

Smertevurderingsverktøy; et supplement og en konkurrent til intensivsykepleieres vurdering, erfaring og intuisjon

En kvalitativ studie om intensivsykepleieres opplevelser og erfaringer med smertevurdering av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt og smertevurderingsverktøy.

HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE
Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Master i intensivsykepleie
Emnekode: MI-OPP5200

Kandidatenes navn:
Monica Haugen Ekeland
Anne Hege Kile

Måned/årstall
Mai 2017

MASTERSTUDIUM I INTENSIVSYKEPLEIE

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår 2017

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Monica Haugen Ekeland og Anne Hege Kile

VEILEDER: Astrid Danielsen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

Smertevurderingsverktøy; et supplement og en konkurrent til intensivsykepleiernes vurdering, erfaring og intuisjon.

Engelsk tittel:

Critical-care nurses experiences with pain assessment in non-verbal critical ill adults

EMNEORD/STIKKORD:

Smertevurdering (Pain assessment), Intensivsykepleie (Critical-care nursing),
Opplevelser (Experience), Utfordringer (Challenges), Ikke verbal kommunikasjon (Non-verbal communication)

ANTALL SIDER: 84 (inkludert vedlegg)

ANTALL ORD: 16 388

CAMPUS VESTFOLD

28.04.2017

DATO/ÅR

Forord

Vi avslutter nå vårt masterstudie i intensivsykepleie. Det har vært to spennende, lærerike og krevende år. Intensivstudiet har gitt oss kunnskap, ferdigheter og innsikt. Det har bidratt til interesse og motivasjon til å fortsette læringen og arbeidet innenfor dette fagfeltet i årene som kommer. Vi er stolte av og takknemlige for å være del av fagmiljøet på våre respektive intensivavdelinger.

Smertevurdering av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt er et tema som lenge har engasjert oss begge. Masteroppgaven har bidratt til å styrke interessen og engasjementet ytterligere. Vi føler oss heldige som har fått muligheten til å fordype oss i nettopp dette temaet. Vi vil ta med oss denne kunnskapen videre i vårt arbeid som intensivsykepleiere og ikke minst i møte med pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt.

Det er mange som har bidratt i arbeidet med denne masteroppgaven. Først og fremst vil vi takke deltakerne i studien for at de satt av tid i en hektisk hverdag til å delta i fokusgruppeintervjuene. Takk for at dere viste oss tillit og delte deres kunnskaper, erfaringer og opplevelser med oss. Dere har bidratt med verdifull informasjon og viktige perspektiver. Vi vil også takke sykehusene der studien fant sted for tillatelse til å gjennomføre fokusgruppeintervjuene, og avdelingslederne for hjelp til rekruttering og organisering.

Takk til Astrid Danielsen for god, inspirerende og klargjørende veiledning gjennom hele prosessen. Takk til våre arbeidsplasser Vestre Viken Drammen og Sykehuset i Telemark som tildelte oss utdanningsstillinger og tilrettela for gjennomføring av masterstudiet. Takk til familiene våre for deres tålmodighet og støtte gjennom en hektisk periode.

Til slutt vil vi takke hverandre for det gode samarbeidet. Masteroppgaven ville ikke vært den samme uten. Samarbeidet har vært målrettet og strukturert samt bidratt til inspirerende og konstruktive refleksjoner og diskusjoner.

Sammendrag

Introduksjon: Systematisk smertevurdering er avgjørende for god pasientomsorg og forbundet med mer optimal smertebehandling og bedre pasientutfall. Smertevurdering av intensivpasienter med nedsatt evne til verbal kommunikasjon kan være utfordrende. Valide adferdsbaserte smertevurderingsverktøy er anbefalt, men i varierende grad implementert og tatt i bruk. Det beskrives et behov for mer kunnskap om egenskaper ved sykepleiere, pasienter og omgivelser som kan påvirke etterlevelse av anbefalte retningslinjer.

Formål: Formålet var å utforske intensivsykepleieres opplevelser med smertevurdering av pasienter som ikke kan uttrykke smerte verbalt, samt deres erfaringer med systematisk smertevurdering og smertevurderingsverktøy. Kunnskap om dette kan bidra til å belyse områder det er viktig å fokusere på for å oppnå at smertevurderingsverktøy blir brukt.

Metode: Studien har et kvalitativt design. Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer. Data ble analysert ved hjelp av systematisk innholdsanalyse. Personsentrert verdisyn ble brukt som teoretisk rammeverk.

Resultater: Analysen resulterte i tre kategorier: identifisering av smerte, prioriteringer og systematisk kartlegging. Det fremkom et latent tema: smertevurderingsverktøy; en konkurrent og et supplement til intensivsykepleiernes vurdering, erfaring og intuisjon.

Konklusjon: Nedsatt verbal kommunikasjon opplevdes utfordrende og kunne gjøre smertevurderingen usikker. Samtidig utfordret pasientens komplekse helsetilstand, tidspress, ulike kunnskaper, subjektive vurderinger og holdninger smertevurderingen. Dette kunne føre til ulike vurderinger og prioriteringer. Smerte ble identifisert gjennom observasjon av de samme adferdsområdene som i CPOT, men systematisk kartlegging var ikke en integrert del av praksis. Det fremkom et behov for kunnskap om smertevurderingsverktøyets betydning for pasientutfall samt nytteverdi som supplement til intensivsykepleiernes vurdering. Likere fokus og kommunikasjon i det tverrfaglige teamet ble tillagt stor betydning.

Nøkkelord: Smertevurdering (Pain assessment), Intensivsykepleie (Critical-care nursing), Opplevelser (Experience), Utfordringer (Challenges), Ikke verbal kommunikasjon (Non-verbal communication)

Abstract

Introduction: A systematic pain assessment is essential for good patient care and is associated with more optimal pain treatment and better patient outcomes. The pain assessment of non-verbal critical ill adults can be challenging. Valid behavioral pain assessment tools are recommended, but not always implemented and put into use. There is disclosed a need for more knowledge about the characteristics of nurses, patients and environments that may affect compliance with the recommended guidelines.

Purpose: The purpose was to describe the intensive care nurses' experiences with pain assessment of non-verbal critical ill adults as well as their experiences with systematic pain assessment and pain assessment tools. The purpose was to highlight the areas where it is important to focus on achieving more extensive use of pain assessment tools.

Methods: The study has a qualitative design. It was conducted two focus group interviews. Data was analyzed by systematic content analysis. Person centered nursing was used as the theoretical framework.

Results: The analysis resulted in three categories: the identification of the pain, the prioritization and the systematic assessment. It emerged a latent subject: pain assessment tools can be experienced both as a competitor and a supplement to the intensive care nurses' assessment, experience and intuition.

Conclusion: Reduced verbal communication can be experienced as challenging and can make the pain assessment uncertain. At the same time, the patient's complex health condition, short time frame, different levels of knowledge, subjective evaluations and perceptions affected pain assessment because it led to different assessments and priorities. Pain was recognized through observation of the same behavioral areas as in CPOT, but systematic assessment was not an integrated part of the practice. It emerged a need for knowledge about the pain assessment tool's importance for the patient outcomes and benefits to supplement the intensive nurses' assessment. More equal focus and communication in the multidisciplinary team was given considerable importance.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Oppgavens oppbygging og avgrensning	2
2	Tematisering	4
2.1	Teoretisk rammeverk	4
2.2	Litteratursøk.....	6
2.3	Smerte hos intensivpasienter	7
2.4	Smertevurdering av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt	8
2.5	Critical-care pain observation tool	9
2.6	Formål med studien og forskningsspørsmål	10
3	Metode.....	12
3.1	Design og metode.....	12
3.1.1	Forforståelse	13
3.1.2	Utvalg og rekruttering av deltakere.....	14
3.2	Intervju	15
3.2.1	Fokusgruppeintervju.....	15
3.2.2	Prøveintervju.....	16
3.2.3	Intervjukontekst.....	17
3.2.4	Intervjuforløpet.....	19
3.3	Transkribering og analyse	20
3.3.1	Systematisk innholdsanalyse av fokusgruppeintervjuene	22
4	Resultater	24
4.1	Latent tema.....	24
4.2	Manifest innhold.....	25
4.2.1	Identifisering av smerte.....	25
4.2.2	Prioriteringer	28
4.2.3	Systematisk kartlegging	31
5	Verifisering	38
5.1	Troverdighet	38
6	Forskningsetiske vurderinger	41
7	Diskusjon	42

7.1	Hvordan opplever intensivsykepleiere å vurdere smerter hos pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt?	42
7.1.1	Observasjon av smerte	42
7.1.2	Bakgrunn for smertevurdering	43
7.1.3	Nedsatt verbal kommunikasjon	44
7.1.4	Kompleksitet, tidspress og kunnskap	45
7.1.5	Subjektiv vurdering og holdninger	46
7.2	Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med systematisk smertevurdering og smertevurderingsverktøy?	48
7.2.1	Kartleggingsverktøy og klinisk vurdering	48
7.3	Hvilke forutsetninger og rammer kreves for at en intensivsykepleiergruppe mestrer å ta i bruk smertevurderingsverktøy?	49
7.3.1	Behov for overbevisning om klinisk nytteverdi	50
7.3.2	Tverrfaglig samarbeid	51
7.3.3	Profesjonell autonomi	51
7.3.4	Personsentrert tilnærming	53
8	Konklusjon	55
9	Litteraturliste	56

Vedlegg 1: Den norske versjonen av CPOT

Vedlegg 2: Kunnskapspyramiden

Vedlegg 3: Algoritme for smertehåndtering

Vedlegg 4: Matrise fra analysen

Vedlegg 5: Intervjuguide

Vedlegg 6: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 7: Søknad om tillatelse til gjennomføring av mastergradsprosjekt

Vedlegg 8: Tillatelse til gjennomføring av mastergradsprosjekt, sykehus 1

Vedlegg 9: Tillatelse til gjennomføring av mastergradsprosjekt, sykehus 2

Vedlegg 10: Informasjonsskriv til deltagerene med samtykkeerklæring

1 Introduksjon

Problemstillingen for denne studien er:

«Hvordan opplever intensivsykepleiere å vurdere smerter hos pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt?». Dette er en kvalitativ studie om intensivsykepleieres opplevelser og erfaringer knyttet til smertevurdering og smertevurderingsverktøy. Flere faktorer bidro til at nettopp denne problemstillingen ble utarbeidet. Det startet med en interesse og nysgjerrighet knyttet til smertevurdering av intensivpasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt. Interessen oppsto som følge av egne opplevelser og erfaringer fra praksis, forelesninger gjennom studiet og etterspørsel fra egen arbeidsplass etter mer kunnskap om smertevurderingsverktøyet Critical-care Pain Observation Tool (CPOT). Litteraturgjennomgangen som ble utført for å få kunnskap om tidligere forskning på området bidro både til å øke interessen og å utvikle og spisse problemstillingen.

