bakgrunn

Jeg har gjennom årene gjort meg mange observasjoner og tanker i jobben som sykepleier i akuttmottak. Jeg har opplevd å være tilstede i situasjoner der jeg oppfattet at pasienten ikke fikk god nok smertelindring under prosedyrer, og sittet igjen med følelsen av å burde ha gjort noe mer for pasienten. Likevel gjemte jeg meg bak at det var «legens ordre», «vi hadde ikke tid til å gjøre det bedre», «det går snart over». Jeg vred min dårlige samvittighet over på omgivelsene, og tenkte at det er noe som er galt, noe som ikke burde være. Jeg hadde lest studier som viste til at pasienter i akuttmottak blir for dårlig smertelindret (Rupp & Delaney, 2004). Jeg visste at dette var sant, store studier replikert i Norge viste det samme (Dale & Bjørnsen, 2015). Det jeg derimot ikke visste noe om var om dette var relatert til prosedyresmerter.

Det finnes lite forskning på effekter eller skadevirkninger av prosedyresmerter hos voksne (Given, 2010; Jagoda et al., 1998). Det finnes dog rikelig med forskning som bekrefter negative eller uheldige effekter ved prosedyresmerter hos barn (Given, 2010).

Pasienter på sykehus er hyppig utsatt for smertefulle eller ubehagelige prosedyrer utført av sykepleiere. Sykepleiere utfører trolig flere smertefulle prosedyrer enn de fleste andre helseprofesjonene (Nagy, 1999). Det kan dreie seg om injeksjoner, smertefulle sårstell og forflytninger og mobilisering ved allerede smertefulle tilstander eller skader. Sykepleiere påfører smerter og ubehag på mange måter, likevel vies problemstillingen lite oppmerksomhet, og blir ofte ikke anerkjent som en legitim del av utøvelse av sykepleie (Nagy, 1999).

The American Society for Pain Management Nursing (ASPMN) ytrer i sin uttalelse ("position statement") at personer som skal gjennomgå potensielt smertefulle prosedyrer har rett til optimal smertelindring, og at det må finnes en plan for håndtering

av smerter, angst og ubehag forbundet med prosedyrer (Czarnecki et al., 2011). Jeg oppfatter at relevant forskning er samstemte i at pasienter med smerter har rettigheter, det handler om grunnleggende etiske prinsipper som medbestemmelse og autonomi, rett til informasjon, samt helsepersonells yrkesetiske fordring om å lindre (Venkat, Fromm, Isaacs & Ibarra, 2013).

Relevant forskning om sykepleieres erfaringer med å utføre smertefulle prosedyrer viser at dette kan oppleves både problematisk og uproblematisk (Krieger, 2016; Madjar, 1998; Nagy, 1995, 1999). Det finnes lite data om erfaringene til de sykepleierne som oppga at det var uproblematisk (Krieger, 2016), men jeg har funnet tre studier som drøfter de utfordrende sidene ved å være den som påfører smerte og ubehag (Krieger, 2016; Madjar, 1998; Nagy, 1999).

Grunnleggende i sykepleierens yrkesidentitet ligger omsorgstanken og et ønske om å gjøre godt, og å lindre. Sykepleierne i nevnte studier opplevde derfor et sprik mellom oppfattelsen av seg selv som «sykepleier som lindrer» og det å påføre smerte. Det oppstod en indre konflikt, en diskrepans mellom rolleforståelsen og virkeligheten (Nagy, 1995). Det å påføre smerte skapte en forvirring med hensyn på grunnlagsforståelsen og det opplevdes som et uløselig etisk dilemma (Nagy, 1995). Å påføre smerte utfordret kjerneverdiene i rolleforståelsen av «sykepleieren som omsorgsfull og lindrende». Det oppstod et behov for å finne forklaringer eller kunne forsvare handlingene så sykepleierne atter fikk validert/ bekreftet den erkjente rolleforståelsen som «omsorgsfull og lindrende» (Nagy, 1995). Faktorer som sykepleierens grad av selvstendighet i beslutning og gjennomføring, erkjennelse av handlingen som viktig for pasientens helbred, samt kollegial støtte var viktige for rollevalideringen (Nagy, 1995). Når sykepleieren ikke fikk validert omsorgsrollen, skapte dette følelse av skam eller skyld, og noen opplevde at det svekket det yrkesmessige selvbildet. (Nagy, 1995).

Irena Madjar (1998) omtaler klinisk påførte smerter som en «sosial situasjon som krever både terapeutisk intensjon fra utøveren og aktivt samarbeid fra pasienten» (s. 158). En annen studie bruker ordene «unintended pain associated with nursing procedures» (Krieger, 2016). *Unintended* peker på at smerten er en *ikke-villet* bi-effekt, og ikke intensjonen med prosedyren. Dette kan synes åpenbart, men det er likevel ikke

uvesentlig å presisere, med tanke på grunnlagsdiskusjonene forbundet med problemstillingen.

1.1.1 Avansert klinisk sykepleie i akuttmottak?

En AKS, avansert klinisk sykepleier er det som internasjonalt betegnes som Advanced Practice Nurse/ APN eller Nurse Practitioner. Det har de siste femti årene vært en rivende utvikling av nye modeller for sykepleie: utvidede, mer avanserte og selvstendige funksjoner har sett dagens lys (Fagerström, 2011a). I 2002 presenterte International Council of Nurses (ICN) følgende definisjon:

A Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/ or country in which s/he is credentialed to practice. A master's degree is recommended for entry level.

(Schober, Affara & International Council Of, 2006, s. 12)

Med dette forstår vi at en AKS er en sykepleier som har kunnskaper på ekspertnivå, ferdigheter i kompleks beslutningstaking og klinisk kompetanse til en utvidet funksjon.

Implementeringen av AKS utdanning i Norge har først og fremst fotfeste i primærhelsetjenesten. Offentlige utredninger, blant annet den såkalte «primærhelsemeldingen» (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2015a) peker på at den samlede kompetansen i kommunene er for lav, og at det er behov for flere sykepleiere med økt klinisk kompetanse, helst med mastergrad etter Nurse Practitioner modellen.

I spesialisthelsetjenesten har ikke AKS funnet en like naturlig plass ennå. Nasjonal helse- og sykehusplan (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2015b) vektlegger «utdanninger i tråd med tjenestens behov», og i henhold til utredninger i kjølvannet av sykehusplanen er behovet godt nok dekket med de tradisjonelle, eksisterende spesialutdanningene i anesthesi, operasjon, intensiv, kreft og barnesykepleie (Helsedirektoratet, 2017). Mastergradsutdannelsene i avansert klinisk sykepleie gir ifølge helse- og sykehusplanen god kompetanse, men samsvarer ikke alltid med det sykehusene har behov for (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2015b). Utredningen viste at «Spesialisthelsetjenesten

mener at eksisterende videreutdanninger for sykepleiere i stor grad svarer godt til deres behov for spesialisert kompetanse» (Helsedirektoratet, 2017, s. 23).

Å planlegge en karriere som AKS i et norsk akuttmottak kan nok føles å gå motstrøms inn i fremtiden. Helsedirektoratet gir disse nye AKS-er likevel et intensjonelt halmstrå og påpeker at utdanningene gir kompetanse som kan brukes i primærhelsetjenesten så vel som i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017).

Veksten i antall eldre med sammensatte helse- eller sykdomstilstander, høy aktivitet i akuttmottaket med mange pasienter, samt at pasientene ikke alltid er tilsett av lege før ankomst, stiller høye krav til sykepleiernes kompetanse i akuttmottak (Helsedirektoratet, 2014). Dette kan argumentere for at nettopp akuttmottaket kan være AKS-enes inngangsport til spesialisthelsetjenesten. Utdanningen tar jo ifølge Helsedirektoratet sikte på å gi studentene «selvstendighet i kliniske vurderinger og gjennom utdypet forståelse for helse og sykdom, med bakgrunn i etikk, sykdomslære og kunnskap om pasientforløp» (2017, s. 21).

Lisbeth Fagerström (2011a) har laget en modell for avansert klinisk sykepleie relevant for de nordiske landene som favner åtte kjerneområder. Disse er *direkte klinisk praksis, etisk beslutningskompetanse, veiledning, rådgivning, samarbeid, «case management», forskning og fagutvikling* og til sist *lederskap* (Fagerström, 2011a, s. 98). Den nordiske modellen viser at det er mange ulike funksjoner som kan fylles med AKS kompetanse, også i spesialisthelsetjeneste og akuttmottak. Helsedirektoratet (2017) fokuserer dog mest på pasientnære funksjoner og uttrykker at hensikten med AKS masterutdanningen er å gi breddekompetente sykepleiere til selvstendige, avanserte kliniske roller. Jeg mener det er vesentlig å også ha et blick på Fagerströms modell (2011a) og utnytte AKS kompetanse også som faglig veileder, støttespiller for kolleger og fremmer av kunnskapsbasert praksis.

1.2 Hensikt og problemformulering

Kunnskap bygges sten på sten, og man sier at «forskning er kumulativ». Selv om mye av hensikten med masteroppgaven er å lære meg et håndverk, lære meg forskning, så håper jeg også at jeg kan legge mitt bidrag til kunnskapsbasen.

Det synes som at problemet med klinisk påført smerte, eller *prosedyresmerte* er undervurdert og underkommunisert (Czarnecki et al., 2011; Krieger, 2016; Madjar, 1998; Nagy, 1995) eller i verste fall ikke anerkjent i som et problem i det hele tatt (Czarnecki et al., 2011). Det har vært lite forskning på dette området, og selv om det har tatt seg litt opp de siste årene, finnes det fortsatt lite håndfast om hvordan sykepleiere kan forholde seg til følelsene og effektene som oppstår når man i arbeidet er nødt til å gjøre vondt istedenfor å gjøre godt (Nagy, 1999). Også i sykepleierutdanningene har påført smerte blitt viet lite oppmerksomhet (Given, 2010; Madjar, 1998; Nagy, 1999).

I tilgjengelige studier om å påføre smerte er settingen oftest spesialiserte avdelinger som brannskade-, kjemoterapi eller spedbarns- /neonatalavdelinger (Krieger, 2016; Madjar, 1998; Nagy, 1999). Hva er det så som eventuelt er annerledes i akuttmottak, eller er det mye likt? Jeg gjerne høre mer om hvordan det erfares å være sykepleieren i denne settingen. Hvilke opplevelser har de? Hvilke forståelser, tanker og følelser har de? Hvordan er det de tenker rundt «håndtering av smerter angst og ubehag forbundet med smertefulle prosedyrer» (Czarnecki et al., 2011)?

Formålet med studien er altså å utforske og beskrive hvordan det erfares å utføre disse prosedyrene i et akuttmottak:

-Hva er det som kan påvirke de valgene sykepleieren tar i møtet med pasienten?

-Er det andre normer og regler som gjelder når det er i en akutt setting?

-Hvordan oppleves det å stå overfor en pasient som uttrykker smerte, og hvordan påvirker pasientens smerteuttrykk sykepleierens respons?

-Hvordan erfarer sykepleieren det at prosedyren hun/han utfører gjør vondt for pasienten?

Jeg har med disse spørsmålene som bakgrunn formulert følgende problemstilling:

«Hvordan erfarer sykepleiere i akuttmottak det å utføre smertefulle prosedyrer?»

2 Teoretisk forståelsesramme

Jeg presenterer her noen sentrale begreper som et teoretisk rammeverk for resten av studien.

2.1 Smertefulle prosedyrer i akuttmottak

En presentasjon av den fysiske og praktiske konteksten studien tar for seg.

2.1.1 Akuttmottak

De somatiske akuttmottakene ved norske sykehus har utviklet seg de siste 30-40 år fra å være «mottakelse» og «bad», til en sentral del av den akuttmedisinske kjeden. Etter Specialisthelsetjenesteloven (1999) har sykehusene plikt til å ta imot, undersøke og behandle pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp. Oftest blir pasienter henvist til sykehuset fra fastlege eller kommunal legevakt, som har gjort en vurdering at øyeblikkelig hjelp er påtrengende nødvendig (Molven, 2015). «Påtrengende nødvendig» innebærer at det foreligger alvorlige tilstander, og ifølge Ot prp nr. 13 (1998-99) er det «fare for liv eller alvorlig forverring av en helsetilstand». Det kan også være «påtrengende nødvendig» med øyeblikkelig hjelp for å begrense funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom, eller å gi behandling ved store smerter, også når smertens ikke skyldes alvorlig skade eller sykdom (Molven, 2015). «Øyeblikkelig» i denne sammenheng betyr at pasientens har behov for helsehjelp innen 24 timer (NOU 1998:9, 1998). Dette betyr dog ikke nødvendigvis at pasienten *kan* vente i 24 timer, da mange av pasientene som kommer til akuttmottak er i behov av umiddelbar helsehjelp. Dette kan være personer utsatt for store ulykker, alvorlige tilstander som hjerneslag, store indre blødninger eller hjertestans. Disse pasientene kommer oftest direkte med ambulanse og tas imot av spesialiserte team (NOU 1998:9, 1998).

Akuttmottakene er inngangsporten til sykehuset. Pasientene som kommer til akuttmottaket er en svært differensiert gruppe. Det kan være pasienter med livstruende sykdommer, som krever umiddelbar behandling, mens andre presenterer uklare, eller sammensatte sykdomsbilder som trenger undersøkelser, utredning og observasjon. I akuttmottaket gjøres de første nødvendige undersøkelsene, eller pasienten får umiddelbar livreddende behandlingen, når dette er påkrevd.

Akuttmottakene er i dag preget av akuttmedisinske prosedyrer, komplekse medisinske vurderinger og stor klinisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2014). Landsomfattende tilsyn med landets akuttmottak viste at dette er avdelinger med stor trafikk og ofte lang ventetid (Helsetilsynet, 2008). Det er et hverdagsfenomen snarere enn unntakstilstand at det befinner seg mange pasienter samtidig i akuttmottaket.

Helsetilsynet (2008) påpeker at i mange av akuttmottakene stod og falt store deler av den daglige driften på at kompetente enkeltpersoner «brettet opp ermene» for å løse «hverdagskriser». Dette kan bety stor belastning og slitasje på helsepersonellet i akuttmottaket, noe som i sin tur kan få uheldige konsekvenser for pasientbehandlingen (Helsetilsynet, 2008).

2.1.2 Vanlige tilstander og prosedyrer i akuttmottaket

Rapporten fra Helsedirektoratet (2014) beskriver en del hyppige tilstander, og gir eksempler på elementer som er viktige i akuttmottakets behandling av disse. Med min bakgrunn fra akuttmottaket er disse tilstandene gjenkjennelige som «vanlige tilstander i akuttmottaket». Det kan være akutte magesmerter, bryst smerter som kan være tegn på for eksempel hjerteinfarkt, ulykker og skader, og uavklarte medisinske tilstander som krever rask behandling (Helsedirektoratet, 2014). Felles for disse tilstandene, eller kontaktårsakene, er at disse pasientene har behov for ulike medisinske/ kliniske prosedyrer. Nedenfor nevnes noen vanlige prosedyrer i akuttmottak.

Intravenøs tilgang

En av de vanligste prosedyrene, og den som flest pasienter kommer bort i, er å få innlagt perifer venekanyle (PVK) eller Venflon®. Prosedyren går ut på å føre et plastrør av varierende tykkelse, ledsaget av en spiss kanyle, gjennom huden og inn i en vene. Kanylen fjernes umiddelbart, plastrøret blir liggende igjen, og brukes til å gi legemidler, væske mm. intravenøst (Helsebiblioteket, 2015).

Rensing og suturering av sårskader

Mange pasienter har kuttskader som trenger å sys, eller sår som må renses. Skaden kan være smertefull i seg selv, i tillegg skal pasientens sår trekkes sammen med et eller flere sting, eller eventuelt hudstifter (Boeckstyns & Ebskov, 2013). Det er vanlig å bruke

lokalbedøvelse som settes som flere stikk med sprøyte i huden rundt såret. Det kan oppfattes ubehagelig eller smertefullt å få disse stikkene, samt at selve bedøvelsesmiddelet kan svi og sprengte før det begynner å virke (Delemos, 2018).

Reponere brudd

Pasienter med brudd som må dras på plass får bedøvelse, men pasienten kan likevel oppleve at det er smerter fra selve bruddet, så vel som på grunn av holding og drag. Det hele kan oppleves voldsomt og noen synes det er skremmende eller ekkelt at bruddet, som er vondt i seg selv, skal håndteres (Lønne & Nerhus, 2010).