Forfatterne har jobbet på intensivavdelinger som ikke har implementert eller bruker adferdsbaserte smertevurderingsverktøy og har opplevd smertevurdering som utfordrende. Vår erfaring er at smertevurderingen kan variere mye fra en vakt til en annen og påvirkes av subjektive vurderinger, samt at det som praktiseres ikke alltid er kunnskapsbasert. Dette har resultert i en bekymring for hvorvidt disse pasientenes individuelle behov for smertelindring blir ivaretatt i tilstrekkelig grad. Flere studier bekrefter at det er utfordringer knyttet til dette. Mange sykepleiere vurderer smerter ut fra sin egen forståelse av pasientens smerte og undervurderer dermed pasientens subjektive smerteopplevelse (Gulbrandsen, 2015; Randen, Lerdal, & Bjork, 2013). I Bjørknes og Rustøen (2012) sitt studie benyttet sykepleierne seg av mange ulike indikatorer for vurdering av smerter, både vitale tegn og adferd, men brukte ikke smertevurderingsverktøy. Intensivsykepleierne syntes det var vanskelig å vurdere smerter hos pasientene, og dette ble oppgitt som den største barrieren for god smertehåndtering. Intensivpasientens reduserte evne til å kommunisere oppfattes som en stor utfordring (Olsen et al., 2015; Rose et al., 2011; Wang & Tsai, 2010). Olsen et al. (2015) peker på at lite kunnskap, misforståelser rundt smertevurdering, motstand mot å ta i bruk nye verktøy, stor arbeidsmengde og hemodynamisk ustabile pasienter kan føre

til at smertevurderingsverktøy ikke blir brukt. Nedprioritering av smerte som følge av komplekse situasjoner og tverrfaglig kommunikasjon beskrives også som barrierer (Bjørknes & Rustøen, 2012; Gelinas et al., 2014).

Litteraturgjennomgangen bidro til å øke forfatterne kunnskap om smerter hos intensivpasienter, smertevurdering av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt og implementering av smertevurderingsverktøy. Det fantes imidlertid få studier som omhandlet intensivsykepleierne opplevelser og erfaringer knyttet til dette. Samtidig beskrives et behov for mer kunnskap om utfordringene intensivsykepleierne opplever, samt faktorer som kan påvirke smertevurdering og bruk av smertevurderingsverktøy til denne pasientgruppen (Olsen et al., 2015; Subramanian, Allcock, James, & Lathlean, 2012).

1.1 Oppgavens oppbygging og avgrensning

Ifølge Kvale, Brinkmann, Anderssen og Rygge (2015) er det syv faser i et kvalitativt intervju: tematisering, planlegging, intervju, transkribering, analyse, verifisering og rapportering. Disse fasene er brukt som en tilnærming i studien. Kvale et al. (2015) beskriver grundige forberedelser som en svært viktig del av intervjureisen, og som førstegangsforskere opplevde forfatterne de syv fasene som et godt hjelpemiddel. I inndelingen av kapitlene i masteroppgaven er Kvale et al. (2015) sitt forslag til strukturering av intervjurapport benyttet. Denne inkluderer de syv fasene samtidig som strukturen samsvarer med de vanlige overskriftene i en vitenskapelig rapport (Kvale et al., 2015).

I første kapittel er studiens problemstilling introdusert og blir videre tematisert i andre kapittel. Her gjøres det rede for valg av teoretisk rammeverk, litteratursøk og relevant litteratur om forskningstema samt studiens formål. I tredje kapittel begrunnes valg av design og metode samt studiens utvalg. Deretter vil det redegjøres for forfatterne forforståelse. Kapittelet omhandler også intervjuet, begrunnelse for og gjennomføring av fokusgruppeintervju, transkribering og analyse. I fjerde kapittel presenteres studiens resultater. I femte og sjette kapittel redegjøres det for studiens troverdighet og

forskningsetiske vurderinger. I siste kapitel diskuteres studiens funn opp mot tidligere studier og teoretisk rammeverk.

Pasientgruppen i fokus for studiet ble definert av forfatterne som: alle voksne intensivpasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt uansett årsak. Dette inkluderer pasienter som gjennomgår respiratorbehandling, men også ikke-intuberte intensivpasienter som av andre årsaker ikke kan uttrykke seg verbalt. Bakgrunnen for dette er at CPOT er utarbeidet og anbefalt å bruke for smertevurdering av både intuberte og ikke-intuberte intensivpasienter med nedsatt evne til å selvrapporere sine smerter (Gélinas, Arbour, Michaud, Vaillant, & Desjardins, 2011). En intensivpasient defineres slik: "En intensivpasient er intensivpasient når det foreligger truende eller manifest, akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel" (Norsk sykepleierforbunds landsforening av intensivsykepleiere, 2006).

Behavioral Pain Scale (BPS) og Critical-Care Pain Observation tool (CPOT) er begge validerte adferdsbaserte smertevurderingsverktøy som anbefales på lik linje i internasjonale guidelines (Barr et al., 2013). Forfatterne har valgt å legge hovedfokuset på CPOT som følge av forespørsel fra egen arbeidsplass. Det er likevel valgt å inkludere noen studier som omhandler BPS. Det er den systematiske kartleggingen med et validert adferdsbasert smertevurderingsverktøy som er hovedbudskapet i anbefalingene. BPS og CPOT er likestilte verktøy for oppnåelsen av dette (Barr et al., 2013).

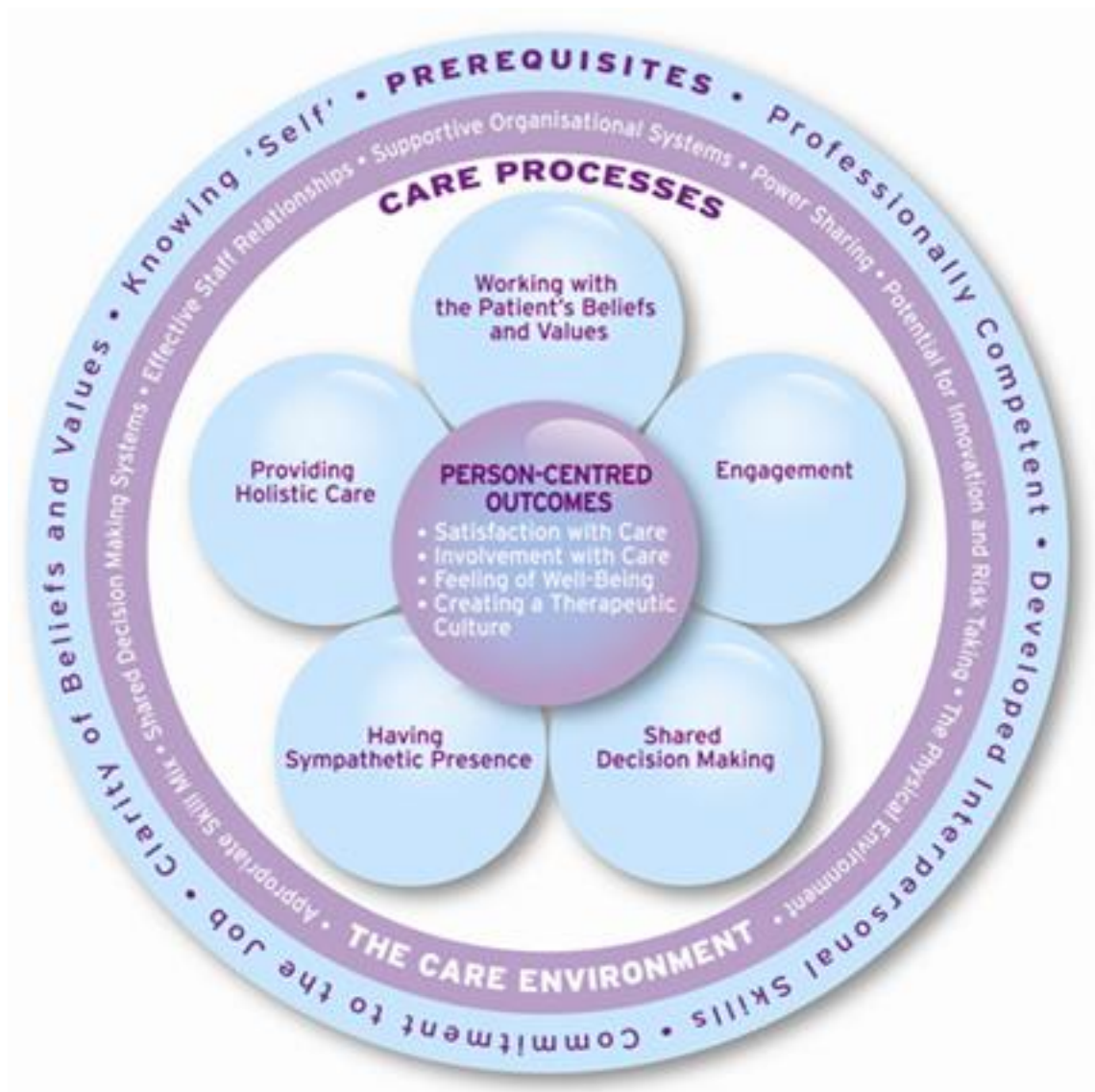
2 Tematisering

Før metoden for innhenting av data bestemmes må studiens «hvorfor» og «hva» kartlegges. Dette innebærer å begrunne studiens formål, samt innhente kunnskap om temaet som skal studeres. På denne måten skapes et grunnlag for utarbeidelse av relevante spørsmål (Kvale et al., 2015).