Blærekateterisering

Kateterisering innebærer å føre et urinkateter (en slange eller rør) via urinrøret inn i urinblæren for tømme urin eller ha nøyaktig kontroll på væskebalansen. Prosedyren oppfattes mest ubehagelig for menn på grunn av det lengre urinrøret, samt at kateteret må passere prostatakjertelen. Innleggelse av urinkateter er vanlig ved mange akutte sykdomstilstander (Helsebiblioteket, 2014).

Magesonde (ventrikkelsonde)

Pasienter kan av ulike grunner ha behov for nedleggelse av sonde i magen. Det kan være snakk om avlastende sonde i magesekken, når det for eksempel er mistanke om obstruksjon av tarmen, eller pasienten kan trenge skylning og tømming av magesekkens innhold etter inntak av skadelige substanser (Helsebiblioteket, 2016). Prosedyren medfører at en slange føres ned gjennom svelget via nese eller munn, og krever at pasienten samarbeider. Når slangen passerer svelget kan pasienten oppleve breknings- eller kvelningsfølelse. Det er alltid en viss risiko for at slangen kan komme feil, og blokkere luftrøret, eller at mageinnhold kan komme i luftveiene. God kommunikasjon og rolig, trygg gjennomføring er kritisk for et vellykket resultat (Hodin, 2017).

Arteriell blodgass

En blodprøve av det oksygenerte blodet i en perifer arterie kan gi mye viktig informasjon, både om pasientens gassutveksling, elektrolyttbalanse og kan gi et raskt bilde av hvordan det står til med ulike, viktige funksjoner i kroppen. Prosedyren kan oppleves ubehagelig

eller smertefull, ettersom blodprøven tas i «pulsåren» på undersiden av håndbaken, et ganske følsomt sted. Det kan være vanskelig å treffe riktig, samt at man noen ganger må stikke litt dypt (Theodore, 2017).

2.1.3 Hvem utfører prosedyrene, i dag og i fremtiden

Mange av prosedyrene som utføres i akuttmottaket er ansett som tradisjonelle sykepleieroppgaver, mens andre prosedyrer blir utført av leger. På bakgrunn av udekkede behov har oppgaveglidning over tid skjedd av seg selv. Tilgjengelig yrkespersonell har, med tilstrekkelig opplæring, blitt ressurser på konkrete områder. I en del poliklinikker har for eksempel sykepleier blitt svært kompetente, og til dels drifter klinikkene selv (Hagelund, 2009). I «Nasjonal helse- og sykehusplan» fra 2015 (Helse- Og Omsorgsdepartementet) kan vi lese om hensiktsmessig arbeidsdeling, og tidligere helseminister Jonas Gahr Støres uttrykte følgende i «Ti nye grep for bedre sykehus» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013):

«Bedre og smartere oppgavedeling mellom ansatte i sykehusene. Det betyr at arbeidsoppgaver som tidligere har vært knyttet til en særskilt profesjon, også skal kunne utføres av andre yrkesgrupper for bedre utnyttelse av samlet kompetanse og ressurser.»

Med dette bakteppet, og introduksjonen av AKS i spesialisthelsetjenesten, er det naturlig å se for seg at ulike prosedyrer i dag utført av leger kan glides over til AKS sykepleiere (Helsedirektoratet, 2017). Denne studien fokuserer likevel på prosedyrer som i dag utføres av sykepleiere.

2.2 Å påføre smerte som en del av jobben

Sykepleiere som utfører smertefulle prosedyrer stiller, ifølge (Nagy, 1995), spørsmål ved moralske aspekter, etikk, samt juridiske anliggende. Nedenfor presenterer jeg teorier om disse temaene som et rammeverk. Som vi har sett i innledningen viser tidligere forskning at sykepleiere trenger mestringsstrategier i arbeidet med smertefulle prosedyrer. Jeg vil derfor også presentere Nagys fire grupper med mestringsstrategier (Nagy, 1999).

2.2.1 Nærhet og omsorg

Det skjer noe mellom mennesker i møter der den ene er i nød. Vi er kjent med K. E. Løgstrups *etiske fordring*, og hans påstand at man aldri har med en annet menneske å gjøre uten at man holder en bit av deres liv i ens hånd (Løgstrup & Engen, 1999). Omsorgsfilosofen Kari Martinsen uttrykker det som å «se den andre med hjertets øye», at «hjertet vekkes gjennom synets berøring med det sette» (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 43). En mer moderne empatiforsker, Martin L. Hofmann kaller det «empathic distress response» (Nortvedt & Grimen, 2004), som innebærer at mennesker er bygget slik at de ufrivillig nærmest blir påtvunget den andres emosjoner, og på den måten opplever ubehaget i den andres ubehag (Nortvedt & Grimen, 2004). Disse ulike forståelsesmodellene handler om det samme, og rommer det som kalles nærhetsetikk. Nærhetsetikk som begrep brukes om moralsk praksis og moralske fenomener som handler om «jeg og du» (Vetlesen, Bauman, Nortvedt & Andersen, 1996). Kari Martinsen beskriver denne relasjonen mellom sykepleier og pasient er selve grunnlaget for handling og ansvar i sykepleien og kaller det *moralsk praksis* (Nortvedt, 2016b). For Martinsen er ikke moral prinsippkollisjoner og valg mellom prinsipper, men relasjonelle dilemmaer sykepleieren opplever i møte med pasienten (Martinsen, 1989). Omsorg er et annet viktig relasjonelt begrep. Omsorgsbegrepet tar ifølge Martinsen utgangspunkt i at mennesker er grunnleggende avhengig av hverandre, omsorg er basert på et *kollektivt menneskesyn* (Martinsen, 1989). I studiens kontekst med praktiske prosedyrer er denne beskrivelsen relevant:

«Omsorg viser seg gjennom vår praktiske omgang med ting og redskaper rundt oss. Disse bruker vi på bestemte måter sammen med andre, ut fra en felles forståelse av helheten tingene inngår i»

(Martinsen, 1989)

Omsorg forutsetter alltid to parter. Den ene har omtenksomhet og bekymring for den andre. «Når den ene lider, vil den andre «sørge» (i betydningen *lide sammen med*) og *sørge for* å lindre smerten ... man forholder seg til den andre ut fra en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon» (Martinsen, 1989, s. 69).

Emmanuel Lévinas uttrykker det samme fenomenet når han beskriver at møtet med den andres ansikt fordrer et ansvar man ikke kan velge bort. Han mener at vår etiske bevissthet vekkes av det å møte et annet menneske ansikt til ansikt. Ansiktet uttrykker det trengende hos den andre, det er sårbart og nakent. Møtet med den andres ansikt er

en taus appell om ansvar. Lévinas beskriver ansvaret som en spesiell form for nærhet, en «etisk nærhet» (Kvandal, 2010).

2.2.2 De fire prinsippers etikk

På 70-tallet møttes en gruppe amerikanske filosofer, teologer, jurister og leger i en etisk kommisjon, hvor hensikten var å lage et praktisk-etisk rammeverk for medisinsk forskning, den såkalte «Belmontrappen», hvor vi blir presentert for «De fire prinsippers etikk» (T. L. Beauchamp, 1993; T. L. Beauchamp & Childress, 2009; Brinchmann, 2016a; Friesen, Kearns, Redman & Caplan, 2017). Selv om det opprinnelige formålet var å lage et verktøy for forskningsetiske vurderinger, fikk de fire prinsippene snart stor innflytelse på medisinsk og sykepleiefaglig etikk også i klinisk yrkesutøvelse, i USA ofte referert til som «the Georgetown mantra» (T. L. Beauchamp, 1993). I nyere tid har Belmontrappen av flere grunner blitt kritisert for å være et uhensiktsmessig vurderingsverktøy i moderne medisinsk forskningsetikk (Friesen et al., 2017). De fire prinsippers etikk som sådan har likevel god referanseverdi i den pasientnære utøvelsen av sykepleie, ikke som en gitt sannhet, men som et rammeverk for refleksjon eller diskusjon (Brinchmann, 2016a).

De fire prinsippene er likeverdige, og ingen vurderes som viktigere enn andre. Et gjeldende prinsipp kan derfor settes til side når det kommer i konflikt med et annet av prinsippene, siden de i utgangspunktet veier like tungt, men likevel i den aktuelle, konkrete situasjonen må tillegges større vekt (Brinchmann, 2016a).

Det første av de fire prinsippene er *velgjørenhetsprinsippet*, «plikten til å gjøre godt mot andre» (Brinchmann, 2016a, s. 85). Velgjørenhetsprinsippet er også uttrykt i Helsepersonelloven (1999) hvor det står i §4 at helsehjelp skal utføres forsvarlig og omsorgsfullt. Sykepleieren er i mange situasjoner nødt til å påføre pasienten smerter og ubehag, velgjørenhet er da å utføre prosedyren eller handlingen så varsomt og skånsomt som mulig (Nortvedt, 2016b). Sett med nærhetsetikkens briller, kan varsomheten forklares som det intuitive svaret på pasientens uttrykte sårbarhet både verbalt, og non-verbalt (Nortvedt & Grimen, 2004).

Det andre prinsippet kalles *ikke-skadeprinsippet*, som er «plikten til å ikke skade andre» (Brinchmann, 2016a, s. 85) Nortvedt mener ikke-skade prinsippet for sykepleieren først og fremst handler om å minimalisere pasientens smerte og ubehag (Nortvedt, 2016b).

Det tredje prinsippet er *autonomiprinsippet*, dette er «plikten til å respektere autonome personers beslutninger» (Brinchmann, 2016a, s. 85). Pasientens rett til selvbestemmelse er et av de mest grunnleggende verdier både i helsetjenesten og i menneskelivet generelt, og er fundamentert i menneskers grunnleggende, individuelle frihet, og evnen til rasjonell tenkning omkring egne ønsker og behov (Nortvedt, 2016b).

Til sist har vi *rettferdighetsprinsippet* som tar for seg «plikten til å behandle like tilfeller likt (formell rettferdighet) og til å fordele ressurser rettferdig (fordelingsrettferdighet)» (Brinchmann, 2016a, s. 85). Rettferdighetsbegrepet i offentlig helse er komplekst. Alle har lik rett til tjenester uavhengig av faktorer som kjønn, bosted, sosial status med videre (Nortvedt, 2016b), men samtidig er ressursene begrenset, så det handler vel så mye om å balansere kost og nytte slik at tjenesten imøtekommer befolkningens behov på en måte som ivaretar flest mulig *godt nok* (Norsk Sykepleierforbund, 2008).

2.2.3 Rettsregler

Sykepleierens yrkesutførelse reguleres av ulike normer og regler. I tillegg til sykepleierens moralske forpliktelser og de etiske prinsipper hun forvalter, må hun også forholde seg til arbeidsplassens regelverk, lokale sedvaner og sosiale normer (Molven, 2015). Disse regler og normer kan kollidere med hverandre, og da har vi rettsreglene som forteller oss hva vi skal gjøre. Rettsregler er lovverk, forskrifter, rettspraksis (domstolen) og konvensjoner som for eksempel menneskerettskonvensjonen (Molven, 2012). Det kan synes lettvis når man står i et etisk dilemma at vi kan se til rettsreglene for å finne løsningen, men lovtekstene er *et minimumskrav* som sier hva man skal, bør eller kan gjøre (Molven, 2015). Det forventes at sykepleiere er kjent med de viktigste lover og rettsregler som har betydning for yrkesutøvelsen (Molven, 2012; Norsk Sykepleierforbund, 2011; Nortvedt, 2016b).

Vi finner igjen prinsippene om autonomi og velgjørenhet i lovtekstene, men et annet prinsipp som er fremtredende i det juridiske regelverket er prinsippet om at helsehjelp skal være *faglig forsvarlig*, dessuten at helsehjelpen skal gis på en omsorgsfull måte (Helsepersonelloven, 1999, §4). Spennet mellom de to begrepene blir ikke utbrodert i lovteksten, men Molven (2012) tolker det dithen at «faglig forsvarlighet» dreier seg mest om det faglig tekniske, aktiviteter som er kunnskapsbasert, mens «omsorgsfull hjelp»

handler om en verdibasert måte å opptre atferdsmessig på» (s. 128). «Faglig forsvarlighet» innebærer at hjelpen sykepleieren yter må bygge på vitenskap og erfaring for hva det er behov for og nyttig å gjøre ved ulike tilstander, mens «omsorgsfull hjelp» handler om å foreta verdivalg, det vil si gjøre etiske avveininger knyttet til den mellommenneskelige måten og opptre *overfor* og *sammen med* (Molven, 2012).

2.2.4 Mestringsstrategier

Nagys mestringsstrategier er grupper av strategier med en overordnet tematikk (Nagy, 1999). Jeg går ikke inn i dybden på de enkelte tiltakene/ strategiene i hver gruppe.

Distansere seg

Strategiene som handler om å distansere seg har til hensikt å begrense den effekten den smertefulle prosedyren har på sykepleieren. Det kunne være tiltak som søkte å skape en viss emosjonell distanse til pasienten under prosedyren, eller å flytte det indre fokuset over på hensikten og nytteverdien av prosedyren.

Engasjere seg

I denne gruppen finnes tiltakene som tilstreber å fokusere på pasienten og hans opplevelse, altså tiltakene sykepleieren gjør for hjelpe pasienten gjennom prosedyren, og avlette hans ubehag så mye som mulig på tross av den faktiske smerten hun er nødt til å påføre.

Kollegial støtte

Sykepleieren hadde nytte og glede av å sparre med, og få bekreftelse av kolleger. Det var mest nyttig å forholde seg til personer i tilsvarende rolle, som opplevde tilsvarende situasjoner.

Rekonstruere rollens kjerneverdier

Dette var tiltak som tok sikte på å gjenopprette sykepleierens rolleforståelse eller selvbilde som omsorgsfull yrkesutøver. Det ultimate målet med disse strategiene er en erkjennelse av at sykepleie er en jobb som både lindrer, men også av nødvendighet påfører smerte.

3 Metode

Kvalitative forskningsmetoder kan styrke vår forståelse, og bidra til mer nyansert kunnskap om menneskers opplevelser, oppfatninger eller holdninger (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer, 2010; Malterud, 2017). Jeg ønsket å utforske og beskrive hvordan sykepleiere i akuttmottak erfarer det å utføre smertefulle prosedyrer. Kirsti Malterud kaller det «levende kunnskap i sin naturlige sammenheng» (2017, s. 31). Det er ikke lett å gi en entydig definisjon på hva som konstituerer kvalitative forskningsmetoder, men det har blitt beskrevet som en situert aktivitet som har til hensikt å observere i verden, og gjennom fortolkning gjøre denne verden synlig også for andre (Creswell, 2013).

3.1 Samtale som forskning

Jeg valgte semistrukturerte dybdeintervjuer som metode for datasamling i denne studien. Intervju er en egnet forskningsmetode når man søker innsikt i livserfaringer, og hvordan menneskene selv opplever og tolker disse erfaringene. Kvale og Brinkmann (2015) kaller dette «samtale som forskning». Det semistrukturerte intervjuet har en ganske åpen, tematisk intervjuguide. Denne løse formen som semistrukturerte intervjuer har, gjorde at jeg lettere kunne følge opp utsagn om uventede elementer eller problemstillinger (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer, 2010). Dette la til rette for at informantene kunne fortelle fritt, og dele erfaringer.

3.2 Utvalg

Utvalget i studien bestod av fem sykepleiere som jobber ved tre ulike akuttmottak på Østlandet. For å skape litt distanse ønsket jeg å rekruttere deltakere fra et annet sykehus. Disse ble rekruttert gjennom snøballmetode, der bekjente i mitt perifere yrkesnettverk var stråpersoner. Jeg ønsket å skaffe respondenter som best kunne gi et rikt og variert materiale om det jeg ønsket å si noe om. Jeg tilstrebet best mulig informasjonsstyrke gjennom variasjon i erfaring, alder og hvorvidt de hadde videreutdanning eller ei (Malterud, 2017). Inklusjonskriteriene for informantene var at han eller hun måtte være sykepleier eller spesialsykepleier i akuttmottak, og ha jobbet i akuttmottak lenge nok til å ha erfaringer å dele, minst ett år, helst mer enn to. Med et ganske lite utvalg kunne

jeg få et datamateriale jeg kunne jobbe godt med, noe som ville bidra til kvalitet i analysen. I følge Malterud (2017) er det vanskelig å få oversikt hvis materialet blir altfor stort og analysen fort blir overflatisk. Jeg vurderte likevel at utvalget var stort nok ut fra den samlede informasjonsstyrken.

3.2.1 Informantene

Liv er spesialsykepleier, rundt femti år. Jeg møtte henne der hun bor, litt «på landet», og vi drakk medbragt kaffe på en parkbenk i nærområdet hennes i naturskjønne omgivelser og nydelig høstvær. Det var få forstyrrelser, kun et par biler som parkerte i nærheten, samt noen vindkast og fuglekvitte.