2.1 Teoretisk rammeverk

Person Centred Nursing (PCN) er et verdisyn som understreker viktigheten av å se pasienten som et medmenneske og en ekspert på sine opplevelser (McCormack & McCance, 2010). Personsentrert behandling og pleie er preget av respekt, verdighet, privatliv og kommunikasjon. I en tid der tankegangen ofte er medisinsk dominert, sykdomsorientert og fragmentert, mener McCormack og McCance (2010) det er behov for et rammeverk som retter oppmerksomheten mot relasjoner, samarbeid og helhet. En helhetlig tilnærming til pasienten er et viktig fokusområde innen sykepleie. Samtidig blir dette fokuset stadig utfordret i en hverdag der avansert behandling, teknisk kompetanse, resultater og effektivitet tar mye oppmerksomhet. McCormack og McCance (2010) anerkjenner tilstedeværelsen av slike faktorer, men samtidig mener de det er behov å understreke viktigheten av de grunnleggende sidene ved omsorgsbegrepet.

I tillegg til å være et verdisyn, er PCN et rammeverk av betydningsfulle faktorer for å oppnå personsentrert pleie og behandling. Rammeverket belyser dette fra fire perspektiver: profesjonelle forutsetninger, omgivelser, PCN prosesser og resultater av en personsentrert tilnærming. I den personsentrerte tilnærmingen understrekes betydningen av pasientens innstilling og verdier, felles beslutningstaking, nærvær og helhetlig omsorg. Målet er behandling og omsorg tilpasset individuelle behov (McCormack & McCance, 2010). Se modell 1.



Modell 1: PCN rammeverket, hentet fra McCance, McCormack og Dewing (2011).

I Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere (2002) legges det både i beskrivelsen av den forebyggende og den behandlende funksjonen vekt på at observasjon, vurdering og behandling skal gjøres på grunnlag av kunnskaper, ferdigheter og holdninger, samt pasientens opplevelser, ressurser og behov. Intensivsykepleieren må ha kunnskap om smerte, kunnskap og ferdighet i smertevurdering og behandling, men også være bevisst sine holdninger. Observasjoner og vurderinger vil påvirkes av intensivsykepleiernes forutsetninger, mellommenneskelige egenskaper og verdisyn (McCormack & McCance, 2010). Den subjektive opplevelsen av smerte er en anerkjent gullstandard for smertebehandling (Barr et al., 2013). Dette innebærer at fokuset på enkeltmenneskets opplevelse og involvering er sentralt. Det er den subjektive smerteopplevelsen som bør vurderes også hos pasienter som grunnet kritisk sykdom eller sedasjon ikke kan gi

uttrykk for sine smerter ved hjelp av selvrapportering. Kritisk sykdom og nedsatt evne til å kommunisere verbalt er begge faktorer som representerer en trussel mot pasientens autonomi, og det asymmetriske forholdet mellom pasient og personale gjør pasienten svært sårbar (Stubberud, 2015c). Det personsentrerte verdisynet er dermed ekstra viktig å ha med seg i møtet med disse pasientene. Sessler og Varney (2008) beskriver at pasientfokuset smertebehandling og omsorg inneholder elementer som: vurdering av disponerende og utløsende faktorer, systematisk overvåking, grundig vurdering av medikamentvalg, lettest mulig sedering, samt bruk av strategier for en individuelt tilpasset, presis og målrettet behandling. Dette er elementer som inngår både i PCN rammeverket og i guidelines (Barr et al., 2013; McCormack & McCance, 2010).

Det personsentrerte verdisynets kjernebudskap er at mennesker alltid må sees på som en ekspert på sin egen opplevelse ut fra sitt hverdagsliv og livssituasjon. Dette kan også relateres til kunnskapssynet i fenomenologien og har bidratt til inspirasjon når intensivsykepleiernes opplevelser og erfaringer knyttet til smertevurdering skulle utforskes og beskrives. Samtidig belyser rammeverket kjernebudskapet ut fra ulike perspektiver som har bidratt i analysen og diskusjonen av studiens funn.

2.2 Litteratursøk

Kunnskap om tidligere forskning på området ble først innhentet ved å gjøre brede og systematiske litteratursøk med søkeordene: critical-care pain observation tool, critical-care nursing and pain management or pain assessment. Søkeordene ble brukt både alene og kombinert. Referanselistene på de aktuelle artiklene ble videre brukt til ytterligere søk. Litteratursøket resulterte i mange treff på relevante artikler om smerter hos intensivpasienter, smertevurdering av intensivpasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt, smertevurderingsverktøy og implementering av smertevurderingsverktøy. Det fantes imidlertid få studier som omhandlet intensivsykepleiernes opplevelser og erfaringer med smertevurdering av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt og smertevurderingsverktøy. Dette bidro til nysgjerrighet og til at studiens problemstilling ble utarbeidet. Det ble videre utført søk der de tidligere brukte søkeordene ble kombinert med implementation og barriers or challenges or obstacles. Det ble også utført et systematisk søk med veiledning av

bibliotekar der søkeordene: critical-care nursing, critical-care pain observation tool, non-verbal communication, pain management og experience ble kombinert. Dette resulterte i noen relevante treff. Databasene som ble brukt var: Oria, Cinahl, Pubmed og Uptodate.

Kunnskapshierarkiet rangerer graden av evidens for visse typer studier. I øvre del av pyramiden er kunnskapen mest mulig oppsummert (Polit & Beck, 2012). Se vedlegg 2. Det ble inkludert flere reviewer og guidelines, samt søkt i Uptodate som rangeres høyere i kunnskapspyramiden. Samtidig resulterte litteratursøket i flest enkeltstudier som er rangert relativt langt nede i hierarkiet. I følge Polit og Beck (2012) passer imidlertid kunnskapspyramiden oftest best for studier som omhandler effekt av kliniske intervensjoner, og er mindre egnet for spørsmål som omhandler erfaringer og opplevelser. Alle artiklene er hentet fra fagfellevalgte tidsskrift.

2.3 Smerte hos intensivpasienter

Smerte er vanlig hos intensivpasienter, både i hvile og ved utførelse av prosedyrer og behandling (Barr et al., 2013; Puntillo et al., 2013). Smerte, smertevurdering og håndtering av smerter har blitt mye studert de siste 20 årene. Studiene har ført til økt kunnskap og innsikt. Til tross for dette oppgis det at mer enn halvparten av både medisinske og kirurgiske pasienter opplever signifikante smerter (Barr et al., 2013). Et multinasjonalt studie utført ved 192 intensivavdelinger som dokumenterte prevalens, intensitet av og risikofaktorer for prosedyresmerter konkluderer med at dette er svært hyppig forekommende. Seponering av thoraxdren, sårstell, innleggelse av arteriekran, sning og trachealsuging er prosedyrer som ofte medfører betydelige smerter for pasientene (Puntillo et al., 2013).

Underdiagnostisering av smerte fører til unødvendig lidelse og mange negative konsekvenser både på kort og lang sikt. Forlenget mekanisk ventilasjon, hypermetabolisme, hyperkoagulopati, økt oksygenforbruk, økt infeksjonsrisiko, nedsatt immunforsvar, hemodynamisk ustabilitet, søvnvansker, angst og delirium er komplikasjoner som er forbundet med underbehandlet smerte hos intensivpasienter (Barr et al., 2013; Brennan, Carr, & Cousins, 2007; Georgiou, Hadjibalassi, Lambrinou,

Andreou, & Papathanassoglou, 2015; Pandharipande, 2016; Rijkenberg, Stilma, Endeman, Bosman, & Oudemans-van Straaten, 2015). Smerte er en viktig årsak til stress hos pasientene under intensivbehandlingen, men også til psykologiske konsekvenser på lengre sikt (Puntillo et al., 2013). Akutte smerter som får vedvare kan føre til kroniske smertetilstander (Pandharipande, 2016).

International association for the study of pain (1994) definerer smerter som: «Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er alltid subjektiv». Definisjonen forteller at smerter kan være forårsaket av vevsødeleggelse, men ikke nødvendigvis. Den setter søkelyset på smertens subjektive natur og det enkelte menneskets smerteopplevelse som målestokk for smerte. Når pasienter uttrykker smerte har helsepersonell en forpliktelse til å ta det på alvor og utføre tiltak deretter (Gulbrandsen, 2015). Samtidig understreker International association for the study of pain (1994) at smerter absolutt kan være tilstede selv om pasientene ikke kan gi uttrykk for dette verbalt, for eksempel som følge av nedsatt bevissthetsnivå. Smertevurdering og behandling for å redusere styrke og omfang av belastninger er en viktig del av intensivsykepleierens lindrende funksjon (Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere, 2002). Veien for å oppnå dette vil være ulik fra pasient til pasient og avhenger av pasientens sykdomstilstand og den enkeltes toleranse for smerter og smertelindring (Pandharipande, 2016). Intensivpasientens velvære og toleranse for intensivbehandlingen krever at smertebehandling og sedasjon er individuelt tilpasset og personsentrert (Sessler & Varney, 2008; Wøien, Værøy, Aamodt, & Bjørk, 2014).

2.4 Smertevurdering av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt

Mange intensivpasienter har redusert eller manglende evne til å kommunisere som konsekvens av den akutte og kritiske sykdommen i seg selv, og som følge av intensivbehandlingen. Respiratorbehandling kan gjøre det umulig å uttrykke seg verbalt. Tilkobling til annet medisinsk teknisk utstyr kan også vanskeliggjøre å uttrykke seg ved hjelp av hendene (Stubberud, 2015c). Når intensivpasienter ikke selv kan rapportere

sine smerter kan det være utfordrende å vurdere den subjektive smerteopplevelsen (Gélinas, 2016).

Intensivpasientenes underliggende sykdom, samt behandling med vasopressor og inotropi er faktorer som bidrar til at vitale tegn er upresise og lite valide indikatorer på smerte (Rijkenberg et al., 2015). Studier har også vist at det er lite sammenheng mellom vitale tegn og pasientens smertenivå. Dette gjelder både når smertenivået uttrykkes ved selvrapportering, eller ved hjelp av adferdsbaserte smertevurderingsverktøy. Hemodynamiske parametere må derfor ikke brukes alene som grunnlag for smertevurdering (Barr et al., 2013; Gélinas, 2016; Siffleet, Young, Nikoletti, & Shaw, 2007). I studien til de Jong et al. (2013) oppsto hemodynamisk respons på smerte først og fremst i forbindelse med uheldige hendelser der pasientene fikk alvorlige smerter. På den annen side påpeker Pandharipande (2016) at bruk av hemodynamiske parametere kan føre til overestimering og overbehandling av smerter når de tolkes feilaktig. Begge studiene understreker imidlertid de hemodynamiske parameteres upresishet. Når pasienten selv ikke kan gi uttrykk for sine smerter, anbefales det at smertevurderingen gjøres på bakgrunn av pasientens adferd. For å oppnå en presis og individuell smertevurdering bør den gjøres systematisk, det bør benyttes adferdsbaserte vurderingsverktøy og pårørendes vurdering av pasientens adferd bør bli etterspurt (Gélinas, 2016).

2.5 Critical-care pain observation tool

Systematisk overvåkning og vurdering av smerter er avgjørende for god pasientomsorg, og er forbundet med en mer optimal smertebehandling, kortere respiratortid og liggetid på intensivavdeling (Chanques et al., 2009; Gelinas & Johnston, 2007; Olsen, Rustøen, Sandvik, Jacobsen, & Valeberg, 2016; Pandharipande, 2016; Radtke et al., 2012). Det er i de senere årene utviklet validerte og reliable smerteregistreringsverktøy for tidlig å kunne identifisere smerter hos pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt. Critical Care Pain Observation tool (CPOT) er et av dem (Barr et al., 2013; Pandharipande, 2016). CPOT baserer seg på å vurdere pasienten i forhold til fire adferdsområder: ansiktsuttrykk, kroppsbevegelse, muskelspenning, samarbeid med respiratoren eller stemmebruk. Verktøyet kan brukes for å vurdere smerte både hos respiratorpasienter

og ikke-intuberte intensiv pasienter. På hvert av områdene skal det scores fra 0-2, slik at total score kan variere fra 0-8. Ved et score på to eller mer må det vurderes om pasienten trenger smertelindring. Kartleggingen bør først utføres mens pasienten er i ro for å få et utgangspunkt. Deretter gjentas kartleggingen ved utførelse av prosedyrer, samt før og etter smertelindring (Gélinas et al., 2011). CPOT er oversatt til norsk, og den norske versjonen er vurdert til å være et valid og reliabelt smertevurderingsverktøy (Storsveen & Hall-Lord, 2016).

Det er gjort flere studier som omhandler implementering av smertevurderingsalgoritmer og smertevurderingsverktøy. I Gélinas et al. (2011) og Wøien og Bjørk (2013) sine studier beskriver sykepleierne CPOT hovedsakelig som et nyttig verktøy det er enkelt å bruke. Gélinas et al. (2014) beskriver hyppigere smertevurderinger og forbedret pasientutfall etter implementering av CPOT. Olsen et al. (2015) beskriver at implementering av en smertevurderingsalgoritme førte til at sykepleierne i større grad smertevurderte pasientene systematisk ved hjelp av smertevurderingsverktøy. På den annen side beskriver flere studier at dette ikke er en integrert del av intensivsykepleiernes hverdag på mange avdelinger (Bjørknes & Rustøen, 2012; Olsen et al., 2015; Radtke et al., 2012).

2.6 Formål med studien og forskningsspørsmål

Valide smertevurderingsverktøy er tilgjengelige og anbefalt, men blir i varierende grad brukt ved intensivavdelinger (Barr et al., 2013; Bjørknes & Rustøen, 2012; Gélinas, 2016; Randen et al., 2013; Wøien & Bjørk, 2013). Implementering av forskningsbasert kunnskap er sammensatt og utfordrende, og det er mange elementer som bør være på plass for å lykkes (Sandvik, Stokke, & Nortvedt, 2011). Implementeringsstrategier der undervisning og bevisstgjøring kombineres med praktisk trening, tilbakemeldinger, motivering, påminnelser og oppfølging av ressurspersoner bedside hos pasientene, har resultert i at systematiske smertevurderingsverktøy i større grad blir brukt (Gélinas et al., 2011; Ista, van Dijk, & van Achterberg, 2012; Wøien et al., 2014). Samtidig konkluderer Ista et al. (2012) med at det også er nødvendig med skreddersydde implementasjonsstrategier for å øke etterlevelse i praksis. Dette krever at spesifikke utfordringer og barrierer identifiseres slik at tiltak kan rettes mot disse.

Det er behov for mer kunnskap om egenskaper ved sykepleiere, pasienter og omgivelser som kan påvirke etterlevelse av anbefalte retningslinjer for smertehåndtering (Olsen et al., 2015). Det finnes få studier om opplevelser, utfordringer og barrierer som påvirker intensivsykepleiernes smertevurderinger. Kunnskap om dette kan gi økt innsikt i områder som bør fokuseres på for å oppnå at adferdsbaserte smertevurderingsverktøy blir brukt (Subramanian et al., 2012). Samtidig planlegger intensivavdelingene der forfatterne jobber å implementere og ta i bruk et slikt verktøy. Studien kan være et nyttig bidrag i en implementeringsprosess. En vellykket implementering som fører til at systematisk vurdering med adferdsbasert smertevurderingsverktøy blir en integrert del av praksis kan bidra til en mer personsentrert sykepleie.

Formålet med studien var å utforske intensivsykepleieres erfaringer, opplevelser og utfordringer med smertevurdering av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt og smertevurderingsverktøy. På bakgrunn av dette ble følgende problemstilling utformet:

«Hvordan opplever intensivsykepleiere å vurdere smerter hos pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt?».

Det ble utarbeidet tre forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplever intensivsykepleiere å smertevurdere pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt?
2. Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med systematisk smertevurdering av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt?
3. Hvilke forutsetninger og rammer kreves for at en intensivsykepleiergruppe mestrer å ta i bruk smertevurderingsverktøy?

3 Metode

I dette kapitlet redegjøres det for studiens metode og fremgangsmåter. Valg av metode styres i stor grad av problemstillingen. I planleggingsfasen bestemmes studiens «hvordan». Dette innebærer valg av design og metode, studiens utvalg og planlegging av intervju. Planleggingsfasen etterfølges av fasene: intervju, transkripsjon og analyse. Det skal redegjøres for intervjusituasjonen samt fremgangsmåten for transkripsjon og analyse (Kvale et al., 2015).

3.1 Design og metode

Kvalitativ metode passer godt til å belyse intensivsykepleiernes opplevelser og erfaringer. Metoden er egnet for utforskning av erfaringer og meninger der målet er rike beskrivelser av et tema fra ulike perspektiver, og for tilegning av kunnskap om enkeltpersoners opplevelser og refleksjoner (Kvale et al., 2015; Thagaard, 2009).

Kvalitative metoder er forankret i kunnskapssyn som fenomenologi og hermeneutikk. Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekst og søker etter en gyldig forståelse av meningsfulle fenomener og meningsinnhold (Kvale et al., 2015; Thagaard, 2009; Thornquist, 2003). Hermeneutisk meningsfortolkning er en prosess der tolkningen dynamisk veksler frem og tilbake mellom helhet og deler for å oppnå en stadig dypere innsikt og forståelse av meningene som ligger i intervjuteksten. En fortolkning vil aldri være forutsetningsløs. Den påvirkes av fordommer forskerne bærer med seg gjennom egen historie, erfaringer og opplevelser, samt den faglige og teoretiske referanserammen. Innsikt i fortolkernes forforståelse er en forutsetning for å kunne se hvordan dette påvirker. Forforståelsen vil for eksempel påvirke hvilke spørsmål som stilles til teksten, og dette vil igjen påvirke analysen (Kvale et al., 2015; Thornquist, 2003). En tekst gir rom for mange tolkninger og «sannheter». Derfor må tekstens underliggende mening belyses ut fra den sammenhengen den studeres i (Kvale et al., 2015; Thagaard, 2009).

Fenomenologien søker å forstå menneskers subjektive erfaring for å få kunnskap og innsikt i fenomener. Oppmerksomheten rettes mot fenomenene slik de oppleves av den enkelte, menneskers levde erfaring. Som forskningsdesign etterspør fenomenologien levde erfaring samt synspunkter og perspektiver knyttet til disse (Polit & Beck, 2012). En rik, erfaringsnær formidling sammen med en grundig beskrivelse av konteksten, er viktige elementer for å oppnå dette. Samtidig må forskeren sette sine fordommer mest mulig til side, og la fenomenene selv få komme til uttrykk. Stor grad av bevissthet og refleksjon rundt egen forforståelse er nødvendig for at dette skal være mulig (Malterud, 2011). Da fenomenene selv skal få komme til uttrykk bør ikke kategorier bestemmes på forhånd, men formes ut fra det konkrete meningsinnholdet slik det formidles av deltakerne (Thornquist, 2003). Kvalitative metoder brukes for å forstå fremfor å forklare, og beskrive fremfor å forutsi (Malterud, 2011; Polit & Beck, 2012; Thornquist, 2003).