Brita er rundt førti år, hadde mange års erfaring i akuttmottak, og variert bakgrunn forut for dette. Brita hadde ikke spesialutdannelse som sykepleier, men annen interessant utdannelse i tillegg. Brita møtte jeg også utendørs, og vi hadde en fin samtale på en benk en stille høstkveld.

Guri er i slutten av tyveårene og jeg traff henne i sitt hjem hvor hun var i fødselspermisjon. Guri hadde jobbet i akuttmottak i flere år, helt siden hun var ferdig med sykepleierutdannelsen. Guri hadde ingen spesialutdannelse. Intervjuet ble avbrutt et par ganger av babyen, men jeg opplevde ikke at avbrytelsene forstyrret flyten eller at innhold gikk tapt på grunn av dette.

Karine er i førtiårene, hun ønsket også å treffe meg i sitt eget hjem. Ingen andre var hjemme, så vi fikk prate uforstyrret, foruten at hun laget en pai som vi skulle spise, denne måtte hun ordne med et par ganger under intervjuet. Karine hadde mange års erfaring fra akuttmottak og hadde også spesialutdanning.

Vilde er rundt tretti år og hadde ett års erfaring fra akuttmottak. Hun hadde vært sykepleier i noen år, og jobbet på sengepost før hun begynte i akuttmottak. Vi møttes på en cafe i nærheten av jobben hennes før hun skulle på aftenvakt.

3.3 Forskningsetikk

Studien ble søkt og godkjent i NSD (Norsk senter for forskningsdata) før datasamlingen tok til (vedlegg 1 og 2). Studien ble vurdert ikke søknadspliktig hos REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). Det er i henhold til Helsinkideklarasjonen ikke samme krav til beskyttelse av personell som forskes på, som av pasienter (Malterud, 2017). Dette fordrer etisk refleksjon hos forskeren, for å likevel ivareta informanten på en god måte.

Jeg har gitt informantene fiktive navn, og vært lite spesifikk med detaljer for å unngå gjenkjennelsesproblematikk. For å sikre personvern støttet jeg meg til NSD sine anbefalinger for håndtering av datamateriale, som beskrevet i søknaden (se vedlegg 1). Jeg tok dessuten utgangspunkt i NSDs veiledende mal i utarbeidelsen av forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet, for å være sikker på at informasjonen jeg sendte tilfredsstilte de nødvendige krav om informasjon til informanten (vedlegg 3). Informantene ble orientert om at deres samtykke kunne trekkes tilbake dersom de på et senere tidspunkt ombestemte seg.

3.4 Datasamling

Jeg startet datasamlingsprosessen med å utarbeide intervjuguiden (vedlegg 4). Jeg tok utgangspunkt i en rekke forskningsspørsmål som hadde oppstått etter innledende lesing av forskning og faglitteratur på feltet, samt egne erfaringer. Gjennom en veldig konkret og visuell prosess med «gule lapper», gruppering og omgruppering av disse, sammenfattet jeg noen få sentrale tematiske spørsmål, hvor hensikten var å få informanten til å dele av sine erfaringer, uten rigide føringer. Spørsmålsguiden er inspirert av modeller for utforming av spørsmål hos Johannessen m fl (2010) og Kvale (2015). Hensikten med de innledende spørsmålene var å vekke nysgjerrigheten og stimulere til å dele generelle betraktninger om temaet. Når samtalen og tilliten var mer etablert kunne jeg presentere spørsmål av mer følsom eller personlig karakter. Jeg hadde også noen generelle «hjelpes spørsmål» som jeg kunne bruke for å fremme flyten i samtalen og stimulere informanten til å utbrodere det hun snakket om. Et åpent avslutningsspørsmål om det var noe informanten mente jeg burde ha spurt om fungerte veldig godt, og gav mye spennende data.

3.4.1 Intervjuene

Jeg gjennomførte et pilotintervju, hvor hensikten var å gjøre meg kjent med det å intervju, prøve ut intervjuguiden, i tillegg til å sjekke og evaluere utstyr og bli litt vant til rollen som intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuene, inkludert pilotintervjuet, ble gjennomført på sted etter informantens ønske. Intervjuene er sosiale prosesser i seg selv (Herzog, 2012). Hvem som velger hvor intervjuet skal foregå, og lokasjonen i seg selv er ikke uten betydning. Når informanten selv får velge er det større sannsynlighet for at han eller hun vil være et sted som oppleves trygt og behagelig (Herzog, 2012). Jeg opplevde at en god og avslappet atmosfære lett veide opp for ulempene med bakgrunnsstøy, og vindkast i papirene.

Jeg startet alle intervjuene med å presentere meg selv på nytt, selv om jeg hadde pratet med alle på telefon på forhånd (Kvale & Brinkmann, 2015), videre gav jeg en kort presentasjon av studien og temaet. Vi hadde avtalt forhånd at det kunne vare opp til en time. Informasjon var sendt dem på forhånd, men jeg gikk gjennom informasjonsskrivet likevel, for å avdekke om de hadde spørsmål, og at de hadde forstått hva de samtykket til. Alle samtykket.

Jeg ønsket å legge til rette for god samtale, og forsøkte å være bevisst eget kroppsspråk, hvordan jeg plasserte meg i forhold til informanten og så videre (Eide & Eide, 2007; Herzog, 2012; Kvale & Brinkmann, 2015).

3.4.2 Transkribering - fortolkning og begynnende analyse

Transkribering handler ifølge Malterud (2017), om å omdanne hele den muntlige samtalen, ikke bare lyden, til skriftlig tekst, for å kunne analysere materialet fra intervjuene. Denne prosessen var krevende, og jeg måtte ta mange valg underveis. Kvale og Brinkmann (2015) skriver om «pragmatiske valg», og jeg vil gi et eksempel fra denne prosessen i min studie: En eller flere av informantene hadde dialekt. Jeg valgte å noen ganger skrive slik det høres ut, andre ganger skrev jeg på østlandsk, slik jeg prater selv. Dette begrunnet jeg med at dialektuttrykkene, eller språkflyten noen ganger gav farge og tone til meningsytringen, mens andre ganger var ytringene var mer nøytrale, og da ble «ikkje» til «ikke», og «æ» til «jeg», da dette var raskere, mer naturlig i fingrene og enklere for meg å skrive. Det er ikke sikkert at den beste gjengivelsen av samtalen er å skrive ned hva som ble sagt ordrett, ei heller er det gitt at det å skrive det som ble sagt ord for ord

er en god beskrivelse av det som ble hørt (Malterud, 2017). Et annet pragmatisk valg var å fjerne «eeh»-er og gjentakende ord der jeg tolket at de ikke hadde noen meningsbyrde. En grunn til at jeg kan tillate meg denne reduksjonen i tekstmaterialet, er at jeg selv har intervjuet og selv transkriberer (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg var faktisk tilstede og har en dimensjon til med inn i transkripsjonen.

3.4.3 En dynamisk prosess

Malterud beskriver den kvalitative forskningsprosessen som fleksibel, og sier at vi som forskere har «rett og plikt til å lære av våre erfaringer, og til å korrigere kursen i prosjektet i samsvar med det vi erkjenner underveis» (2017, s. 76). Jeg erfarte selv det hun beskriver som at «datasamling og analyse går hånd i hånd», og at det var nødvendig å ta et skritt tilbake et par ganger under datasamlingen og stikke fingeren i jorda. Da jeg transkriberte intervjuene jeg selv hadde utført så jeg det jeg erfarte under intervjuene i et nytt og mer kritisk lys. Jeg kunne så justere kursen ut fra hva som ble sagt og hvordan dette fungerte. Denne fremgangsmåten gav meg altså mulighet til å endre kurs underveis, både i forhold til selve måten intervjuene ble utført, men også når det gjaldt tematikk. Etter tre intervjuer ble guiden revidert noe, uten at dette egentlig bidro til forbedring eller særlig endring av intervjugjennomføringen. Sannhetene i samtalen og møtene levde uansett sitt eget liv, og ville seg frem på tross av spørsmålene mine og min umodenhet som intervjuer. Dette var en spennende erfaring, og jeg fikk med dette en bedre forståelse av hva Hanna Creswell mener når hun sier at å være kvalitativ forsker er «to make sense of the *meanings people bring to them*» (2013).

Allerede underveis med intervjuene erfarte jeg at jeg hadde startet på det Malterud beskriver som en trinnvis analyseprosess (2017), og etter tre intervjuer gjennomførte jeg en grov foreløpig analyse, for å ta stilling til kursendring i tematikk og spørremåter i de kommende intervjuene. På denne måten tok jeg hensyn til at analyseprosessen starter allerede under datasamlingen.

3.5 Analyse - en trinnvis prosess fra samtale til ny kunnskap

Jeg gjennomførte en innholdsanalyse som er inspirert av Malterud (Malterud, 2012, 2017). Jeg så også til Graneheim og Lundmans «kvalitativ innholdsanalyse» (2004) som begrepsmessig og teoretisk rammeverk. Modellene er bygget noe over samme lest, og

begge har ganske pragmatiske tilnærminger til analysen. Fokuset hos Malterud er at det skal være en enkel strategi som kan anvendes for å bidra til intersubjektivitet, refleksivitet og gjennomførbarhet i en nybegynners prosjekt, mens hensikten med Graneheim og Lundman sitt rammeverk å sikre troverdighet i kvalitative analyser (ang intersubjektivitet og refleksivitet, se for øvrig 3.6.1).

En kvalitativ analyse skal ikke være en tilfeldig prosess hvor man presenterer «noe man bare skjønnte» (Malterud, 2017), samtidig må man starte et sted, så jeg leste gjennom materialet for et overblikk og valgte meg ut noen temaer som syntes å utpeke seg. Dette kaller Malterud å gå fra «villnis til oversikt» (2017). Jeg fant fem temaer som jeg lot være utgangspunkt da jeg så gikk mer systematisk til verks gjennom hver analyseenhet (hvert intervju). I hvert intervju lette jeg så etter elementer som passet inn under disse respektive foreløpige temaene. Disse fem bolkene med materiale kunne jeg nå betrakte som «content areas» (Graneheim & Lundman, 2004), og gav dem hvert sitt navn.

Under dette mer systematiske arbeidet med å gruppere meningsbærende enheter fra de forskjellige intervjuene skjedde det justeringer. De foreløpige temaene endret litt innhold og meningsenhetene grupperte seg litt annerledes, de fikk «satt seg» på en måte. To ble slått sammen, og element fra en tredje inkludert. Et annet ble delt opp i to nye, og de fikk alle nye navn, noen bare litt endret, andre mye. Det hele foregikk analogt med store tankekart og «gule lapper» på vinduet i stua som ble flyttet rundt. Når jeg ikke lenger fikk flyttet rundt på enhetene mine, satt jeg igjen med fire temaer. En skjematisk fremstilling av enhetene og dannelsen av grupper som en lineær prosess gir ikke et riktig bilde av prosessen. Jeg har likevel laget en matrise som kan illustrerer utviklingen fra råtekst til meninger og tema (vedlegg 5).

Hele veien fra intervjusituasjonen og gjennom analysen i den kvalitative forskningsprosessen foregår fortolkning (Fangen, 2004), dette kommer jeg tilbake til i metodediskusjonen.

Etter analysen tok jeg dataene tilbake til en av informantene, for å gjøre som kalles en medlemsvalidering eller «membercheck» (Polit & Beck, 2017). Dette var avklart på

forhånd, og vedkommende hadde samtykket. Hensikten var å avstemme om informanten kjente seg igjen, noe som i så fall styrker gyldigheten i den endelige diskusjonen (Kvale & Brinkmann, 2015). Tilbakemeldingen jeg fikk etter informanten hadde fått lese gjennom det analyserte materialet var at det var «veldig gjenkjennbart». Hun sa hun samtidig opplevde at teksten gav fylde i det hun selv mente hun hadde delt, siden dette var resultatene fra alle informantene sett under ett.

3.6 Metodediskusjon med fokus på forskningsprosessen

I denne delen av metodekapittelet ønsker jeg å reflektere rundt hva ulike begreper knyttet til kvalitet i kvalitative studier betyr i min studie. Videre vil jeg dele noen erfaringer og beskrive metodologiske refleksjoner og valg jeg gjorde gjennom forskningsprosessen.

Studiens gyldighet og overførbarhet vurderes i den generelle diskusjonen og ses i lys av studiens funn og resultater.

3.6.1 Refleksivitet og intersubjektivitet - veien til troverdighet

Ulike forskere og teoretikere bruker forskjellige begreper omkring de elementene eller faktorene som øker troverdighet og kvalitet i kvalitative studier (Malterud, 2002, 2017; Tanggaard & Brinkmann, 2015). For å begrunne hvorfor vi kan stole på studiens resultater drøfter nå tre begreper som gir mening i min prosess.

Refleksivitet innebærer det å innta en metaposisjon, å tilstrebe å vurdere både forforståelsen, forskerrollen og materialet fra et «fugleperspektiv» (Malterud, 2017). Hensikten med metaperspektivet er å skape utsiktspunkter som bidrar til at kunnskapen ikke kun blir en selvbiografisk presentasjon, som har beskjeden gyldighet (Malterud, 2017). Refleksivitet krever en aktiv holdning til ens forforståelse. Forforståelsen er et filter eller linser som kan fordekker eller fordreier det du ser (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er først når man er kjent med sin egen forforståelse at man evner forholde seg til «filteret», og enten se det man ser for det det er, eller forstå hvordan forforståelsen har farget det en mener å se. Refleksivitet og forståelse av egen rolle i forskningen en viktig forutsetning (De Nasjonale Forskningsetiske, 2010; Malterud, 2017). Siden jeg hadde mye kunnskap og erfaring fra feltet jeg skulle studere, måtte jeg tvinge meg til å tvile på det

jeg trodde jeg visste (Malterud, 2017). Jeg ville at materialet skulle utfordre forforståelsen min. For å finne nye stier i kjent mark er man nødt til å lete aktivt (Malterud, 2017).

Intersubjektivitet handler om en kritisk og refleksiv holdning til fortolkningsprosessen og materialet, og tilstreber en kunnskaps-/ «sannhets»-håndtering som kan oppfattes allmenngyldig (Malterud, 2017). «Intersubjektivt er det som er felles for flere subjekter (tilskuere, observatører, forskere) eller som de er enige om» (Tønnesen, 2018). Intersubjektivitet fungerer som troverdighetsmålestokk når funnene tolkes på samme måte av flere, eller har klangbunn i eksisterende forskning. Jeg kan sannsynliggjøre intersubjektivitet i min studie både i at medstudenter i veiledningsgruppe, og individuell veileder samstemmer (Tønnesen, 2018), samt at mine resultater i stor grad harmonerer med bakgrunns litteratur og søker etter relevante empiriske data.

Under transkriberingen ble det igjen tydelig hvor nære feltet jeg beveget meg. Jeg hørte på opptaket at jeg til stadighet sa «vi», jeg identifiserte meg med informanten og tok for gitt at vi var samstemte om noe. Under intervjuet fortolket jeg fortløpende gjennom mitt erfaringsfilter, og stilte ikke oppfølgingsspørsmål jeg burde ha stilt. Når jeg lyttet til opptaket skjønnte jeg at jeg hadde egentlig ikke forstått, jeg hadde bare tatt del i det jeg underbevisst oppfattet som en felles «tatt-for-gitthet». Malterud (2017) mener at den felles erfaringsbakgrunnen sammen med nonverbal kommunikasjon kan forme meningene i samtalen, men er dette er vanskelig å oppdage på opptaket. Her ser vi igjen verdien at jeg transkriberte selv, og på denne måten kunne få med disse nyansene likevel. Det fordrer dog en våken oppmerksomhet på problemet med feltnærhet, for å klare å skille det kommuniserte fra det underforståtte.

Fordelene med å transkribere selv ble bare tydeligere for meg etterhvert som jeg tok i gang med arbeidet. Det opplevdes intimt å jobbe med dataene jeg samlet, og jeg følte forvaltet noe en annen har gitt meg i fortrolighet. Dette fordret en ærbødig balanse i både transkripsjon og analyse, for å både klare å ivareta det genuine uttrykket, og samtidig respondentens verdighet uansett hva som ble sagt eller hvordan. Det er nok dette Malterud sikter til når hun skriver at skriver «Vi skal vise respekt for

transkripsjonsfasen» og «All nærkontakt med materialet innebærer at forskeren setter spor i materialet, som kan påvirke meningen i teksten» (2017, s. 80).

Et annet argument som støtter studiens troverdighet er hva jeg beskrev i forbindelse med datasamlingen, at funnene tvang seg frem på tvers av spørsmålsformuleringene, og på tross av min uerfarenhet som intervjuer. I følge Malterud (2017) er det et godt tegn at temaene fremstår som en videreutvikling av temaene i intervjuguiden. Informantene ønsket å dele noe som var viktig for dem, og det ville seg frem, selv om jeg ikke spurte eksplisitt om disse tingene. Jeg mener det er plausibelt å si at vi kan stole på resultatene.

4 Resultater - Funn

Menneskemøtene i akuttmottaket er korte, og mye skal skje med pasienten før han eller hun skal «videre i systemet», legges inn, kjøres til operasjon, eller reise hjem igjen. Sykepleierne jeg snakket med delte erfaringer og refleksjoner fra en hverdag preget av høyt tempo og mange pasienter. Mange av pasientene skal få utført større eller mindre prosedyrer som sykepleierne mener kan være vondt. Det som opptok informantene mest var de mindre prosedyrene, de som utføres mange ganger om dagen, og ikke minst utføres av sykepleieren selv, for eksempel innleggelse av PVK, arterielle blodgassprøver, urinkateterisering og nedleggelse av ventrikkelsonde.

Fire kategorier utdyper sykepleiernes erfaringer. Det var noen forskjeller mellom informantenes beskrivelser, men også mange likheter. Resultatene viste at sykepleierne erfarte at det å utføre smertefulle prosedyrer i et akuttmottak var preget av motsetninger eller ubalanse.

1. «*Bare gi meg to minutter ...*» handler om hvor verdifullt sykepleieren opplever å ha kunne bruke nok tid i møte med pasienten, men at hun ofte opplever å ikke ha disse «to minuttene».
2. «*Er det nødvendig?*» omhandler konflikten sykepleieren erfarer når hun enten ikke forstår hensikten med prosedyren, eller er uenig i ordren om å utføre den.
3. «*Vi gjør det for å hjelpe deg*» tar for seg ubalansen i posisjonene mellom sykepleier og pasient.
4. «*Ut av tunnelen – jeg ser deg*» handler om kontrasten mellom å ha tunnelsyn på den mekaniske utførelsen av en prosedyre, og evnen til å samtidig oppfatte helheten og ha oppmerksomhet på pasienten.

4.1 «Bare gi meg to minutter ...»

Sykepleierne snakket mye om tid, at hverdagen var preget av raske møter og mange pasienter. De erkjente stor verdi i det å kunne bruke litt tid på å forberede pasienten på prosedyren, informere og gi psykisk støtte i forkant av prosedyren, men de opplevde ofte at på grunn av den hektiske hverdagen de har i akuttmottaket så hadde de ikke alltid

denne muligheten. Denne tidsknappheten ble av alle informantene dratt frem som et av kjennetegnene eller særtrekkene ved akuttmottak.

Et begrep jeg hørte mange ganger var «to minutter». Det ble brukt til å beskrive den tiden det tar å få til noe betydningsfullt, og de uttrykte frustrasjon ved å ikke få disse «to minuttene». Vilde sa *«det har alt å si»*, og Brita fortalte at «to minutter» er *«det som gjør alt bedre»*, så jeg forstod frustrasjonen, og jeg hørte den også i stemmen hennes da hun sa *«og så får jeg ikke de to minuttene, det irriterer meg!»*

«To minutter» var ikke nødvendigvis to reelle minutter på klokka, men et uttrykk for det å ha nok tid, men samtidig det at «nok tid» faktisk ikke trengte å være så mye. Jeg oppfattet at «to minutter» var et uttrykk for ressursene i avdelingen, som skulle fordeles på alle pasientene etter prioritet og behov. Ofte var det ikke nok «tominuttere» til alle, Guri fortalte at man ble nødt til å «late som», og at hun opplevde at det til en viss grad fungerte. Hun fikk den lille tiden hun hadde til rådighet til å virke lenger i møtet med pasienten gjennom måten hun var tilstede inne på rommet. Hun hadde noen triks og knep for å avslutte møtet raskt, oppførte seg rolig om samlet overfor pasienten, lukket døra pent bak seg og løp som *«fanden på flatmark»* videre til neste, for å ikke sløse bort mer tid på transportetappen. *«Man blir god på å avslutte samtaler, og rolig lukke døra bak seg før man flyr videre ...»*

Sykepleierne fortalte at de møter den enkelte pasienten kort, men «effektivt». Dette krever evne til å raskt skape relasjon til pasienten. Man utvikler evnen til å «stjele» tid, eller late som man har bedre tid enn man har, samt bruke den tiden man faktisk har meget godt. Dette krever erfaring, og sykepleierne i akuttmottak må være god på kvalitet i korte møter. *«Du må liksom få fram alle de aspektene ved deg sjøl på så mye kortere tider enn hva du må på en sengepost»*. Informantene uttrykte en forståelse for at pasienten ikke skulle lastes for at det var for få tominuttere til alle, så sykepleieren var nødt til å kompensere. De stod i en konflikt mellom pasientens behov for «tominutter'n», og vissheten om at denne ikke fantes, de hadde kanskje en «halvtminutter».

Sykepleierne erfarte tidspresset og at hun ikke kunne bruke den tiden hun mente kunne gjort prosedyregjennomføringen så mye bedre for pasienten. Dette kunne dreier seg om å gi informasjon til pasienten, tid til å skape ro rundt prosedyren, rom til å gi pasienten

tid til å akseptere den og mentalt forberede seg. Det handlet også om ro for sykepleieren til å gjøre en teknisk god utførelse som innebar mindre ubehag for pasienten.

Sykepleieren jobber i spennet mellom hensynet til den ene og hensynet til de mange. Jeg oppfatter at det er små marginer i et akuttmottak, og selv noe så lite som to minutter blir gjenstand for diskusjon om fordeling av helseressurser. Dette rører ved rettferdighetsfølelsen, det er ubalanse mellom tilbud og etterspørsel, og vanskelige prioriteringer.

4.2 «Er det nødvendig?»

Da jeg møtte respondentene mine startet vi gjerne samtalen med å snakke om begrepet «smertefulle prosedyrer», og det ble tidlig klart for meg at sykepleierne jeg intervjuet la vekt på at selv om dette var noe som var ubehagelig eller vondt for pasienten, så var dette prosedyrer sykepleieren *«faktisk er nødt til å gjøre»* for å bruke Vildes ord.

I akuttmottak kan initiativet til en prosedyre komme fra flere hold. Det kan være en lokal retningslinje eller sedvane, noen prosedyrer utføres på ordre fra lege, og noen ganger er det sykepleieren selv som tar initiativ til å gjøre prosedyren. Det ble synlig for meg at så snart ideen om prosedyren var tilstede, så startet en kritisk refleksjon hos sykepleieren, uavhengig av hvordan tanken oppstod og hvor beslutningen om å utføre prosedyren lå. Det første sykepleieren tok stilling til var indikasjonen for prosedyren, hun vurderte *«hvorfor skal jeg gjøre dette mot pasienten?»* Noen ganger var det åpenbart nødvendig, kanskje for å redde liv, eller fordi det var en nøkkelhandling i pasientforløpet. En pasient som kommer inn for en blodoverføring må nødvendigvis ha en PVK, og en pasient med akutt pneumothorax trenger et dren. *«Men så er det alle de derre grå sonene? Må vi egentlig ha den blodgassen?»* sa Guri. *«Kan vi prøve å unngå det, for hva er det egentlig vi får ut av det?»* Hun kalte det grå soner, de gangene det ikke er like åpenbart som at pasienten ikke får puste. En sykepleier sa *«da må man jo gjøre en vurdering, om jeg er kompetent nok i faget mitt til å si at denne blodgassen kan vi klare oss uten, ikke sant?»* Sykepleieren må altså ha kunnskap og kompetanse til å gjøre denne kritiske vurderingen. Fartstid og erfaringet gjorde det enklere å forholde seg til disse «gråsonene» Informantene beskrev at *«etter hvert som man har jobba noen år, så vet man hva man*

kan vente med og hva man ikke kan vente med» «man blir jo veldig selektiv på hva man velger å gjøre og hva man ikke gjør».

Sykepleierne kunne si ifra når de følte at de hadde kunnskap eller var kompetente nok til å argumentere for at prosedyren ikke burde gjøres, likevel opplevde de å kunne få beskjed om å «bare gjøre det». Sykepleieren ønsket å «stå opp for» pasienten når de mente at det var unødvendig å plage ham med den aktuelle prosedyren. De stilte spørsmål ved hvorvidt prosedyren var nødvendige eller om den utføres på sedvane eller «standard prosedyre» i avdelingen. Det reiste seg et spørsmål om autoritet, i det at det ofte ikke er sykepleieren selv som formelt beslutter at prosedyren skal utføres, men at det er en forordning, eller delegert legeoppgave. Hos noen var det også uklarhet rundt hvilke faktiske regler som gjelder. En av Informantene stilte det retoriske spørsmålet «*når han man lov til å sette ned foten? Har jeg lov til å nekte?*» En av informantene var likevel opptatt av at dette ikke handlet om profesjonskamp, men et overordnet spørsmål om hva pasienten skal, eller ikke skal utsettes for. Brita beskriver det slik: «*det dreier seg ikke om meg versus dem eller sykepleier versus leger, det er veldig viktig, det er kjempevesentlig, men det dreier seg om hvorfor gjør vi dette mot et menneske*».

Informantene fortalte at jo mer tydelig indikasjonen for prosedyren er, dess lettere er det å gjøre noe med pasienten på tross av smerten eller ubehaget sykepleieren vet prosedyren medfører. Det er en avdeling der de ikke sjelden er borti pasienter hvor tiltakene og prosedyrene faktisk har noe å si for liv og helse der og da, av og til med et dramatisk tilsnitt. En av informantene gav en levende illustrasjon:

*«tenk deg en frisk, oppegående attenåring med kjøttetende bakterier i beinet!
Da kunne jeg ha kapp av det beinet, jeg, hvis han ett år seinere kunne vært på
Sunnås og gått med protese, og fått leve livet sitt. Da hadde jeg dritt i om det var
kjempevondt hvis du skjønner»*

Det kan synes som mine informanter reflekterte rundt hensikten med, eller begrunnelsen for utførelsen av prosedyren, vi har sett hvordan den kritiske refleksjonen sykepleierne forteller om, dreier seg om indikasjonen for prosedyren. Det kom fram hos flere av informantene mine at det kunne være tvilstanker og vurderinger, om hvorvidt denne aktuelle prosedyren faktisk er nødvendig, samt hvilke juridiske regler som gjelder når de er uenig. Jeg tolker at dette handler om erfaringer og kunnskap, autoritet, og ikke minst om arbeidsrom til å stille det kritiske spørsmålet: «*hvorfor gjør vi dette mot pasienten?*»

4.3 «Vi gjør det for å hjelpe deg»

Sykepleierne jeg snakket med beskrev den smertefulle prosedyren som et middel for å nå et viktigere mål som å redde liv og helse, eller redusere et større og verre ubehag senere. De erkjente at prosedyrene ble utført fordi det var påkrevd, og forstod og aksepterte at dette var ubehagelig for pasienten. Liv kalte det *«et nødvendig onde»*. Likevel kom det frem at det kunne føles ubehagelig å utføre disse prosedyrene. *«Det hender jo man kommer ut av rommet og kjenner at, oj, dette var ubehagelig, men så vet man at dette var man jo nødt til å gjøre.»*

Informantene formidlet deres posisjon som den kunnskapsrike i menneskemøtet mellom sykepleier og pasient. De beskrev en ubalanse mellom rollene, og la ikke skjul på at det var de som visste hva pasienten trenger. Brita uttrykte denne holdningen slik: *«Vi kan faktisk gjøre det veldig mye bedre for dem hvis vi får gjøre disse vonde tingene type, det tenker jeg at det vet ikke de nok om.»*

Liv sier noe som gjør at man kan tenke at dette toucher borti det området som kan kalles tvang, men hun formulerer det på en annen måte; -hun bruker makten i sin rolle som den kunnskapsrike.

«så da får pasienten egentlig et valg, at enten må vi få lov til å gjøre dette, eller så kan du ikke få behandling, og det er jo en slags tvang det og, det blir det tvinga fram en aksept hos pasienten for å få gjennomført det. Men i mitt hode så er det en dyd av nødvendighet da.»

Det er ikke pasienten selv som tvinges, men menneskemøtet setter pasientens valgmuligheter, pasientens autonomi i en trengt posisjon. Dette kan forstås som maktutøvelse, informantene mine forteller om dette i dagligdagse ordelag, og det fremkommer at dette er en vanlig situasjon, og jeg oppfatter at dette er det normale modus for prosedyresituasjonen. Vilde beskriver på denne måten:

«av og til så må man ha den der tonen at «vet du hva, nå må vi bare få gjort det!», altså man kan være så mye venn man bare vil, og medmenneske og alt det der, men til slutt så må man jo bare sett ned foten»

Begge disse utsagnene er eksempler på hvordan sykepleieren inntar en holdning overfor pasienten som den som vet best, og pasienten er prisgitt. Det er en ubalanse i posisjonene til sykepleier og pasient. Informantene var likevel tydelige på at det var nødvendig, det var en det Guri kalte *«en medisinsk grunn»*, og at det handlet om liv og helse.

«Vi vet at dette er vondt, men vi gjør det ikke for å være slemme, vi gjør det for å hjelpe deg».

Jeg oppfatter at dette handler om at, så lenge sykepleieren mener det er en viktig grunn for å utføre prosedyren, kan sykepleieren akseptere å innta en holdning som den som vet best. Hun kan da være den bestemmer og legger føringene for hva som skal skje, av hensynet til pasientens ve og vel. Dette mener jeg handler om sykepleieren i en maktposisjon og ubalanse i relasjonen til pasienten, men at det er tilstander og situasjoner som likevel kan forsvare at sykepleieren inntar denne posisjonen.

4.4 «Ut av tunnelen – jeg ser deg!»

«Å se pasienten» er sykepleierspråk, og det betyr langt mer enn det å fysisk se ham. Det handler ikke kun om synet, eller observasjon med øynene, men det å erkjenne mennesket man møter i den konteksten han er.

Brita forteller at hun kan *«gjøre enhver situasjon bedre ved bare tilstedeværelse»*. Med tilstedeværelse oppfatter jeg her at hun mener noe så enkelt som å faktisk se på pasienten, og høre når han sier noe. Karine sa *«du du må se litt på pasienten mens du gjør det du gjør, og lytte til pasienten»*. Brita fortalte hvordan hun veiledet pasienten gjennom nedsettelse av en magesonde, hun sa: *«... «kontroller med pusten og hør på meg, så får vi dette gjennom sammen» og så ser du på dem hele tiden, og det funker!»*

Sykepleierne fortalte også hvordan det kunne fortone seg dersom man ikke var «tilstede for» eller «så» pasienten. De beskrev episoder der prosedyren kunne være vanskelig å utføre, at kanskje flere hadde kommet til for å hjelpe, og så var det likevel ingen som «så pasienten». Vilde beskrev en komplisert kateterinnleggelse, med flere tilstede, hvor hun brått erkjente at ingen «var hos» pasienten. Jeg tolker at å «være hos» betydde å være

oppmerksom på, se på, ta på, informere og snakke med pasienten. Guri skisserte noe av det samme da hun sa *«poenget er bare det at man har så lett å henge seg opp i de prosedyrene man skal gjøre at man glemmer å se personen som ligger der»*.

Informantene fortalte at det er lett som ny å ha et veldig teknisk fokus på gjennomføringen, og *gå helt i tunnelsyn*. Begrepet «tunnelsyn» beskriver hvordan man er veldig fokusert på det man har foran seg, og mister bevisstheten og oppmerksomheten fra det rundt. De beskrev situasjoner der de har sett andre som er usikre eller nye, som er *«så opptatte av den nåla, at de ser ikke at pasienten ligger og skriker»*. Dette er interessant ordbruk, «å ikke se at pasienten skriker», dette støtter forståelsen av at begrepet «å se pasienten», handler om mer enn å bruke øynene.

Når så dette kom frem som hos informantene mine, var det gjerne i tredje person, noe som kan bety at dette er ikke ettertraktet, og det er noe som ikke bør være sånn. Karine beskriver dette slik: *«Jeg har vært vitne til noen som sitter da å bare stikker og stikker sjøl om pasienten roper og hylter og at de er litt for fokusert på at nå skal jeg treffe liksom.»* Det kan synes som at en erfaren sykepleier klarer å se pasienten samtidig som prosedyren blir utført på en tilfredsstillende måte. De beskriver at en «god sykepleier» i akuttmottaket har blikket på pasienten, og gjennomfører prosedyren med stø hånd selv når det koker som verst og liv står på spill *«du på en måte klarer å flette det inn i samtalen eller situasjonen så bra at det på en måte bare «ja ja nu er det gjort»*.