3.1.1 Forforståelse

Anerkjennelse og refleksjon rundt egne fordommer og forforståelse er som nevnt avgjørende for troverdigheten i kvalitativ metode, og kan sees både som et hinder og en nødvendighet for å oppnå denne (Malterud, 2011). De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009) understreker også viktigheten av å være bevisst sin posisjon som forsker, og kunne se betydningen av denne i alle deler av forskningsprosessen. Bevissthet rundt og vurdering av egne fordommer omtales også som «bracketing» og bør pågå kontinuerlig. Det handler om å være bevisst egne verdier og oppfatninger som kan påvirke, identifisere situasjoner og følelser som ikke er nøytrale, og å beskrive overraskende funn (Polit & Beck, 2012). Som mastergradsstudenter i intensivsykepleie er dette første gang forfatterne inntar en forskerrolle, og denne må møtes med ydmykhet og bevissthet. Vi har jobbet i henholdsvis 2 og 3 år på intensivavdeling før studiet. Våre erfaringer med smertevurdering og smertebehandling fra praksis har sammen med tilegning av forskningsbasert kunnskap bidratt til interesse for området. Nærhet til feltet og egne erfaringer kan bidra til å åpne opp for økt forståelse og kunnskap. På den annen side kan det lukke igjen for denne innsikten fordi det øker risikoen for å overse viktige aspekter som ligger utenfor vår forforståelse og erfaring (Malterud, 2011). Et av fokusgruppeintervjuene vil foregå på avdelingen der en av oss

jobber, mens det andre på en avdeling vi ikke har tilknytning til. Hvordan dette vil påvirke intervjusituasjonen og fortolkningen er noe vi må ta med i betraktning.

Forforståelsen vår er at smertevurdering er utfordrende og at pasienter uten mulighet til selvrapportering ikke blir systematisk smertevurdert. Samtidig er vår erfaring begrenset, og vi må være åpne for at det finnes elementer vi har oversett. Vår korte erfaring kan for eksempel bidra til at vi har mindre forutsetninger for å legge merke til og forstå alle vurderingene intensivsykepleierne gjør fullt ut.

I vurderingen av inklusjonskriteriene oppsto en erkjennelse av forforståelsen om at nyutdannede intensivsykepleiere ofte er mer oppdatert på forskningsbasert kunnskap, mens de erfarne har flere erfaringsbaserte synspunkter. Dette påvirket valget om ikke å ha noen avgrensning for ansiennitet i utvalget. Samtidig krever denne avgjørelsen en bevissthet og åpenhet for at dette ikke nødvendigvis stemmer eller har noen betydning.

Det personsentrerte verdisynet som rammeverk er en del av vår forforståelse. Verdisynet har gått som en rød tråd gjennom intensivstudiet, og kunnskap om det er tilegnet gjennom forelesninger, selvstudie, oppgaver og refleksjoner. Samtidig er det en subjektiv vurdering at PCN rammeverket og de ulike områder og perspektiver som inngår i dette kan bidra til økt innsikt når problemstilling, intervjuer og funn skal belyses og diskuteres. Dette kan være en styrke da det personsentrerte rammeverket er mangefasettert. Det kan bidra både til å løfte blikket fra de ulike perspektiver, og sette disse sammen til en helhet. Samtidig ville valg av et annet rammeverk kunne ført til andre synsvinkler, ulike refleksjoner og diskusjoner (Malterud, 2011).

3.1.2 Utvalg og rekruttering av deltakere

Utvalget i studien var strategisk og inkluderte intensivsykepleiere fra to intensivavdelinger. Et strategisk utvalg er gjort på bakgrunn av bestemte inklusjonskriterier som kan bidra til å belyse problemstillingen (Thagaard, 2009). Inklusjonskriterier for undersøkelsen var: intensivsykepleier i minimum 75 % stilling. En full eller tilnærmet full stilling ble vurdert til å gi en kontinuitet som økte sannsynligheten for at intensivsykepleierne hadde hyppig kontakt med den aktuelle

pasientgruppen og dermed også erfaringer og opplevelser knyttet til temaene som skulle tas opp i fokusgruppeintervjuene. Rekruttering av deltakere ble gjort i samarbeid med avdelingslederne. Det ble sendt ut forespørsel på mail til alle ansatte som imøtekom inklusjonskriteriene, samt hengt opp invitasjon i avdelingen. Det krevdes ikke noen minimumserfaring som intensivsykepleier for å bli inkludert i studiet da ulikt erfaringsgrunnlag ble vurdert å kunne bidra til et større mangfold. Variasjonsbredde i forhold til ulike erfaringsgrunnlag hos deltakerne kan gjøre det mulig å belyse forskningsspørsmålene fra flere perspektiver (Malterud, 2011). Det ble rekruttert tilsammen ti deltakere til studien, fordelt med fem deltakere på hvert fokusgruppeintervju. Det var stor spredning i ansiennitet som intensivsykepleier, fra 1 måned til 21 år. De fleste deltakerne hadde jobbet på intensivavdeling i flere år før de gjennomførte videreutdanning. Begge gruppene besto av fire kvinner og en mann.

3.2 Intervju

I følge Kvale et al. (2015) representerer det kvalitative forskningsintervjuet et ønske om å se verden fra den som blir intervjuet sin side. Det er viktig å få frem informantenes opplevelser og erfaringer. Et intervju er en samtale med en viss struktur og mening (Kvale et al., 2015).

3.2.1 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervjuer med semistrukturert intervjuguide ble vurdert som egnet for å besvare forskningsspørsmålene. Intervjumetoden gjør det mulig å samle inn rikelige og detaljerte beskrivelser om temaet på relativt kort tid (Polit & Beck, 2012). Malterud (2011) mener at fokusgruppeintervjuer er en gunstig måte å innhente informasjon på når det ønskes innsikt i opplevelser, holdninger og synspunkter i et miljø der mange samarbeider, som på en intensivavdeling. Fokusgruppeintervjuer kan bidra til et større mangfold av synspunkter om temaet. Samtidig kan deltakerne supplere hverandres synspunkter med andre perspektiver eller utdype informasjon. På den annen side kan en ulempe være at enkelte er ukomfortable med å uttrykke egne meninger i en gruppesituasjon, og det kan forhindre potensielt verdifulle aspekter i å komme frem (Polit & Beck, 2012).

I et gruppeintervju vil moderator ha mindre kontroll over intervjuforløpet enn ved enkeltintervjuer. Samtalen kan lettere spore av og bli kaotisk når mange deltar i en samtale og diskusjon (Kvale et al., 2015). Gode intervjukvalifikasjoner hos moderator og en godt gjennomarbeidet intervjuguide kan imidlertid bidra til å opprettholde fokus (Polit & Beck, 2012). Valget falt på å utarbeide en semistrukturert intervjuguide. Intervjuet er da hverken helt åpent eller lukket, men en samtale som blir ledet inn på områdene som skal belyses ved hjelp av noen satte temaer og spørsmål (Kvale et al., 2015). Et vellykket fokusgruppeintervju krever at moderator inntar en mer styrende rolle enn ved enkeltintervjuer. Moderator må følge med på gruppedynamikken og sikre at alle får muligheten til å si noe. Moderator må også bidra til at samtalen er forankret i de temaene som skal belyses. En viss struktur kan bidra til fylldige beskrivelser av temaene (Lerdal & Karlsson, 2008; Malterud, 2011). Samtidig må moderator jobbe med seg selv for i størst mulig grad lytte forutsetningsløst og være lojal ovenfor informantens versjon av sin historie. Målet er at en åpen atmosfære med samtale og diskusjon skal fremme hver enkelt deltakers mulighet til å uttrykke sine personlige synspunkter (Kvale et al., 2015). Ønsket var også å få rike, detaljerte beskrivelser og fortellinger med eksempler fra praksis.

3.2.2 Prøveintervju

Det ble utført et prøveintervju for å teste intervjuguiden og øve på rollen som moderator. En godt gjennomarbeidet intervjuguide kan bidra til å styrke en studies troverdighet (Polit & Beck, 2012). Kriterier for en god intervjuguide er ifølge Polit og Beck (2012) at temaene og formuleringene er relevante, tydelige, forståelige og fremmer muligheten for rike beskrivelser fra deltakerne. Prøveintervjuet ble utført med en intensivsykepleier, og erfaringene fra dette kunne derfor i mindre grad gi innsikt i hvordan intervjuguiden ville fungere i en gruppe. Ut fra forfatternes vurdering og tilbakemelding fra deltakeren i prøveintervjuet var samtaletemaene i intervjuguiden tydelige og relevante. Spørsmålene under de ulike temaene var også utformet på en forståelig måte. Samtidig ble det gitt tilbakemelding på at det var en del gjentakelser, noen av spørsmålene etterspurte det samme. Intervjuguiden ble vurdert og revidert flere ganger som resultat av veiledning og prøveintervju. Det ble diskutert om formuleringene var åpne nok til å kunne gi fylldige og nyanserte svar. Det ble valgt ut

noen hovedspørsmål under hvert av samtaletemaene som det var enighet om at inneholdt det mest sentrale. Samtidig ble en del av spørsmålene som lignet hverandre beholdt i intervjuguiden. Det ble vurdert at noen av dem kunne brukes til å vende tilbake til temaet dersom samtalen sporet av utenfor problemstillingen. Før fokusgruppeintervjuene ble intervjuguiden brukt som en mental forberedelse. Ifølge Malterud (2012) kan dette bidra til å rette fokus mot de viktigste temaene og samtidig forberede seg på følge opp uventede innspill.

Moderator kjente deltakeren i prøveintervjuet gjennom felles arbeidsplass. Det opplevdes utfordrende å legge forforståelsen til side og ikke bli for involvert i samtalen når erfaringer og opplevelser omkring historier de begge kjente godt ble belyst. Prøveintervjuet bidro allikevel til nyttig erfaring, tilbakemelding og refleksjon i forhold til moderatorrollen. Det forsterket avgjørelsen om at moderatoren for prøveintervjuet også skulle være moderator i fokusgruppeintervjuene. Årsaken til dette valget var at et av fokusgruppeintervjuene skulle foregå på avdelingen der den andre forfatteren jobber. Da dette ble vurdert å kunne påvirke intervjuforløpet ble det ansett som mer hensiktsmessig at den som hadde et mer nøytralt forhold til deltakerne tok oppgaven som moderator. Det ble også vurdert som hensiktsmessig å ha den samme moderatoren på alle intervjuene. På den måten fikk moderator underveis mulighet til å øke ferdighetene i rollen. Ingen av forfatterne hadde erfaring som moderator fra tidligere og det beskrives som en krevende rolle der ferdighetene må utvikles gjennom trening og erfaring (Kvale et al., 2015; Malterud, 2012).