Informantene mener at gjennomføringen av en smertefull prosedyre blir bedre for pasienten når sykepleieren klarer å se hele situasjonen, og se pasienten gjennom hele prosedyren. Informantene påpeker at tunnelsynsproblematikk hører novisene til, og at evnen til å gjennomføre den tekniske prosedyren og samtidig oppfatte helheten er en egenskap eller ferdighet som læres, adapteres, eller utvikles. De bruker ordet «erfaring».

Jeg oppfatter at dette handler om at klinisk handlingskompetanse gjør at sykepleieren klarer å se helheten. Overblikket; pasient og prosedyre i kontrast til reduksjonismen i det isolerte prosedyrefokuset som nybegynneren kan ha.

5 Diskusjon

Jeg ønsker nå å drøfte funnene mine, med sikte på å svare på studiens problemformulering:

Hvordan erfarer sykepleiere i akuttmottak det å utføre smertefulle prosedyrer?

Studiens funn viser at det å utføre smertefulle prosedyrer kan for sykepleieren være forbundet med ulike spenn, motsetninger eller dilemmaer. I de fire første delene drøfter jeg dette opp mot mitt teoretiske rammeverk, da de overordnede temaene i funnene, som forventet, bærer preg av etiske dilemmaer og passer inn i denne forståelsesrammen. De første tre delene har mest fokus på etikk, og jeg drøfter temaene fra empirien i forhold til de fire prinsippers etikk. Del fire tar utgangspunkt i begrepet «forsvarlighet» som jeg mener favner alle temaene på et overordnet nivå.

Funnene peker også på sykepleierens erfaringer som en vesentlig faktor i møtet med disse utfordringene, dette drøftes til dels side om side med etikk og jus, men også eksplisitt i del fem, hvor jeg ser begrepet «erfarenhet» i lys av litteratur og referanser jeg mener er relevante etter å ha blitt kjent med empirien i studien.

I analysen av mine innsamlede data kjente jeg også igjen elementer fra Sue Nagys fire grupper av mestringsstrategier for når sykepleieren påfører smerte (Nagy, 1999), og vil trekke paralleller til disse der jeg mener det er riktig.

5.1 Rettferdighetens dilemma

Funnene viser at lite tid og mange pasienter er en frustrasjon for sykepleierne, og ofte til hinder for at de kan utføre den smertefulle prosedyren på en måte de ønsker. Dette dreier seg om å ha tid til å informere pasienten, skape en god relasjon, og ha tid og ro til selve utførelsen av prosedyren. Sykepleieren står i en skvis mellom den ene og de mange, og må til enhver tid prioritere tidsbruken; vurdere hva som er mest nyttig. Hvilke hensyn skal veie tyngst? I henhold til kapittel 6 i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011), skal sykepleierens prioriteringer tilgodese pasienter med størst behov for sykepleie, men hvem er det? «Prioriteringsetikk er vanskelig!» sier Per Nortvedt i en artikkel fra (2011, s. 78). Fordeling av knappe goder rører ved

rettferdighetsopplevelsen i sykepleieren. Den fransk-litauiske filosofen Emmanuel Lévinas mente at vi bryr oss om rettferdighet fordi vi bryr oss om hverandre, det handler altså ikke kun om upartiskhet og likeverd (Nortvedt, 2016a).

Molven (2012) peker på at problemet med rettferdighet fremstår på et «overordnet samfunnsmessig prioriteringsplan», men det er den enkelte sykepleieren som må håndtere utfordringene overfor den konkrete pasienten. Det forventes at sykepleieren skal arbeide for et «ressursmessig grunnlag» som legger til rette for god praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dette mener jeg i praksis betyr alt fra å være aktiv i fag- eller partipolitikk, til å ha en rolle i lokale endringsprosesser.

I helsetilsynets rapport (2008) kan vi lese om problemer med håndtering av samtidskonflikter i akuttmottak. Helsedirektoratet (2014) konkluderer med at mangel på retningslinjer for å håndtere slike «hverdagskriser» kan føre til forsinkelser, uforsvarlig utredning og behandling, og frustrasjon hos personalet. Noe skal skje samtidig, man kan altså ikke være to steder på en gang, og man har en konflikt. Jeg mener dette er en god beskrivelse av informantenes erfaring. Dette finner vi også igjen i en norsk studie fra 2010 om etiske utfordringer i akuttmottaket (Langeland & Sørli, 2011). Studien har undersøkt hvilke etiske dilemmaer sykepleiere i akuttmottak opplever, og konkluderer med at nettopp vanskelige prioriteringer er blant det som oppleves utfordrende. Studien forteller at sykepleierne føler de ikke har nok tid til å gjøre en god nok jobb for den enkelte, og at det føltes vondt å til stadighet oppleve å ha for mye ansvar, for mange oppgaver og for lite tid (Langeland & Sørli, 2011). Langeland og Sørli (2011) bruker Løgstrup for å forklare den vonde følelsen, opplevelsen av utilstrekkelighet hos sykepleieren. Strukturelle forhold hindrer sykepleieren i å respondere på pasientens appell og «den etiske fordring» forblir ubesvart. Jeg kan enkelt sette mine funn i samme ramme, for jeg opplever at mine informanter uttrykte den samme frustrasjonen.

En annen modell som også appellerer til problemstillingen er Lévinas konsept «den Tredje», som veldig forenklet beskriver hvordan introduksjonen av «den Tredje» rokker ved relasjonen til «den Andre» (Nortvedt, 1996). I akuttmottaket må sykepleieren uforbeholdent ta imot enhver pasient som kommer, og informantene beskrev at de ofte opplevde at det var for mange pasienter og fordele tiden sin på. De får ikke besvart den

Andres ansikts appell, fordi det til stadighet er en Tredje som venter. Nærhetsetikken gir, slik jeg forstår det, en begrunnelse for hvorfor sykepleierne ønsker å handle slik de ønsker overfor pasienten. Det er en måte og forstå grunnlaget som det moralske hviler på (Nortvedt, 1996), og forklarer hvorfor sykepleieren opplever frustrasjon og ubehag når hun ikke får handlet på den måten som kjennes rett. Hofmanns modell «empathic distress response» (Nortvedt & Grimen, 2004) gir ytterligere forklaring til den vonde følelsen (uttrykt hos informantene som «frustrasjon»), ettersom møtet med den Andre handler om empatisk respons som «opplevelsen av ubehag ved den annens ubehag». Jeg forstår med dette at sykepleieren i utførelsen av disse prosedyrene, under de gjeldende strukturelle forhold, ikke får avlettet pasientens ubehag tilstrekkelig, og bærer følgelig med seg pasientens uforløste «rest-ubehag» videre i arbeidsdagen. Hvilke konsekvenser dette har for sykepleieren i akuttmottaket på sikt, å gå å bære på andres lidelse, sier ikke funnene noe om, og det er heller ikke fokus for min studie, men det kan være naturlig å stille spørsmål om det tærer på sykepleieren, eller om disse uforløste fordringene akkumulerer, og frustrasjon bygger seg opp.

Dette handler altså om rettferdighet, eller heller hvordan sykepleieren strever etter rettferdighet under kår som tidvis gjør det vanskelig. Akuttmottaket har ikke timebestilling eller kan stenge når det er fullt. Sykepleieren må gå i kompromiss her. Et sentralt element i rettferdighetsprinsippet er at like tilfeller skal behandles likt, altså at goder og byrder skal fordeles jevnt. Om helsehjelp i Norge sier Molven (2012) at det er et viktig prinsipp at pasienter som er i samme situasjon skal få lik behandling. Prinsippet om rettferdighet innebærer også at ulike tilfeller skal eller kan behandles ulikt (Molven, 2012). En utfordring for sykepleieren kan da være å vurdere når noe er «likt» eller «ulikt», ettersom alle pasienter hun møter er unike individer med sine egne ressurser og behov.

Jeg oppfatter ikke at anvendelsen av rettferdighetsprinsippet her er i konflikt med noen av de andre tre prinsippene, ei heller at noen av disse kommer til uttalt anvendelse.

Det kan likevel være hensiktsmessig å se enkelte aspekter av problemet i lys av velgjørenhetsprinsippet, ettersom sykepleierne i studien opplevde at tiden ikke strakk til, og hun opplevde å ikke yte nok for den enkelte. Det er her lett å spore over i diskusjonen om hva som er «godt nok», og den fører oss tilbake til rettferdighetsprinsippet, spesielt

konseptet «fordelingsrettferdighet»(Brinchmann, 2016a). «Godt nok» skal være godt nok, og det for sykepleieren å velge å bruke mer tid på en enkelt kan gå på bekostning av rettferdig fordeling av felles ressurser (Norsk Sykepleierforbund, 2008). Men «godt nok» føles likevel ikke alltid *godt nok* i møtet med den Andre.

5.2 Kunnskap, autoritet og plikt

- «Er det lov å sette foten ned?»

- «Jeg skjønner virkelig ikke hvorfor denne pasienten behøver kateter!»

Studien viser sykepleieren av flere årsaker kan vegre seg for å utføre en smertefull prosedyre. Det mest fremtredende i funnet var uenighet med instruksjonen på bakgrunn av sykepleierens kliniske vurdering av pasientens behov og helsetilstand. «Instruksjonen» betyr her både lokale retningslinjer/ prosedyrer eller ordre fra annet helsepersonell, ofte lege. Når sykepleieren selv finner ut at hun vil gjøre prosedyren, har hun selv identifisert årsaken og med det erkjent at prosedyren er nødvendig.

Sykepleieren er den som faktisk skal utføre prosedyren, så det må være betimelig å stille spørsmålet «hvorfor gjør vi dette mot et menneske?». Lovverket påpeker at det er forventet at sykepleieren har ferdigheter og kunnskap som gjør dem rustet til å vurdere hvorvidt det er nødvendig å utføre ulike behandlingstiltak og prosedyrer (Molven, 2012). I dette ligger også plikten til å utfordre gitte instruksjoner når sykepleieren vurderer at denne ikke er «faglig forsvarlig», begrepet «forsvarlighet» diskuteres lengre ned. Så svaret på informantens retoriske spørsmål er, sett i lys av dette, -ja, man kan sette foten ned, og man *skal* sette foten ned. Når det er sagt, vil det alltid være forbehold i disse juridiske anliggende, Helsepersonellovens §4 stiller tydelig krav til å innrette seg etter sine kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999). Jeg mener på bakgrunn av det, at en overprøvelse av legens ordre, eller lokal retningslinje skal foregå med en viss ydmykhet, for det kan være faktorer som sykepleieren ikke har kunnskap om, eller ikke kjenner til. Vi skal huske, som Brita sa, at «dette handler ikke om profesjonskamp, det handler om hvorfor gjør vi dette mot pasienten». Det viktige, slik jeg ser det, må være et klima som gir rom for samtale om disse uenighetene, så man kan ha en saklig, faglig diskusjon og i fellesskap komme frem til den beste beslutning for pasienten i de ulike tilfellene.

Jeg fant i mine data at denne type situasjoner ble lettere å håndtere etter hvert som sykepleieren fikk mer erfaring. Hun ble etter hvert mer rustet til å forstå flere ulike indikasjoner for prosedyrer, i tillegg til at hun var tryggere i sin vurdering når hun tok diskusjonen med legen, eller valgte å avvente med å utføre prosedyre i henhold til lokal retningslinje. Det virket for meg likevel som at disse diskusjonene var fundamentert på faglig skjønn og pasientens moralske appell snarere enn det juridiske aspektet. Man kan saktens diskutere om veien er relevant så lenge målet er det samme, men jeg mener det er uansett hensiktsmessig å påpeke at sykepleieren ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har et personlig ansvar for å sette seg inn i lovverket som regulerer tjenesten (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Molven (2012) trekker frem det samme når han bemerker at sykepleiere kan trenge mer juridisk kompetanse for å være bedre rustet i vanskelige beslutninger eller diskusjoner med kolleger eller samarbeidspartnere.

Det er mulig jeg gjentar meg selv når jeg nå påstår at det ikke er jussen som motiverer sykepleieren til kritisk refleksjon rundt problemet med å utføre en smertefull prosedyre. Jussen, og lovens bokstav er et nødvendig regelverk, men det som virkelig trigger sykepleieren er det som skjer mellom mennesker. Jeg har valgt å bruke nærhetsetikk som forståelsesramme for hva som skjer i «du og jeg» situasjonen, hva som skjer mellom sykepleieren og «den Andre» (Brinchmann, 2016b). Emmanuel Lévinas mener at vår etiske bevissthet vekkes av det å møte et annet menneske ansikt til ansikt. Ansvarer som oppstår i møtet med den Andres ansikt, har Lévinas også beskrevet som «en appell til ikke-vold» (Kvandal, 2010). Vi kan oversette det med det mer alminnelige «ikke skade», som bringer oss over i diskusjonen om de fire prinsippers etikk. Det er nettopp ikke-skadeprinsippet, plikten til å ikke skade andre, som potensielt krenkes her. Det er nødvendig å reflektere over hva «skade» innebærer i denne sammenheng, og det er naturlig for sykepleieren å vurdere den aktuelle situasjonen også lys av velgjørhetsprinsippet. Kan vi si det er «å skade» pasienten når det er snakk om kortvarig, mild til moderat smerte, med liten risiko for komplikasjoner, når motpolen er å ikke gi adekvat behandling for en alvorlig helsetilstand? Sannsynligvis ikke. I et slikt tilfelle vil sykepleieren kunne forsvare fravikelsen av ikke-skade prinsippet i det at hensynet til et annet prinsipp, nemlig velgjørhet, veier tyngre (Brinchmann, 2016a). I andre tilfeller oppstår nevnte utfordring hos sykepleieren når hun opplever at hun ikke

kan gi velgjørenhetsprinsippet forrang, fordi hun mener at dette faktisk ikke veier tungt nok. Hun mener altså at det ikke er *etisk forsvarlig* å bryte ikke-skadepriippet.

Det er nettopp denne diskusjonen som må være veiledende for sykepleieren når hun reflekterer kritisk for og imot utførelsen av prosedyren. Funnene mine bekrefter at det er dette hun også gjør, selv om grunnlaget hun reflekterer på endrer seg med graden av erfaring, kunnskapsreservoar og handlingsrepertoar.

5.3 Makt og paternalisme

Sykepleierne i studien erkjenner at de er i en maktposisjon. De er den kunnskapsrike i møtet med pasienten som skal få utført en smertefull prosedyre. Sykepleieren «vet best», og kan innta en overtalende, autoritær eller bestemmende rolle når de vurderer at dette er *nødvendig*. En handling er ifølge Helsepersonelloven (1999) nødvendig når den hindrer eller begrenser alvorlig funksjonsnedsettelse, eller kan lindre betydelige, akutte smertetilstander (Molven, 2012), dette harmonerer med den type situasjoner informantene skisserte. Kari Martinsen mener det er et moralsk problem i den praktiske sykepleien hvorvidt man skal gripe inn i pasients liv mot hans vilje. Hun sier at det likevel ikke gis noe entydige svar på dette problemet (Martinsen, 1989). Med det oppfatter jeg at hun må mene i moralfilosofisk målestokk, for vi har tross alt en minstestandard i gjeldende lovverk og etiske prinsipper som kan veilede sykepleieren i den aktuelle situasjonen. Dette handler altså om hva sykepleieren, i beste mening, velger å gjøre overfor pasienten. Det dreier seg om forholdet mellom to av de fire prinsippene. På den ene siden velgjørenhetsprinsippet, det at sykepleieren skal handle til det beste for pasienten, på den andre siden autonomiprinsippet, pasientens rett til å bestemme over seg selv, og sykepleierens plikt til å respektere denne retten (Nortvedt, 2008). Konflikten skisseres også i Krieger sin studie (2016), hvor hun beskrev hvordan sykepleierne erfarte at de trakk over pasientens grenser, et fenomen hun kalte «loss of autonomy». Hun anerkjente dette som maktutøvelse, og fant i sin studie at slik maktutøvelse ikke var uvanlig i forbindelse med utførelse av smertefulle prosedyrer. Studien viser dog at sykepleierne ofte ikke oppfattet dette som problematisk, men som en del av det totale spekteret av «sykepleieratferd», «*the full scale of nurses' reported conduct*» (Krieger, 2016, s. 94). Jeg oppfattet heller ikke problematisering av maktbruken hos mine informanter, snarere en erkjennelse at dette «bare» var en del av virkeligheten.

Virkeligheten informantene beskriver er at sykepleierne i gitte tilfeller altså lar velgjørenhetsprinsippet få rang over autonomiprinsippet.

De fire prinsippers etikk innebærer som tidligere nevnt, at når en konflikt mellom to av prinsippene oppstår skal man tilstrebe å gjøre avviket så lite som mulig i de tilpasninger man gjør (Brinchmann, 2016a). Paternalisme er en tilnærming til den andre, der den andres autonomi, under gitte vilkår reduseres, for et resultat som er til gagn for ham (Nortvedt, 2008). Når sykepleieren handler hardt paternalistisk begrenses den andres valgfrihet betydelig, og det skal tungtveiende grunner til å legitimere en hardt paternalistisk holdning og handling overfor pasienten. I den myke paternalismen derimot, har vi ikke det samme dramatiske tilsnittet. Da dreier det seg for eksempel om at pasienten ikke har forståelse av hva som er til nytte eller skade for seg selv (Nortvedt, 2008). I følge Kari Martinsen (1998) har sykepleiernes bruk av makt med omsorg å gjøre. I alle avhengighetssituasjoner inngår makt, og makten kan brukes ut fra solidaritet med den svake, og dermed være moralsk ansvarlig (Martinsen, 1989).

Martinsen bemerker at det er helt nødvendig med en god situasjonsforståelse for å klare denne balansegangen. På den ene siden paternalismen som overformynderi, hvor sykepleieren krenker pasientens selvbestemmelse, men på den andre siden at ukritisk respekt for menneskets autonomi kan føre til at sykepleieren unnlater å handle når hun bør (Martinsen, 1989).

Det er relevant å se dette dilemma i lys av lovgivning om bruk av tvang. I henhold til Helsepersonelloven (1999) skal sykepleieren gi helsehjelp mot pasientens vilje når det er «påtrengende nødvendig», det vil si ved akutte, livstruende situasjoner» (Molven, 2012, s. 123). Etter §7 skal hjelpen gis «selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen» (Helsepersonelloven, 1999). I gitte tilfeller skal altså sykepleieren gi hjelp også dersom pasienten ikke vil. (Det finnes noen få unntak i lovteksten som blant annet religiøs eller moralsk overbevisning angående blodoverføring og sultestreik, samt pasienter i livets slutfase som uttrykkelig sier at de ikke ønsker behandling (Molven, 2015; Nortvedt, 2016b). Dette går jeg ikke nærmere inn på.)

Det er likevel slett ikke alltid at det «står om livet», eller at lovens krav er oppfylt for å kunne kalles «påtrengende nødvendig», likevel fant jeg at sykepleierne ønsker å påvirke pasienten til å akseptere en prosedyre, som anses som nødvendig i den aktuelle konteksten. Sykepleierne fremsatte ultimatum av typen «hvis ikke vi gjør prosedyren, så kan du ikke få den hjelpen du behøver», og pasienten «gav seg til slutt». Her omgår sykepleieren konflikten mellom velgjørighet og autonomi, ved å «tvinge fram aksept» hos pasienten. Pasienten får et helsetiltak han er i behov av, og har samtykket til dette. På denne måten kan vi si at handlingen er forsvarlig i lys av de fire prinsippers etikk. Grunnen til at dette likevel var et tema informantene snakket om, er at noe skjer i relasjonen som skaper en følelse hos sykepleieren. Det som skjer er at maktforholdet i posisjonene mellom sykepleier og pasient forskyves, vi beveger oss fra den normative etikken over til nærhetsetikken, fra regler for god og riktig atferd, til «jeg og du», «her og nå» (Vetlesen & Nortvedt, 1996). I følge filosofen Emmanuel Lévinas i Vetlesen et al. (1996) fordrer ansvaret, oppstått i møtet med den andres ansikt, varsomhet og klokskap i forvaltningen av den makten hun har.

5.4 Forsvarlighet - å forsvare

Forsvarlighet er et begrep studiens funn stadig vender tilbake til. I følge Helsedirektoratet (2014) innebærer faglig forsvarlig sykepleie i akuttmottak å kunne handle raskt og riktig på bakgrunn av en faglig vurdering av pasientens situasjon. Kravet om faglig forsvarlighet er et av hovedprinsippene innen helserett (Molven, 2012). Dette bygger på prinsippene om å ikke skade og å gjøre vel. I juridisk sammenheng er forsvarlighetsbegrepet dikotomt, enten så er det forsvarlig eller så er det det ikke (Molven, 2012). Det er likevel ikke slik informantene opplever det i det daglige.

Sykepleierforbundets yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere tredeler begrepet forsvarlighet, og sier i punkt 1.3 at sykepleieren er personlig ansvarlig for at praksisen er *juridisk, etisk og faglig* forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Sykepleierforbundet (2008) ytrer likevel i en publikasjon om forsvarlighet at begrepet er *en* «faglig, etisk og rettslig norm». Loven bruker begrepet «faglig forsvarlig», men overlater mye av definisjonsbyrden til fagpersonene selv. Loven kan altså ikke uuttømmelig forklare faglig forsvarlighet, men den *krever* faglig forsvarlighet. Når det gjelder forhold eller vekting mellom etisk og faglig eller juridisk forsvarlighet har jeg ikke funnet noe entydig svar, men

funnene i denne studien tyder på at handlinger som oppfattes som juridisk / faglig forsvarlige likevel ikke nødvendigvis oppleves etisk forsvarlige.

Et beslektet, men ikke identisk begrep er det å *forsvare*. Nagys forskning (1995, 1999) viser, som tidligere nevnt, at det å opprettholde, eller re-etablere rolleidentiteten som «sykepleier som omsorgsfull og lindrende» er en av de mest fremtredende mestringsstrategiene hos sykepleiere som påfører pasienten smerte i klinisk arbeid (Nagy, 1995, 1999). I mine data blir dette ikke uttrykt eksplisitt, men jeg finner i alle temaene jeg diskuterer et uttalt ønske om å rettferdiggjøre eller behov for å begrunne handlingen. Dette kan for eksempel forklare motviljen og ubehaget sykepleieren opplever når lokale retningslinjer eller ordre fra annet helsepersonell ikke harmonerer med hennes kliniske vurdering av pasientens behov. Når sykepleieren ikke kan hevde prosedyrens nødvendighet, og det «kjennes det feil» kan dette være fordi det rokker dette ved hennes identitetsopplevelse som omsorgsfull sykepleier. Enighet eller eierskap i ordren/ beslutningen, og faglig kunnskap og erfaring nok til å forstå prosedyrens indikasjon bidrar for sykepleieren til å legitimere gjennomføringen. Dette gir samtidig legitimitet hennes opplevde identitet som omsorgsfull sykepleier. Å legitimere betyr jo i dagligtale rett og slett å bevise at man er den man gir seg ut for.

5.5 Erfarenhet, kunnskap og menneskemøter

Informantene mente at sykepleierens erfaring og kunnskap var et viktig middel, eller en nødvendig rekvisitt i håndteringen av dilemmaene, eller utfordringene jeg har nevnt over. Ofte brukte informantene begreper som «å ha erfaring», eller «erfaren sykepleier». Jeg oppfatter at dette ikke handler om begrepet «erfaring» i filosofisk forstand, men om fartstid, og opparbeidet kunnskap og handlingskompetanse overfor gitte problemstillinger eller områder i klinisk praksis. Hva konstituerer så en «erfaren sykepleier», hvis vi nå holder oss borte fra den filosofiske eller epistemologiske definisjonen?

I temaet som handlet om den ferskere sykepleierens detaljerte prosedyrefokus versus den mer modnes helhetssyn på pasient så vel som prosedyre er det nettopp erfaringen, eller kunnskapsutviklingen som sådan det handler om. Jeg skal derfor nå diskutere

kunnskapssyn, begrepet erfaring og kunnskapsutvikling eksplisitt i forhold til nevnte tema, men også hvordan begrepene appellerer til temaene omtalt i avsnittene ovenfor.

5.5.1 Profesjonsutøver og medmenneske

Jeg har tidligere påstått at begrepet «å se pasienten» er et begrep som har klangbunn i sykepleiere. Måten informantene også brukte begrepet i våre samtaler støtter denne påstanden, og som jeg også har nevnt handler det om noe mer enn å «bare se med øynene». I følge Vetlesen (Vetlesen & Nortvedt, 1996) er evnen til å se den andre og hans sårbarhet helt sentralt for god sykepleie, han kaller det en grunnleggende empatisk følsomhet. I en artikkel fra 2001 utdyper Vetlesen dette, og sier at det handler om en *felles sårbarhet*. Sykepleieren får tilgang til pasientens ståsted når hun erkjenner at «det er du som har det slik, men det kunne vært meg» (Vetlesen, 2001, s. 1121). En av informantene fortalte hvordan hun mente å av og til legge til side sykepleierrollen, og møte pasienten som et medmenneske. Jeg tenker at det å være et medmenneske kanskje nettopp er sykepleierrollen. Vetlesen erfarer det samme, og uttrykker i artikkelen fra 2001 at det «å være lege er å være profesjonsutøver og menneske i ett, men først og fremst menneske» (2001, s. 1121). Jeg mener det ikke er noen forskjell på sykepleiere og leger i denne sammenheng. Funnene i min studie viser at den erfarne sykepleieren erkjenner at det å utføre en prosedyre er noe relasjonelt, og noe som skjer «sammen med» pasienten, de kunne ikke løsrive prosedyren fra pasienten. Problemet som ble trukket frem av informantene i denne sammenheng var at dette var en evne som kom med fartstid, og at denne evnen gjerne manglet hos nye sykepleiere, eller ved utførelse av teknisk krevende prosedyrer som sykepleieren hadde lite erfaring med. Hva som ligger i denne «erfarenheten» som ifølge funnene mine er nødvendig? Er det teoretiske sammenhenger mellom klinisk handlingskompetanse og omsorgsfull hjelp?

5.5.2 Det tredelte kunnskapssynet

Å reflektere omkring hva som konstituerer «kunnskap» er intet moderne fenomen. Antikkens store filosofer fordypet seg i, og presenterte grunnleggende tanker om mange av de problemstillingene vi fortsatt strever med i dag. Jeg vil nå trekke frem en av de mest kjente, nemlig Aristoteles, som i «Den Nikomakiske Etikk» (Aristoteles, Stigen & Rabbås, 2013) presenterer for oss de fem elementer som han mener kunnskapsbegrepet favner.

Disse fem er vitenskapelig forståelse; *epistémê*, praktisk kunnen; *technê*, klokskap; *fronêsis*, visdom; *sofia* og fornuften; *nous*. Det er oftest de tre første som trekkes frem, og av flere senere samlet omtalt som «det tredelte kunnskapssyn» (Fagerström, 2011b), eller som «hode-hjerte-hånd»-modellen, gjort tilgjengelig for sykepleiere av Florence Nightingale (Eriksson, Nordman & Myllymäki, 2002; Karoliussen, 2002).

Den praktiske kunnen, *technê*, er i vår sammenheng sykepleierens praktiske og mekaniske utførelse av selve prosedyren, mens den vitenskapelige forståelsen, *epistême* er evidensen, forskningen eller den teoretiske ballasten hun har med seg inn i situasjonen. *Fronêsis*, klokskapen er derimot hennes evne til kritisk refleksjon på et både høyere og dypere nivå. Klokskap innebærer den forståelsen som behøves for å ta gode etiske beslutninger, og handle som «et godt menneske og en demokratisk medborger (Fagerström, 2011b). Aristoteles sier at klokskap derfor nødvendigvis må være en handlingsorientert holdning, ettersom målet for klokskapen er å «gjøre godt» (Aristoteles et al., 2013).

Når vi ser empirien i lys av det tredelte kunnskapssynet mener jeg at «erfarenheten» som omtales av informantene som den kritiske rekvisitt, kan bety «det som skal til for å være kompetent i alle de tre dimensjonene». Det passer med mine funn og påstå at en sykepleier som har nok, og riktig teoretisk kunnskap, er dyktig i teknisk utførelse og er klok i henhold til forståelsen nevnt overfor, vil være i stand til å ivareta pasienten på en omsorgsfull måte mens hun utfører den smertefulle prosedyren.

Jeg ønsker nå ta for meg en kjent modell for kunnskaps- og kompetanseutvikling, for å danne et bilde av hvordan «erfarenhet» blir til, hva som skal til for at sykepleieren skal kunne og «omsorgsfull hjelp» og handle «faglig forsvarlig», både i lys av spennet mellom tunnelsynet og helheten som vi har sett på her, men også med referanse til temaene og dilemmaene diskutert ovenfor.

5.5.3 Erfaren = ekspert?

På tidlig 80-tall utviklet Hubert og Stuart Dreyfus, «Dreyfusbrødrene» en forståelsesramme for utvikling av ferdigheter og kompetanse (Martinsen, 1989). Denne appellerte raskt til sykepleierfaget, ettersom den tar hensyn til både praktisk erfaring og den såkalte «tause kunnskapen». Begrepet «taus kunnskap» ble introdusert allerede på

slutten av 50-tallet av filosofen Michael Polanyi, og omtaler en intuitiv forståelseshorisont basert på evnen til å trekke vekslers på tidligere erfaringer med mer eller mindre liknende situasjoner (Martinsen, 1989). Jeg mener «taus kunnskap» favner under, og er et av elementene i sykepleierens utvikling av *fronésis* - klokskap.

I Dreyfusbrødrenes kompetanselæringsstige er det fem nivåer, fra nybegynner «novise» til det ypperste nivået «ekspert», som er begreper sykepleiere kjenner igjen fra annen anvendt litteratur i sykepleierutdannelsen.

Et eksplisitt, og meget relevant eksempel som nevnes er hvordan novisen utfører prosedyren hun får beskjed om å utføre, selv om en annen prosedyre hadde vært mer tjenlig (Martinsen, 1989). Det er i tråd med funnene mine at sykepleieren trenger erfaring for å reflektere kritisk rundt prosedyrens indikasjon, og i det større bildet en faktor som bidrar til forsvarlighet jamfør tidligere diskusjon. Uten å gå nærmere i detalj i innholdet i de øvrige nivåene, foruten å beskrive eksperten i neste avsnitt, vil jeg besvare mitt innledende spørsmål «hva skal så til for å bli *erfaren*?» Slik jeg forstår Dreyfus og Dreyfus (Martinsen, 1989) handler det om tre ting, nemlig tilstrekkelig tid i relevant praksis, en mester – svenn tilnærming til klinisk- /praktiske ferdigheter og rom for spørsmål, undring og nysgjerrighet, altså kritisk refleksjon.

En ekspert er i dagligtale en som av andre oppfattes av å ha fremragende kunnskap eller kompetanse på et område, eller er i særstilling på sitt felt, dette har gjenklang i Store Norske Leksikon (2018) definisjon som sier at en ekspert er en spesielt dyktig eller sakkyndig person. Ordet «ekspert» er avledet fra det latinske «expertus» og betyr «erfaren», av «expiri» som betyr å prøve (Universitetet I Bergen & Språkrådet, 2016) en ekspert er altså en som har erfaring, en som har prøvd endel.

Jeg forstår av funnene mine at prosedyrer kan utføres med varierende grad av fokus på prosedyre vis a vis helhetlig overblikk og pasientkontakt mens man utfører. Den erfarne sykepleieren er trygg i seg selv, og trygg i utførelsen av prosedyren, og klarer å se pasienten og ivareta ham gjennom prosedyren, samtidig som hun utfører den. Dette rimer med definisjonen i Det norske akademis ordbok: «en som har erfaring er øvet og dyktig i utførelsen av noe på grunn av lang praksis (Naob – Det Norske Akademis Ordbok, 2018). Patricia Benner mener riktignok at erfaring ikke kun handler om tiden som går,

men om avklaring av forutinntatte meninger og teori i møtet med mange konkrete situasjoner, som gir dybde og nyanser til teorien (Benner, 1995).

5.6 Gyldighet og overførbarhet - Hva er dette sant om?

Begrepsbruk om kvalitet i kvalitativ forskning kan skape hodebry (Creswell, 2013). Vitenskapens verden er fortsatt tungt representert med forskning på kvantifiserbare størrelser, og positivistisk tradisjon (Hilden & Middelthon, 2002). Erfaringer, opplevelser og meninger passer ikke inn i statistiske modeller, og kan heller ikke vurderes ut ifra de samme kriteriene (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer, 2010). Istedenfor reliabilitet, er det innenfor kvalitativ forskning mer vanlig å vurdere troverdighet (se 3.6.1) (Graneheim & Lundman, 2004). Der kvantitative studier drøfter *validitet*, har den kvalitative forskeren et kritisk øye på studiens *gyldighet* (Fog, 2004).

To sentrale spørsmål å ta stilling til når studiens gyldighet skal vurderes er ifølge Malterud (2017) «hva kan det brukes til» og «hva er det sant om». Gyldighet handler altså om *relevans og overførbarhet*.