3.2.3 Intervjukontekst

Norsk sykepleierforbunds landsforening av intensivsykepleiere definerer en intensivavdeling slik: "En intensivavdeling er en sykehusenhet med spesialutdannet personell, som skal kunne behandle pasienter med truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner" (Norsk sykepleierforbunds Landsgruppe av intensivsykepleiere, 2006).

Konteksten på intensivavdelinger preges av akutt og kritisk syke pasienter som mottar avansert medisinsk behandling og sykepleie i høyteknologiske omgivelser (McGrath,

2008). Kritisk syke pasienter og akuttsituasjoner bidrar til et høyt arbeidstempo. Intensivavdelingene er ulike både i størrelse, fysisk organisering, og hvilke pasientgrupper de behandler (Stubberud, 2015b). Samtidig formes en kontekst av en kompleks sammensetning av ulike komponenter. Ulike arbeidskulturer, egenskaper, perspektiver og samhandlingsstrategier er komponenter som både sammen og hver for seg vil påvirke konteksten (McCormack & McCance, 2010).

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på to ulike sykehus på Østlandet. De to avdelingene er begge generelle intensivavdelinger med både kirurgiske og medisinske intensivpasienter. Størrelsen på avdelingene er ulik. Den største avdelingen har i tillegg til respiratorpasientene også en stor andel pasienter som ikke er intuberte. Den minste avdelingen har en større andel respiratorpasienter. De representerte avdelingene har ulikt utgangspunkt i forhold til bruk av adferdsbasert smertevurderingsverktøy fordi dette kun er implementert på den ene avdelingen. Bakgrunnen for å intervju på forskjellige avdelinger var å utforske om dette har betydning for intensivsykepleiernes opplevelser og erfaringer med smertevurdering. Ville opplevelsene og utfordringene være ulike eller vil det finnes fellestrekk uavhengig av dette? Hensikten var ikke å sammenlikne, men å åpne opp for flere nyanser.

Ifølge Polit og Beck (2012) er det mest ideelt å velge nøytrale omgivelser for et fokusgruppeintervju. Begge intervjuene foregikk på lyse og nøytrale møterom med mulighet for at deltakerne kunne sitte slik at alle så hverandre. Det ene intervjuet foregikk på et møterom med en åpen løsning som bidro til noe bakgrunnsstøy. Begge intervjuene foregikk imidlertid uten direkte forstyrrelser underveis. På den annen side var konteksten ikke nøytral da møterommene var i nærheten av intensivavdelingen, og inkluderte deltakere som var eller skulle på jobb den dagen. Det ble allikevel vurdert som mest hensiktsmessig å utføre intervjuene på møterom i nærheten av avdelingen. Bakgrunnen for dette var å øke sannsynligheten for å rekruttere mange nok deltakere i forkant av aftenvakt eller i forbindelse med at de var på dagvakt. Samtidig var også temaene for intervjuet knyttet til en intensivkontekst og det virket naturlig å gjennomføre intervjuene i umiddelbar nærhet til denne. Temaene for intervjuet ble

heller ikke ansett som sensitive, og en erfaringsnær kontekst ble vurdert å kunne bidra til erfaringsnære beskrivelser.

3.2.4 Intervjuforløpet

I forkant av intervjuene gikk forfatterne igjennom forforståelsen og reflekterte over denne som en bevisstgjøring. Hensikten var å forsøke å sette forforståelsen mest mulig til side og møte med et åpent sinn og nysgjerrighet. Målet med dette er ifølge Malterud (2012) at moderator skal klare å fange opp og følge opp spørsmål også til uventede uttalelser og synspunkter om temaene. Samtidig skulle den som hadde rollen som sekretær være årvåken og supplere med oppfølgingsspørsmål eller oppsummeringer underveis. Før oppstart av intervjuet ble deltakerne spurt om personopplysningene: fornavn og antall års ansiennitet som intensivsykepleiere. De fikk samtykkeskjema og navneskilt. Hensikten med navneskiltet var at moderator skulle kunne tiltale deltakerne med fornavn under intervjuet. Ifølge Malterud (2012) bidrar det til lettere å kunne stille oppfølgingsspørsmål og henvende seg til de enkelte deltakerne.

Deltakerne var plassert rundt et bord slik at alle kunne se hverandre. Det ble ønsket velkommen og forfatterne presenterte seg og rollen som moderator og sekretær. Det ble igjen forespurt om samtykke til lydopptak. Deretter fulgte en presentasjonsrunde av deltakerne og en kort introduksjon til prosjektets problemstilling, temaer, samt formålet med fokusgruppeintervjuer. Det ble presisert at fokusgruppeintervjuer handler om å lære av deltakernes kunnskap og erfaring. Denne kunnskapen kan bidra til fokus på områder som kan bedre helsepersonells forutsetninger til å møte sine pasienter (Malterud, 2012). Introduksjonen inneholdt også litt om rammene for samtalen, personvern, etikk og viktigheten av deltakernes taushetsplikt ovenfor hverandre slik det anbefales av Malterud (2012).

Malterud (2012) anbefaler å starte fokusgruppeintervjuer med enkle og engasjerende spørsmål med lite konfliktpotensial, for så å bli mer fokusert og spesifikk etterhvert. Valget falt på å ta en kort runde med noen stikkord om hvordan deltakerne vurderer smerter hos pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt. Deretter ble temaene som omhandlet opplevelser og erfaringer med smertevurdering av pasientene og bruk av

smertevurderingsverktøy diskutert mer utførlig. I begge fokusgruppene oppsto det etter noen minutter fin flyt i samtalen. Alle deltakerne kom til orde, supplerte hverandre og kom med utdypende kommentarer. Atmosfæren framsto som rolig og trygg. Alle deltakerne engasjerte seg i samtalen med mange synspunkter og refleksjoner, men noen brukte litt tid før de kom inn i samtalen. Intervjuene ble tatt opp på to lydopptakere for å sikre lydkvaliteten. Det ble supplert med notater. Deltakerne i hver gruppe kjente hverandre fra før gjennom felles arbeidsplass.

3.3 Transkribering og analyse

Analysen av intervjuene startet allerede i intervjuet ved at moderator stilte oppfølgende spørsmål underveis for å umiddelbart kunne verifisere om utsagn var blitt oppfattet riktig. Å anta at man forstår hva deltakerne mener med det de beskriver er ifølge Lerdal og Karlsson (2008) en vanlig nybegynnerfeil. For å redusere risikoen for dette, ble det stilt oppfølgingsspørsmål som: «mente du det slik?» eller «kan du utdype hva du legger i dette?» Avslutningsvis ble det stilt et spørsmål der deltakerne kunne oppsummere viktige hovedpunkter. På den måten fikk de mulighet til å bekrefte eller avkrefte om tolkninger som var gjort av moderator underveis stemte med virkeligheten.

I følge Polit og Beck (2012) må deltakernes beskrivelser i et fokusgruppeintervju sees som både en respons på spørsmålene og gruppedynamikken. Dette medfører at kvaliteten på transkriberingen blir spesielt viktig. En ordrett transkribering bør suppleres med en mest mulig presis gjengivelse av stemninger i samtalen for å tilstrebe en bedre forståelse når meningsinnholdet skal analyseres (Polit & Beck, 2012). Umiddelbart etter intervjuet diskuterte og reflekterte forfatterne over inntrykk av intervjuforløp og gruppedynamikk med lydbåndspilleren på. En slik registrering av gruppedynamikken rett etter intervjuet kan øke troverdigheten fordi det bidrar til å kunne beskrive denne mest mulig presist senere (Malterud, 2012). Etter intervjuene ble lydopptakene fra fokusgruppene hørt igjennom og det ble skrevet ned noen foreløpige hovedpunkter. Lydopptakene ble så transkribert av moderator. Transkriberingen innebar en ordrett nedtegnelse av alle utsagn på lydopptaket. Pauser i samtalen, latter og «fyllord» som «ehhh» og «mmm» ble også registrert for å gjenskape noe av stemningen i samtalen. I etterkant av transkriberingen hørte både moderator og sekretær igjennom

lydopptakene sammen med den transkriberte teksten. Hensikten med dette var å verifisere transkripsjonen med spesielt fokus på deler av lydopptaket der det var utfordrende å høre alt som ble sagt som følge av bakgrunnsstøy, at flere snakket samtidig eller lav og utydelig tale.

Analysen av teksten er inspirert av fenomenologien og hermeneutikken. Systematisk innholdsanalyse er analyse av fortellende data som brukes for å kunne identifisere temaer og mønstre som utpeker seg (Polit & Beck, 2012). Det finnes flere ulike teknikker innen denne formen for analyse, men valget falt på å bruke begreper og tilnærningsmåte slik de presenteres av Graneheim og Lundman (2004). Begrunnelsen for dette er at den beskrives systematisk og tydelig trinn for trinn, og er et brukervennlig arbeidsredskap også for uerfarne forskere.

Systematisk innholdsanalyse inntar et fenomenologisk og et hermeneutisk perspektiv gjennom analyse av både manifest og latent innhold i intervjueteksten. Det manifeste innholdet er en ordrett nedtegnelse av meningsinnhold uten fortolkning der målet er å få frem deltakernes egne opplevelser og erfaringer knyttet til problemstillingen. Det manifeste innholdet svarer på spørsmålet "hva" (Graneheim & Lundman, 2004). Gjenfortellinger kan ifølge Kvale et al. (2015) gi innsikt og tillit hos leseren. Det bidrar også til en lojalitet ovenfor informantene til at det er deres egne stemmer som kommer frem. Samtidig er teksten også en referanseramme med autonomi og det bør også tas med i betraktning hva den sier om temaet i seg selv (Kvale et al., 2015). På den annen side legger mennesker alltid til mening i sine opplevelser og erfaringer. En direkte og objektiv tolkning av disse vil derfor ikke gi et helhetlig bilde (Thornquist, 2003). Det latente innholdet er en fortolkning av tekstens underliggende betydning og mening som ikke nødvendigvis trer frem ved første øyekast. Det latente innholdet svarer på spørsmålet "hvordan" (Graneheim & Lundman, 2004). Virkeligheten fortolkes og oppfattes ulikt. I fokusgruppeintervjuet vil den enkelte deltakers fortolkning av både temaene som diskuteres og sine egne og andres utsagn være forskjellig. På samme måte vil analysen av det latente innholdet i stor grad påvirkes av for forståelsen til fortolkeren (Graneheim & Lundman, 2004; Kvale et al., 2015).