Studien min er satt i rammene av norske akuttmottak, og er fokusert på noe så konkret som å utføre smertefulle prosedyrer. Funnene fra studien, frustrasjonene sykepleierne opplever, og dilemmaene de til stadighet står i synes likevel å være ganske universelle. Jeg oppfatter at «prosedyren» står som en modell for allmenngyldige refleksjoner også i andre eller større sammenhenger i sykepleierens kliniske hverdag. Jeg mener at funnene i denne studien peker på temaer av almen og grunnleggende sykepleierfaglig karakter, og at resultatene derfor har god overføringsverdi.

Når det er sagt, har jeg pragmatisk sett likevel ikke grunnlag for å påstå at mine funn er generaliserbare, selv om temaene er generelle. Jeg kan strengt tatt kun fortelle hva fem sykepleiere fortalte meg om sine erfaringer. Dette er altså ikke «sant om» alle sykepleiere, det er ikke «sant om» hvordan pasienten opplever det. Det eneste jeg helt eksplisitt kan si noe om er hva informantene fortalte om deres erfaringer. Det er en erkjent begrensning i kvalitative intervjustudier (Kvale & Brinkmann, 2015). Dataene representerer kun det informantene ønsket å dele, og det de selv mener og tror om seg selv, og hvordan de selv oppfatter og vurderer sin kliniske praksis. Dataene kan ikke si noe

om hva sykepleierne faktisk gjør i sin virkelige hverdag, men dette var heller ikke hensikten.

6 Oppsummering

Det overordnede målet med all forskning innen helsefag er å bedre praksis; god forskning har som mål å gjøre praksis bedre (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer, 2010; Polit & Beck, 2017). Hensikten med denne studien var å *utforske* og *beskrive* hvordan sykepleiere i akuttmottak erfarer det å utføre smertefulle prosedyrer.

Utforskningen er utførlig beskrevet og evaluert gjennom presentasjon av, og kritisk refleksjon over, de metodologiske og vitenskapsteoretiske aspektene i studien.

Beskrivelsen ble historien om det store i det lille, sykepleiens grunnlag, manifestert i det dagligdagse jamfør Album sin beskrivelse av «noe som foregår hele tiden, men som er skjult fordi alle tar det for gitt» (Fangen, 2004, s. 208). Dette ble beskrivelsen av hvordan noe så lite og «enkelt» som å legge inn en PVK kan oppleves som rene balansekunsten på akuttmottakets slake line.

Sykepleiens grunnlag, etikken, og sykepleierens erfaring og gode skjønn gjør seg gjeldende når sykepleieren skal bruke de knappe «to minuttene» på og ta en arteriell blodgassprøve på en redd pasient. Sykepleierens kunnskap bygger bro i den indre konflikten med rolleidentiteten, og den ytre konflikten med en instruks hun er uenig i.

Fremfor alt bruker sykepleierne i akuttmottaket sin kunnskap, erfaring, og gode skjønn for å *best mulig* håndtere smerter, angst og ubehag når smertefulle prosedyrer skal gjøres, på tross av utfordringene de møter.

Sykepleierne opplever likevel mye frustrasjon, og erkjenner at «best mulig» ut ifra rammevilkårene, ikke kjennes «godt nok». Det er en hektisk og travel hverdag og sykepleierne opplever utilstrekkelige ressurser. De prøver så godt de kan, men rammene tillater det ikke og håndteringen blir ufullstendig. Sykepleieren får ikke tilfredsstillende svart på den andres respons. Smertene og ubehaget blir bare delvis håndtert, og de stiller seg spørsmålet «er det forsvarlig»?

Implikasjoner for praksis

Erfarenhet gjør de opplevde kontrastene og konfliktene mindre fremtredende i det at sykepleieren er kompetent i praktisk handling, har kunnskap, evne og klokskap til å utnytte tiden best mulig. Den erfarne sykepleieren har vitenskapelig kunnskap og erfaring til å håndtere uenigheter og diskusjoner på en god og effektiv måte, og bruker sitt ekspertskjønn til å gjøre nødvendige tilpasninger i spennet mellom instruks, pasient og

smertefull prosedyre. Problemstillingen viser seg å i stor grad handle om tid til å utvikle tilstrekkelig erfaring i klinisk praksis og etiske refleksjoner i menneskemøter.

Nye, uerfarne sykepleiere, og sykepleiere uten relevant erfaring må, og skal få rom til å lære og å utvikle seg, men med tanke på akuttmottakets kompleksitet, og umilde, ukontrollerbare pasienttilstrømning er jeg ikke sikker på at dette er en egnet arena å være novise.

Jeg mener videre at det må gis rom for, og prioriteres å løfte den etiske refleksjonen inn i helt eksplisitte organisatoriske rammer. Både diskusjonen om hvorfor vi handler som vi gjør, og hva som kan være rett eller galt i ulike scenarier, men også økt forståelse for hvorfor det kjennes som det gjør når tiden ikke strekker til, eller når man er uenig i hva som skal gjøres. Det kan synes som at en dypere forståelse av det nærhetsetiske grunnlaget gjør sykepleieren bedre rustet til å stå i de krevende spennene.

Aspirerer dette til annen forskning?

Nagy (1995) peker på behov for videre forskning om uløste etiske dilemmaer i forbindelse med smertefulle prosedyrer bidrar til økt stress eller angst hos sykepleieren, som hun mener å ha sett en tendens til i sitt kvalitative materiale (Nagy, 1995). Det kunne være interessant å plassere en slik studie i akuttmottakets setting. Spesielt sett i lys av at det allerede foreligger evidens for at tidsnøden og ressursmangelen er største kilde til hva sykepleiere i akuttmottak opplever som et betydelig etisk dilemma (Langeland & Sørli, 2011). Hvordan oppleves det for sykepleieren å akkumulere den andres utilstrekkelig besvarte appell? Kan det tære på sykepleierne i akuttmottaket om de ikke har tid til å anvende de nødvendige mestringsstrategiene?

Har dette relevans for implementeringen av AKS i akuttmottak?

Det er ifølge Nortvedt (2016) helt avgjørende med god forståelse av etikk for å bli en god og kompetent utøver av sykepleie. I sin artikkel om kunnskap (2015) sier Nortvedt videre at det er en myte at det å tilegne seg etiske ferdigheter er en del av vår allmenmoral. Han mener etikk må «læres, tilegnes og omsettes i klinisk virksomhet» (Nortvedt, 2015, s. 54). Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer legger klare føringer for etisk refleksjon i hverdagen (punkt 1.6), og frem i punkt 1.5 ledes ansvar for å skape rom for denne refleksjonen (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Etisk beslutningskompetanse er et av

områdene i den nordiske AKS modellen til Fagerström (2011a), på linje med veiledning, fagutvikling og lederskap. Andre sykepleiere kan se til AKS for veiledning og forvente faglig tyngde, gode etiske refleksjoner og kritisk tenkning. «På gølv» sammen med andre sykepleiere har AKS et ansvar for å løfte kvalitet, løfte diskursen og bidra til økt klinisk sykepleiekompetanse (Fagerström, 2011a). AKS kan dessuten være kritisk til, og bidra til utvikling av nye lokale retningslinjer og prosedyrer basert på beste tilgjengelige evidens og lagt opp på en måte som tar hensyn til sykepleierens varierende erfaringer og juridiske krav til selvstendig refleksjon.

Litteraturliste

- Aristoteles, Stigen, A. & Rabbås, Ø. (2013). *Den nikomakiske etikk*. Oslo: Vidarforl.
- Beauchamp, T. L. (1993). The principles approach. *The Hastings Center report*, 23(6), S9.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert : dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: TANO I samarbeid med Munksgaard.
- Boeckstyns, M. E. H. & Ebskov, L. B. (2013). *Kirurgi i akutmodtagelse*. København: Munksgaard.
- Brinchmann, B. S. (2016a). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016b). Nærhetsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 114-130). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (3. utg.). Los Angeles: Sage.
- Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S. & Reynolds, J. (2011). Procedural Pain Management: A Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(2), 95-111. doi: 10.1016/j.pmn.2011.02.003
- Dale, J. & Bjørnsen, L. P. (2015). Assessment of pain in a Norwegian Emergency Department.(Report). *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23(86). doi: 10.1186/s13049-015-0166-3
- De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>
- deLemos, D. (2018). Closure of minor skin wounds with sutures. I J. F. Wiley (Red.), *UpToDate*, . Hentet fra https://www.uptodate.com/contents/closure-of-minor-skin-wounds-with-sutures?search=suture%20technique&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eriksson, K., Nordman, T. & Myllymäki, I. (2002). *Den trojanske hest : evidensbasering og sygepleje*. København: Gad.
- Fagerström, L. (2011a). *Avancerad klinisk sjuksköterska : avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.
- Fagerström, L. (2011b). Den tredimensionella kunskapssynen som epistemologisk grundsyn. I L. Fagerström (Red.), *Avancerad klinisk sjuksköterska* (s. 53-69). Lund: Studentlitteratur AB.
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt : det kvalitative forskningsinterview* (2. utg.). København: Akademisk Forlag.
- Friesen, P., Kearns, L., Redman, B. & Caplan, A. L. (2017). Rethinking the Belmont Report? *The American Journal of Bioethics*, 17(7), 15-21. doi: 10.1080/15265161.2017.1329482

- Given, J. (2010). Management of procedural pain in adult patients.(art & science: pain series: 14). *Nursing Standard*, 25(14), 35. doi: 10.7748/ns2010.12.25.14.35.c8153
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hagelund, K. (2009). Sykepleiere gjør legens jobb. *Sykepleien*, 94(19), 64-69. doi: 10.4220/sykepleiens.2006.0030
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2015a). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 2014-2015). Oslo: Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. (Meld. St. 11 2015-2016). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/Nasjonal-helse--og-sykehusplan/id759967/>.
- Helsebiblioteket. (2014). Urinkateter, permanent – innleggelse, stell, skifte, skylling og seponering, hos voksne. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/urinkateter-permanent-innleggelse-stell-skifte-skylling-og-seponering-hos-voksne>
- Helsebiblioteket. (2015). Perifert venekateter (PVK) – innleggelse, stell og bruk hos voksne. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/perifert-venekateter>
- Helsebiblioteket. (2016). Ventrikkelsonde - nedleggelse, håndtering og fjerning. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/ventrikkelsonde-nedleggelse-handtering-og-fjerning>
- Helsedirektoratet. (2014). *Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttinntak*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/faglige-og-organisatoriske-kvalitetskrav-for-somatiske-akuttinntak>
- Helsedirektoratet. (2017). *Videreutdanning for sykepleiere - Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?* : Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1415/IS-2674%20Videreutdanning%20for%20sykepleiere%20rapport.pdf>.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 64*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>.
- Helsetilsynet. (2008). *"Mens vi venter"* (Rapport fra Helsetilsynet 2/2008). Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynet_rapport2_2008.pdf.
- Herzog, H. (2012). Interview location and its social meaning. I J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti & K. D. McKinney (Red.), *The SAGE handbook of interview research : the complexity of the craft* (2. utg., s. 207-2017). Thousand Oaks, Calif: SAGE.
- Hilden, P. K. & Middelthon, A.-L. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - et etnografisk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(25), 2473-2476.
- Hodin, R. A., Bordieanou, Liliana,. (2017). Nasogastric and nasoenteric tubes. I K. A. Collins (Red.), *UpToDate*, . Hentet fra <https://www.uptodate.com/contents/nasogastric-and-nasoenteric->

[tubes?search=gastric%20tube&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9781234)

- Jagoda, A. S., Campbell, M., Karas, S., Mariani, P. J., Shepherd, S. M., Cantrill, S. V., . . . Whitson, R. (1998). Clinical Policy for Procedural Sedation and Analgesia in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 31(5), 663-677. doi: 10.1016/S0196-0644(98)70216-1
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Karoliussen, M. (2002). *Sykepleie - tradisjon og forandring : en humanøkologisk tilnærming*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Krieger, H. G. (2016). *Togethering and positioning: The experience of registred nurses of clinically inflicted pain* (Doctor of Philosophy in Nursing). University of New Mexico, Albuquerque, New Mexico.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvandal, H. (2010). *Ansiktet og ansvaret, i Emmanuel Lévinas' etikk : en undersøkelse med fokus på forholdet mellom "autoritet" og "kraft", og det transcendentale og empiriske* (Mastergradsavhandling). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Langeland, K. & Sørli, V. (2011). Ethical challenges in nursing emergency practice. *Journal of clinical nursing*, 20(13-14), 2064. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03606.x
- Løgstrup, K. E. & Engen, B. (1999). *Den etiske fordring*. Oslo: Cappelen.
- Lønne, G. & Nerhus, K. (2010). *Metodebok i skadebehandling*. Oslo: Legeforlaget.
- Madjar, I. (1998). *Giving comfort and inflicting pain*. Alberta, Canada: Qual Institute Press, International Institute for Qualitative Methodology.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(25), 2468-2472.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. doi: 10.1177/1403494812465030
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays*. Oslo: TANO.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus* (4. utg.). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Molven, O. (2015). *Helse og jus* (8. utg.). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Nagy, S. (1995). *The reactions of nurses to the pain of their patients: a personal construct analysis* (Doctor of Philosophy thesis). University of Wollongong, Wollongong, Australia.
- Nagy, S. (1999). Strategies used by burns nurses to cope with the infliction of pain on patients. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1427-1433. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01030.x
- NAOB – Det Norske Akademis ordbok. (2018). Erfaren. Hentet fra <https://www.naob.no/ordbok/erfaren>
- Norsk sykepleierforbund. (2008). *Det du bør vite om faglig forsvarlighet* [Brosjyre]. Oslo: Sykepleierforbundet. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/298024/Faglig%20forsvarlighet.pdf>

- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P. (1996). Veien over til Den Tredje. I A. J. Vetlesen (Red.), *Nærhetsetikk* (s. 139-157). Oslo: adNotam Gyldendal.
- Nortvedt, P. (2008). Profesjon og paternalisme. I A. Molander, Tærum, Lars Inge, (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 251-260). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nortvedt, P. (2011). Prioritering av helseressurser er vanskelig. *Sykepleien*, 99(01), 78-79. doi: 10.4220/sykepleiens.2011.0021
- Nortvedt, P. (2015). To misforståelser om kunnskap. *Sykepleien*(5), 55-56. doi: 10.4220/Sykepleiens.2015.54204
- Nortvedt, P. (2016a). Etikken er sykepleiens grunnlag. *Tidsskriftet sykepleien*(8), 62-63.
- Nortvedt, P. (2016b). *Omtanke : en innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon : filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- NOU 1998:9. (1998). *Hvis det haster..... — Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-9/id141301/>.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rupp, T. & Delaney, K. A. (2004). Inadequate analgesia in emergency medicine. *Annals of Emergency Medicine*, 43(4), 494-503. doi: 10.1016/j.annemergmed.2003.11.019
- Schober, M., Affara, F. & International Council of, N. (2006). *International Council of Nurses : advanced nursing practice*. Oxford: Blackwell Publ.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelse>.
- Store norske leksikon. (2018). Ekspert. Hentet 03.05.2018 fra <https://snl.no/ekspert>
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015). Kvalitet i kvalitative studier. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder : en grundbog* (2. utg., s. 521-532). København: Hans Reitzel.
- Theodore, A. C. (2017). Arterial blood gases. I G. Finlay (Red.), *UpToDate*. Hentet fra https://www.uptodate.com/contents/arterial-blood-gases?search=arterial%20blodgass&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- Tønnesen, S. (2018). Intersubjektiv. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/intersubjektiv>
- Universitetet i Bergen & Språkrådet. (2016). Bokmålsordboka. Hentet fra <https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=&bokmaal=+&ordbok=bokmaal>
- Venkat, A., Fromm, C., Isaacs, E. & Ibarra, J. (2013). An Ethical Framework for the Management of Pain in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 20(7), 716-723. doi: 10.1111/acem.12158
- Vetlesen, A. J. (2001). Profesjonell og personlig? ; legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(9), 1118-1121.
- Vetlesen, A. J., Bauman, Z., Nortvedt, P. & Andersen, S. (1996). *Nærhetsetikk*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Vetlesen, A. J. & Nortvedt, P. (1996). *Følelser og moral* (2. utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Vedlegg:

Vedlegg 1: Meldeskjema til NSD

Vedlegg 2: Kvittering fra NSD

Vedlegg 3: Informasjonsbrev til informanter

Vedlegg 4: Intervjuguide

Vedlegg 5: Eksempel på analyseprosessen i matriseformat

MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.6) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn. Les mer om hva personopplysninger er.
Hvis ja, hvilke?	<input checked="" type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse <input checked="" type="checkbox"/> E-post <input checked="" type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet. Les mer om hva behandling av personopplysninger innebærer.
Annet, spesifiser hvilke		
Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (koblingsnøkkel)?	Ja ○ Nei ●	Merk at meldeplikten utløses selv om du ikke får tilgang til koblingsnøkkel , slik fremgangsmåten ofte er når man benytter en databehandler .
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja ● Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke	Kombinasjon av kjønn, ca alder, yrke og arbeidssted.	NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja ○ Nei ●	Les mer om nettbaserte spørreskjema .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja ○ Nei ●	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja ○ Nei ●	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre). Les mer. Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjekttittel		
Prosjekttittel	«Det blir bedre etterpå» - En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer med smertelindring ved smertefulle prosedyrer.	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Høgskolen i Sørøst-Norge	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen. Les mer om behandlingsansvarlig institusjon .
Avdeling/Fakultet	Fakultet for helse- og sosialvitenskap	
Institutt	Institutt for sykepleie- og helsevitenskap	
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		

Fornavn	Kristin	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Les mer om daglig ansvarlig . Daglig ansvarlig og student må i utgangspunktet være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc. NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Etternavn	Jordal	
Stilling	Førsteamanuensis	
Telefon	99513558	
Mobil	31009297	
E-post	Kristin.Jordal@usn.no	
Alternativ e-post	kristin.jordal@usn.no	
Arbeidssted	Høgskolen i Sørøst-Norge, campus Vestfold	
Adresse (arb.)	Høgskolen i Sørøst-Norge Postboks 235	
Postnr./sted (arb.sted)	3603 Kongsberg	
5. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	Trine	
Etternavn	Haugsmark	
Telefon	90888830	
Mobil		
E-post	t.haugsmark@gmail.com	
Alternativ e-post	sbfarm@vestreviken.no	
Privatadresse	Nordbyveien 12	
Postnr./sted (privatadr.)	3038 Drammen	
Type oppgave	<ul style="list-style-type: none"> • Masteroppgave ○ Bacheloroppgave ○ Semesteroppgave ○ Annet 	
6. Formålet med prosjektet		
Formål	<p>Jeg har en oppfatning av at pasienter med akutte mindre skader eller tilstander, som krever prosedyrer eller intervensjoner ikke får tilstrekkelig smertelindring. Dette harmonerer med funn i bakgrunns litteratur. Hensikten med masteroppgaven er først og fremst å lære meg et håndverk, men jeg håper også at jeg kan legge mitt bidrag til en kunnskapsbase som på sikt kan sikre adekvat håndtering av prosedyresmerter hos voksne.</p> <p>Målet mitt er å undersøke de bakenforliggende tankene og holdningene hos klinikere som utfører disse prosedyrene, og få tak i deres erfaringer og opplevelser rundt det å lindre prosedyresmerter, altså smerter klinikeren selv påfører ved utførelse av intervensjon som er nødvendig for at skaden heles.</p>	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.
7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?		
Kryss av for utvalg	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input checked="" type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre 	Les mer om forskjellige forskningstematikker og utvalg .
Beskriv utvalg/deltakere	Jeg ønsker å intervju 3 leger (leger i spesialisering innen ortopedi, og kirurgiske turnusleger) og 2 sykepleiere som har erfaring med akuttpoliklinisk arbeid.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.

Rekruttering/trekking	Jeg tar kontakt med sykehuset i nabofylket, og vil ved hjelp av snøballmetoden og/eller nøkkelperson (avdelingsleder i akuttmottak eller forskningsansvarlig) finne aktuelle kandidater.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk, eller trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre.
Førstegangskontakt	Jeg har fått to navn av veileder, hhv en person tilknyttet forsknings-enheten på det aktuelle sykehuset, og leder i akuttmottaket på sykehuset. Jeg vil ringe disse for å avtale veien videre. Aktuelle informanter vil få informasjonsskriv basert på NSD sin mal for formålet.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om førstegangskontakt og forskjellige utvalg på våre temasider .
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer barn på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	5	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om sensitive opplysninger .
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse .
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan identifisere personer (direkte eller indirekte) som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem, som identifiseres i datamaterialet. Les mer .
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/internett <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata (medisinske journaler)	<p>Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).</p> <p>NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes.</p> <p>Les mer om registerstudier. Dersom du skal anvende registerdata, må variabelliste lastes opp under pkt. 15</p> <p>Les mer om forskningsmetoder.</p>
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger		
9. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	<p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer. Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.</p> <p>Last ned en veiledende mal her.</p> <p>Les om krav til informasjon og samtykke.</p> <p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.</p>
Samtykker utvalget til deltakelse?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Flere utvalg, ikke samtykke fra alle	<p>For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert.</p> <p>Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke.</p> <p>Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes. Les mer.</p>

10. Informasjonssikkerhet		
Spesifiser	Informantens navn, alder, yrke og kontaktinformasjon, samt et tilhørende fiktivt navn lagres atskilt fra empiriske data som er merket med det fiktive navnet. Dette lagres som krypterte tekstfiler på hvert sitt fysiske lagringsmedium. Lyd-filer lagres før transkribering på egen disk med AES kryptering.	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet. Vi anbefaler koblingsnøkkel .
Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	<input type="checkbox"/> På server i virksomhetens nettverk <input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> Privat datamaskin <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input checked="" type="checkbox"/> Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon) <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p> <p>Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>NB! Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver.</p> <p>Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepinne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.</p>
Annen registreringsmetode beskriv		
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Privat datamaskin er beskyttet med brukernavn og passord . Oppbevares i eget hjem. Bærbare lagringsmedier oppbevares atskilt fra hverandre i studentens eget hjem, og er sikret med 128 - bits AES kryptering. Lyd-filer slettes etter transkripsjon. Evt. utskrift av transkribert datamateriale håndteres med særdeles varsomhet. Identifiserende utsagn anonymiseres i materialet før en evt utskrift.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler (ekstern aktør)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler . Slike oppdrag må kontraktsreguleres.
Hvis ja, hvilken		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm.
Hvis ja, beskriv?		<p>Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig.</p> <p>Vi anbefaler ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Bruk av nettskytjenester må avklares med behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten. Les mer.</p>
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?		
Utleveres/deles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	<input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Andre institusjoner <input type="radio"/> Institusjoner i andre land	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten . Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	I noen forskningsprosjekter kan det være nødvendig å søke flere tillatelser. Søkes det f.eks. om tilgang til data fra en registreier? Søkes det om tillatelse til forskning i en virksomhet eller en skole? Les mer om andre godkjenninger .
Hvis ja, hvilken		
12. Periode for behandling av personopplysninger		

Prosjektstart	21.08.2017	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter.
Planlagt dato for prosjektslutt	15.05.2018	Prosjektslutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (identifiserende bakgrunnsopplysninger) <input checked="" type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	Les mer om direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger. NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	NB! Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. Les mer om anonymisering av data .
13. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Kun beskjedne kostnader som dekkes fra studentens egen lomme.	Fylles ut ved eventuell eksternt finansiering (oppdragsforskning, annet).
14. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger	Når Masteroppgaven er godkjent vil alt innsamlet datamateriale destrueres.	Dersom prosjektet er del av et prosjekt (eller skal ha data fra et prosjekt) som allerede har tilrådning fra personvernombudet og/eller konsesjon fra Datatilsynet, beskriv dette her og oppgi navn på prosjektleder, prosjektittel og/eller prosjektnummer.
15. Vedlegg		
Vedlegg	Antall vedlegg: 2. <ul style="list-style-type: none"> • intervjuguidensd.docx • vedlegg1.doc 	

Kristin Jordal

3603 KONGSBERG

Vår dato: 14.09.2017

Vår ref: 55333 / 3 / EPA

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.08.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

55333	<i>Det blir bedre etterpå - En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer med smertelindring ved smertefulle prosedyrer</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Kristin Jordal</i>
Student	<i>Trine Haugsmark</i>

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

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg 2

Marianne Høgetveit Myhren

Eva J. B. Payne

Kontaktperson: Eva J. B. Payne tlf: 55 58 27 97 / eva.payne@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Trine Haugsmark, t.haugsmark@gmail.com



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 55333

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Studenten og informant har et felles ansvar for dette. Det kan derfor være hensiktsmessig om studenten avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tid, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Personvernombudet legger med dette til grunn at det ikke innhentes personopplysninger om pasienter, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Sørøst-Norge sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 15.05.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Det blir bedre etterpå ” **- En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer med smertelindring ved prosedyrer.**

Bakgrunn og formål

Studien er mitt mastergradsarbeid i Avansert klinisk sykepleie, AKS, ved Høgskolen i Sørøst-Norge. En AKS er en sykepleier som har kunnskaper på ekspertnivå, ferdigheter i kompleks beslutningstaking og klinisk kompetanse til en utvidet funksjon. Jeg ønsker med denne studien å undersøke hvordan det erfarer for leger og sykepleiere å jobbe med smertelindring i akuttmottak, spesielt den påførte smerten ved prosedyretiltak som er nødvendige for å behandle skader. Målet med studien er å undersøke de bakenforliggende tankene og holdningene hos kliniker som utfører disse prosedyrene.

Et utvalg bestående av både turnusleger, LIS leger og sykepleier vil være formålstjenlig. For å skape litt distanse ønsker jeg å rekruttere deltakere fra et annet sykehus enn der jeg jobber selv. Aktuelle kandidater nomineres av kontaktpersoner ved sykehuset, som jeg har fått kjennskap til av min veileder.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Metoden for datasamling vil være semistrukturerte dybdeintervjuer. Spørsmålene vil omhandle erfaringer og opplevelser du som kliniker har rundt prosedyresmerter og lindring av disse. Intervjuene varer max en time, og vil bli tatt opp på digital lydopptaker.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun student vil ha tilgang til identifiserende personopplysninger, mens veileder har tilgang til øvrig materiale inkludert innsamlet data. Anonymitet vil videre sikres ved at identifiserende data holdes atskilt fra innsamlet, empirisk data. Studenten selv transkriberer og bearbeider alle data. Data og erfaringer fra datasamling/ intervjuer kan drøftes på seminar med medstudenter, men vi da være anonymisert.

Det tilstrebes at deltakere ikke skal gjenkjennes i forskningsrapporten, blant annet ved at arbeidssted utelates, og det brukes fiktive navn, samt at alder, stilling/ yrke og arbeidserfaring benevnes så lite spesifikt som mulig. (Eksempel: «Gro» er sykepleier, rundt førti år gammel, og har jobbet mer enn fem år i akuttmottak eller tilsvarende. «Helge» er en ung lege med kort fartstid i yrke. Begge jobber ved et middels stort sykehus på østlandet)

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.05.2018. Når sensur foreligger en måned senere og oppgaven er bestått vil alt lagret datamateriale slettes/ destrueres.

Frivillig deltakelse

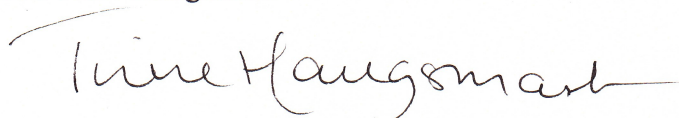
Det er frivillig å delta i studien og du kan senere trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn, dersom du ombestemmer deg.

Hvis har spørsmål til studien, ta kontakt med Trine Haugsmark, student Master i AKS, **908 88 830**, t.haugsmark@gmail.com.

(Veileder Kristin Jordal, Fakultetet for helse- og sosialvitenskap, USN. **31 00 92 97**, kristin.jordal@usn.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Vennlig hilsen Trine Haugsmark



Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Revidert praktisk intervjuguide

Ad modum Johannessen, Christoffersen og Tufte (2010, s. 149)

Jeg heter Trine, og er holder altså på med masteroppgaven min i avansert klinisk sykepleie.

Oppgaven min tar for seg smertefulle prosedyrer i akuttmottaket, og erfaringene sykepleiere har med utføringen av denne påførte smerten.

Som jeg skrev i informasjonsbrevet så kan du trekke deg fra intervjuet dersom du skulle ønske det.

Jeg bruker taleopptaker, og kommer også til å notere litt underveis. Måten jeg håndterer og lagrer data er godkjent av NSD, og etter prosjektet et ferdig vil alt materiale destrueres.

Ingen personidentifiserende opplysninger vil bli brukt i formidlingen av forskningen min, og dataene presenteres slik at det skal være vanskelig å gjenkjenne informanten.

Intervjuet er planlagt å ta ca en time.

FAKTASPØRSMÅL:

Hva heter du?

Hva er yrket ditt/ hva jobber du som?

Hvor lenge har du jobbet der/ vært «det yrket»?

Vedlegg 4

INTRODUKSJONSSPØRSMÅL:

Introdusere temaet

«Hva tenker du når du hører begrepet *prosedyresmerter*?»

«Kan du huske en gang der du synes det fungerte det du gjorde i en situasjon med en slik prosedyre»

Har du kanskje et eksempel på en gang du synes det fungerte dårlig?

OVERGANGSSPØRSMÅL:

Fra generelle betraktninger til personlige erfaringer

«Kan du fortelle om prosedyrer i din arbeidshverdag som kan være vondt for pasienten?»

«Når dere snakker om smerter eller smertelindring der du jobber, hva handler disse samtaleene om?»

«Er det noe annet du ønsker å fortelle meg?»

NØKKELSPØRSMÅL:

«Kan du fortelle om en episode, der det som skulle gjøres var vondt for pasienten?»

«Er det noen andre spørsmål du tenker jeg burde stilt deg?»

Hvem definerer når en prosedyre er «vond»

Er ubehag og smerte det samme?

«Husker du en situasjon der pasienten uttrykte smerte eller ubehag på grunn av prosedyren som ble utført?»

OPPFØLGINGSSPØRSMÅL

«Hva mener du?»

«Kan du klargjøre?»

«Hva tenker du når jeg sier lindring av prosedyresmerter?»

Når lindrer du ubehaget forbundet ved prosedyren?

«Hvordan opplevde du ...?»

Er det ubehagelige prosedyrer der det ikke er vanlig å lindre?

«Kan du gi eksempler ...?»

«Hvordan gjør du ...?»

«Kan du beskrive en episode der ...?»

«Kan du presisere hva du mener med ...?»

«Er dette noe du har opplevd selv?»

«Hva gjorde du da ... (det og det skjedde) ...?»

«Fortell mer ...»

Enkle og korte spørsmål som er åpne og fokuserte.

Spør om en ting av gangen

Vær tilbakeholden med ingress

Unngå «hvorfor»...

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.

Meningsbærende enheter i råtekst	Kondenserte/ abstraherte meninger	Erfaringsnær tolkning
<p>«Det er klart at er det en klar indikasjon på at «det stikker når jeg puster inn», og gravid, og tung i pusten, altså ting som sier at bare jammen her lukter det lungeemboli eller her ikke sant, da må man jo på en måte»</p> <p>«hvis det var ubehagelig i den situasjonen for meg eller for, eller hvis jeg så det var vondt for pasienten så vil man jo prøve å finne en årsak til at det var, altså man vil jo prøve å rettferdiggjøre handlingen sin, ikke sant? Og stort sett så kan man jo det, for man vet at det er en medisinsk grunn til at man må gjøre det.»</p>	<p>«Når jeg observerer en tilstand som gir klar indikasjon for en prosedyre, forstår jeg at jeg må utføre den»</p> <p>«Når en prosedyresituasjon føles ubehagelig for meg, og er smertefull for pasienten ønsker jeg å rettferdiggjøre handlingen min med en medisinsk indikasjon for prosedyren»</p>	<p>En åpenbar og forståelig indikasjon gjør det lettere å akseptere at man må gjøre en smertefull prosedyre.</p>
<p>«Fleste parten de, de gir trur jeg bare, føler jeg at bare skjønner at, skjønner at det her må gjøres, og sånn er det og bite sammen tenna det her går bra»</p>	<p>«Jeg tror de fleste pasientene skjønner at prosedyren er nødvendig.»</p>	<p>Sykepleieren mener pasienten stoler på henne som fag-person, og har tillit til sykepleieren når hun sier at prosedyren er nødvendig.</p>
<p>«av og til så må man ha den der tonen at «vet du hva, nå må vi bare få gjort det!», altså man kan være så mye venn man bare vil, og medmenneske og alt det der, men til slutt så må man jo bare sett ned foten»</p>	<p>«Noen ganger, når det er viktig å gjennomføre prosedyren, må man være bestemt overfor pasienten.»</p>	<p>Sykepleieren inntar en paternalistisk holdning hvis pasienten vegrer seg, men helsetilstand krever at prosedyren gjennomføres.</p>

Eksempel fra analyseprosessen fremstilt skjematisk. Dette er ikke et reelt verktøy brukt i studiens analyseprosess, kun en illustrasjon.