3.3.1 Systematisk innholdsanalyse av fokusgruppeintervjuene

Transkribert tekst ble grundig gjennomlest av forfatterne. Gjennomlesningen ble gjort flere ganger både individuelt og i fellesskap. Dette for å få innblikk i hva teksten fortalte som helhet, og for å kunne skille ut det som var relevant for problemstillingen. Meningsenhetene velges ut på bakgrunn av relevant tekst som kan gi kunnskap om de aktuelle temaene (Malterud, 2011). Utvelgelse av meningsenheter ble først gjort av forfatterne hver for seg. Årsaken til dette var et ønske om å redusere risikoen for at teksten som ble valgt ut var farget av en felles forforståelse, eller at forfatterne påvirket hverandre i prosessen. En utfordring i utvelgelsen av meningsbærende enheter er at for små enheter kan bidra til fragmentering av meningsinnhold, mens for store kan inneholde mer enn en mening (Graneheim & Lundman, 2004). For å redusere risikoen for å miste viktig informasjon ble derfor hver enkelt meningsenhet også nøye vurdert og diskutert i fellesskap.

De meningsbærende enhetene ble kondensert uten fortolkning. Dette innebærer en reduksjon av teksten på en måte som ikke forsaker meningsinnholdet (Graneheim & Lundman, 2004). Utfra de kondenserte meningsenhetene ble det dannet koder. Det ble lagt vekt på at kodene fortsatt inneholdt deltakernes egne ord. Se tabell 1. Kodene ble satt opp mot hverandre og vurdert ut fra fellestrekk og ulikheter. Deretter fulgte flere nye gjennomganger av deler og helhet. Utarbeidelse av kategorier beskrives som kjerneområde i innholdsanalysen. Det må tilstrebes at kategoriene er gjensidig utelukkende, samt sikre at de dekker alle relevante data (Graneheim & Lundman, 2004). Det ble gjort en vurdering av hva som lå i meningsinnholdet i de ulike delene og helhetsbildet. Dette ble reflektert over individuelt, men også grundig diskutert i fellesskap og sammen med veileder slik det anbefales av Graneheim og Lundman (2004). Prosessen resulterte i utarbeidelse av subkategorier og kategorier, samt en felles beslutning vedrørende organiseringen av disse. Det ble også utarbeidet et tema som utfra forfatternes vurdering samlet den underliggende meningen i kategoriernes innhold.

Meningsbærende enheter	Kondenserte meningsbærende enheter	Koder	Subkategori
Det er litt vanskelig når det er grenseland mellom hva er smerter og hva er redsel. Har ikke helt kontroll. Hva er, altså hva er forskjellen, er de veldig redde eller har de mye vondt og så går det litt sånn i hverandre, har jeg erfart.	Vanskelig grenseland mellom smerter og redsel Vanskelig å vurdere om pasienten er redd eller har vondt	Vanskelig å vurdere grenseland mellom smerter og redsel	Tvetydige non-verbale signaler
Det er utfordrende når de blikker over i de intensivpsykosene så er det veldig vanskelig å vite hva som er, er kavete hos pasientene, har de vondt? Eller er det rett og slett søvnmangel eller hva er det som gjør at de har tippet over liksom, det er vanskelig å vite hva som hva.	Utfordrende ved intensivpsykose. Vanskelig å vite om kavete pasienter har vondt eller rett og slett har søvn mangel. Vite hva som er hva	Utfordrende å vurdere om adferden til pasienter i intensivpsykose skyldes smerter eller søvnmangel	
Det er hvis du snur pasienten, så stritter han kjempe, veldig mye imot, så er det ikke nødvendigvis det at han han har så vondt, Man kan også være veldig redd, for å ramle ut av senga eller ikke forstår hva som skjer og, og mange sånne ting	Pasienter som stritter imot ved snuing Er ikke nødvendigvis at han har vondt Kan også være redd	Vanskelig å skille smerte fra redsel på bakgrunn av adferd	

Tabell 1: Matrise med eksempler på meningsbærende enheter, kondenserte meningsbærende enheter, koder og subkategori.

4 Resultater

I dette kapitlet presenteres studiens resultater. Innholdsanalysen av fokusgruppeintervjuene resulterte i 260 meningsbærende enheter som ble kondensert og kodet. Kodene ble deretter sortert i subkategorier på bakgrunn av meningsinnhold. Dette resulterte i 16 subkategorier, som videre ble abstrahert og samlet i 3 kategorier. Kategoriene representerer studiens manifeste innhold. Det ble også utarbeidet et latent tema som omslutter kategoriene. Tabell 2 viser en oversikt over subkategoriene, kategoriene og latent tema.

Subkategori	Kategori	Tema
Observasjon av smerte	Identifisering av smerte	Smertevurderingsverktøy som supplement og konkurrent til intensivsykepleieres vurdering, erfaring og intuisjon
Bakgrunn for smertevurdering		
Synlige smerter		
Nedsatt verbal kommunikasjon		
Tvetydige non-verbale signaler		
Nedprioritering av smerte	Prioriteringer	
Kunnskap om og praksis med analgetika og sedasjon		
Øyet som ser		
Holdninger		
Fokus i det tverrfaglige teamet	Systematisk kartlegging	
Kartleggingsverktøys intensjon		
Tverrfaglig kommunikasjon		
Vurdering, erfaring og intuisjon		
Nytteverdi og overbevisning		
Fokus, påminnelser og plikt		
Motvilje		

Tabell 2: Subkategorier, kategorier og tema, modell inspirert av Graneheim og Lundman (2004).

4.1 Latent tema

Det latente tema representerer studiens underliggende mening (Graneheim & Lundman, 2004). Dette ble utarbeidet på bakgrunn av forfatterens helhetsinntrykk fra intervjuene, samt vurdering og pendling mellom deler og helhet i innholdsanalysen. Den underliggende meningen som trådte frem ble formulerte til det latente temaet: *smertevurderingsverktøy; et supplement og en konkurrent til intensivsykepleiernes vurdering, erfaring og intuisjon*. Spennet mellom å oppleve noe som både et

supplement og en konkurrent uttrykker en ambivalens i deltakernes opplevelser knyttet til smertevurdering og til bruk av smertevurderingsverktøy. Deltakerne formidlet mye kunnskap og erfaring med smertevurdering av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt. Smertevurderingen besto av mange konkrete observasjoner og en helhetlig tilnærming. Samtidig uttrykte deltakerne at de opplevde smertevurderingen som utfordrende og til tider usikker. Smertevurderingsverktøy ble ansett å kunne bidra positivt i møte med utfordrende og usikker smertevurdering. På den annen side ble det understreket at intensivsykepleiernes egne vurderinger, erfaring og intuisjon ikke måtte undervurderes, og det ble beskrevet motvilje til å ta i bruk smertevurderingsverktøy og usikkerhet knyttet til nytteverdi.

4.2 Manifest innhold

I det følgende presenteres studiens manifeste innhold og funn gjennom de tre kategoriene: identifisering av smerte, prioriteringer og systematisk kartlegging. Sitater fra deltakerne er vektlagt i presentasjonen for å fremme at resultatene belyses ut fra deres perspektiv. Sitater fra alle deltakerne er inkludert og merket med deltakernummer 1-10.

4.2.1 Identifisering av smerte

Deltakerne forklarte at de observerte pasientens adferd for å identifisere smerte. Grimaser, uro, anspenhet og pusting mot respirator ble beskrevet som indikatorer på smerte.

«Smerterykke i panna, det er jo litt sånn klassisk. Du ser jo ofte på ansiktet til pasienten om han har vondt eller ikke». (9)

CPOT ble beskrevet brukt kun i enkelte sammenhenger for å identifisere smerte og oftest samtidig med kontinuerlig observasjon av pasientens adferd.

«[...] CPOT som vi og bruker litt er jo noe vi på en måte observerer hele tiden eh, ja, ansiktsmimikk og grimaser og tubeirritasjon». (3)

Observasjon av hemodynamiske parametere ble nevnt som en måte å avdekke smerte på, spesielt når parameterne ble observert i sammenheng med pasientens adferd.

«Min pasient i dag, han er sedert, ganske lett sedert. Så med en gang jeg løfta på hodeputa hans så merka jeg at han ble veldig anspent og grimaserte, pulsen hans steg og blodtrykket hans steg, han begynte å hoste litt på tuben. Så da tenker jeg at han har ubehag og smerte». (1)

Identifisering av smerter ble også gjort på bakgrunn av intensivsykepleiernes forventninger til hva pasientene har vært igjennom. Deltakerne beskrev forventninger til smertefulle prosedyrer, snuing og ubehag fra tube og tracheostomi, men også til smerter forårsaket av langvarig sengeleie.

«Så har jeg opplevd pasienter som har, selv om de ikke har smerter relatert til akkurat den sykdommen, så er det jo noen som har sagt noe om det å bli liggende i senga i lang tid, at de har vondt i hele kroppen. Og det er jo også smerter». (10)

Forventning og erfaring ble ofte nevnt i samme setning og ble beskrevet som nært knyttet sammen. Erfaring og trygghet på maskinene samt erfaring med vurdering av parametere ble ansett å bidra til mer fokus på pasienten. Samtidig ble også erfaring med den enkelte pasienten over flere vakter, primærsykepleie og samarbeid med pårørende beskrevet som fordelaktig for å lettere kunne identifisere smerter.

«Men så er det jo litt erfaring med pasienten da, hvis man har pasienten over hele vekten og ved flere vakter, så kjenner man pasienten bedre og vet hvordan han vil reagere og hva som kan være problemet». (3)

Tilstrekkelig smertelindring ble beskrevet som en sentral del av god sykepleie og omsorg. Anerkjennelsen av de negative konsekvensene smerter kan ha for pasienten bidro til et ønske om å være raus med smertestillende for å være på den trygge siden. Viktigheten av en empatisk holdning ovenfor pasienten ble understreket og deltakerne beskrev en empatisk tilnærming i møtet med pasientens smerte.

«Så er det litt å sette seg inn i situasjonen da, tenke, ligge der og ikke få gjort så mye selv». (6)

Deltakerne fortalte at de opplevde det lettere å ta tak i synlige smertefokus. Samtidig ble det påpekt at dette kan føre til en overestimering fordi det ikke alltid er slik at det synlige er det mest smertefulle. Pasientene kan for eksempel ha smerter fra tidligere som blir oversett fordi det ikke er en del av det akutte sykdomsbildet. Fokuset på smerter er større i møte med nyopererte og pasienter med sår fordi det er vanskeligere å overse.

«[...]men det er liksom så iøynefallende og det ser så fælt ut, så det blir lettere å fokusere på det [...]». (7)

«Det er vel den største utfordringen at vi ikke klarer å på en måte fange det opp eller komme på det, hvis de ikke er operert noe sted eller liksom sånn at man rett og slett overser det». (9)

Deltakerne fortalte at kjent smerteproblematikk øker fokuset på smerter både blant intensivsykepleierne og i det tverrfaglig teamet. Det ble beskrevet at smertekartleggingsverktøy i større grad brukes etter at et smerteproblem har oppstått, og at det i slike tilfeller oppleves som nyttig.

«Ja, eller, jeg bruker ikke den da, bortsett fra hvis pasienten har smerter og det er et smerteproblem, da er det sånn at ja, vi må ta en CPOT». (2)

Deltakerne fortalte at de opplevde det som en stor utfordring å vurdere smerter hos pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt. De beskrev at det er vanskelig å fange opp smerter, vite om de har smerter, lokalisere smerte, samt vurdere grad av smerte. Dette fører til at det blir en del «synsing»; å tro og føle at pasienten har smerter. Sedasjon og tvetydige non-verbale signaler ble spesielt trukket frem som årsaker til usikker smertevurdering. Tvetydige non-verbale signaler kunne føre til at smerte ble

forvekslet med angst, redsel og stress. Sedasjon kunne bidra til å kamuflere symptomene. En av deltakerne fortalte om en pasient som hadde opplevd mye smerter når han var sedert uten at det hadde blitt avdekket:

«[...] han fikk litt sedering og klarte ikke å uttrykke at han hadde vondt, klarte ikke å åpne øynene, men lå og hadde vondt. Og det var liksom en liten aha opplevelse å høre det at selv om han ligger dønn i ro og det ser fint ut så kan det være, og det gjør jo jobben enda verre, vanskeligere og klare å fange det opp i det hele tatt». (8)

Pasientenes non- verbale signaler ble oppfattet som usikre fordi forskjellige behov kan gi de samme symptomene. Pasienten kan ha behov for smertestillende, men det kan like gjerne være et behov for å gå på do. Det er vanskelig å vite hvilke tiltak som skal iverksettes eller hvor mye smertestillende som skal administreres uten å ha kunnskap om hva slags smerter pasienten har. Smertevurdering av pasienter i intensivdelir ble ansett som spesielt utfordrende fordi det er vanskelig å vite hva som er hva. Pasientens adferd kan skyldes smerter, men også søvnmangel. En deltaker beskrev utfordringen med å skille tvetydige non-verbale signaler slik:

«[...] hvis du snur pasienten, så stritter han kjempe, veldig mye imot, så er det ikke nødvendigvis det at han har så vondt. Man kan også være veldig redd for å ramle ut av senga eller ikke forstår hva som skjer og, og mange sånne ting». (9)

Numeric Rate Scale (NRS) er et verktøy deltakerne hadde mye erfaring med. Bruk av NRS forutsetter at pasienten selv kan rapportere smerteintensitet ved hjelp av en tallskala (Gulbrandsen, 2015). Dette ble imidlertid ofte oppfattet som utilstrekkelig fordi mange pasienter ikke klarer å se tallene godt nok eller peke på dem.

4.2.2 Prioriteringer

Deltakerne opplevde å ha for lite tid til smertevurdering. Tidsaspektet ble knyttet til høy arbeidsbelastning og for lite ressurser på jobb. Høy arbeidsbelastning medførte ofte dårligere planlegging og at smerte ble nedprioritert både av intensivsykepleierne og i det tverrfaglige teamet.

“Bare gir en bolus også snur vi, fordi man, ja, nei nå må vi få gjort det her stedet, ikke sant. Sånn som i går så hadde vi kjempegod tid, så sa jeg nå må vi vente. Men jeg har gjort det veldig mange ganger før”. (2)

«Det er jo et godt eksempel det at det blir gitt litt ehh, litt for rett oppi, sånn at smertestillende ikke rekker egentlig å virke før du gjør noe. Det kan vel skje rett som det er det». (5)

«Hvis det er veldig full avdeling så vil de gjerne ha folk fortære ut av respiratoren og gjerne dra ut remi'en på de nyopererte og da må du liksom nesten, og da tror jeg at det ender opp med at de bare blir liggende lenger». (8)

Kompleksiteten i intensivpasientenes helsetilstand kan også medføre at det må gjøres prioriteringer. Manglende tid til smertevurdering og oppfølging etter smertelindring oppstår derfor også som følge av at smerte ansees som mindre viktig enn andre oppgaver. En deltaker beskrev det slik:

“Så er vi så opptatt av respirasjon og sirkulasjon og de elementære viktige tinga på intensiv, ikke det at smerte ikke er viktig, men det liksom, det går foran”. (1)

Kompleksitet i intensivpasientens helsetilstand kan også føre til at smerte nedprioriteres med hensikt. Spesielt ble pasienter i oppvåkningsfasen der smertestillende tas bort for å vekke og vurdere skade trukket frem.

“[...] det blir en litt annen terskel. For man vil at de skal komme opp til overflaten og vise hva de, om de, holdt jeg på å si, klarer å, om de våkner eller ikke på en måte”. (5)

Deltakerne beskrev varierende kunnskap om og praksis med analgetika og sedasjon. Mange har for lite kunnskap om medisiners virketid og mange forveksler analgetika og sedasjon. Kort erfaring med intensivpasienter og medikamentene ble ansett å bidra til

at medisiner ikke fikk nok tid til å virke, og til en generell tilbakeholdenhet med å gi smertestillende.

«Propofol gir jo liksom ofte, det gir jo effekt med en gang, men smertestillende tar jo litt lengre tid, til og med fentanyl, at man kanskje har en tendens til å gi ehh propofol i stedet for smertestillende, man skiller ikke helt mellom sedasjon og smertelindring da».

(1)

Deltakerne fortalte at smertevurdering og behandling ofte blir gjort på bakgrunn av «synsing» og i stor grad påvirkes av «øyet som ser». Øyet-som-ser beskrives som en inkonsekvent vurdering der to sykepleiere konkluderer ulikt ut fra den samme observasjonen. Dette oppleves som en utfordring fordi det bidrar til mangel på kontinuitet i oppfølgingen av pasienten.

«[...] altså hvis mine øyne ser en pasient som, som på en måte kanskje, ehh pulsfrekvens har gått littegranne opp og blodtrykket har steget littegranne, han er litt mer aggressiv på pustinga, ehh, også kommer det en annen på en annen vakt og ser akkurat det samme også kan vi jo ha to forskjellige konklusjoner tenker jeg da [...]». (4)

«[...] vi synser og tenker litt ulikt og jeg synes det er litt utfordrende». (1)

En av deltakerne poengterte smertens subjektive natur og hvordan smertevurdering av pasienter som ikke kan uttrykke denne med ord vil preges av sykepleierens fortolkning.

«Vi tror eller altså, det er jo tolkning, altså smerter er jo subjektivt, så når du ikke kan uttrykke det med noen ord, så må du jo tolke, ehh ja, og da kan du jo tolke, at nei, det ser ikke så vondt ut. Eller ser veldig vondt ut». (6)

Holdninger til pasientens smerte ble nært knyttet til ulik smertevurdering og behandling. En deltaker beskrev det slik:

«Våre individuelle forskjeller og vurderinger gjør at vi handler annerledes og være seg for eksempelvis en som sier at; pasienten min skal aldri ha det vondt, det er ikke greit, han er på sykehuset, han må ha det bra. Og en annen som tenker at; vel, man må akseptere noe, vi skal jo videre i forløpet her og da kan man ikke regne med å ikke ha vondt et helt intensivopphold, det er en del av greia liksom. Og, og det er da to forskjellige, to forskjellige personer som tenker ulikt og pasienten får det ulikt på bakgrunn av dem. Så holdninger er absolutt, absolutt med på, på utfallet tror jeg da». (4)

Deltakerne beskrev at holdninger på ulike måter påvirket smertevurdering og behandling. Det ble trukket frem at pasientene er prisgitt den sykepleieren som er på jobb og at sykepleiere som har en dårlig dag eller som er «av typen som ikke tenker at det er så farlig» kan gjøre det vanskelig for pasienten. Deltakerne beskrev at noen pasientgrupper har lavere status og er mer utsatt for negative holdninger. Eldre, rehabiliteringspasienter og pasienter med sammensatte lidelser ble nevnt i denne forbindelse. Rusmisbrukere var imidlertid en pasientgruppe deltakerne beskrev som spesielt utfordrende. Utfordringene omhandlet både en generelt vanskelig smertevurdering og behandling, men var også knyttet til egne og andres negative holdninger.

«[...] hvis du har jobbet på avdelinger tidligere der pasienter har misbrukt smertestillende og sagt at de vil ha, også har de ikke vondt. Det kan jo sitte litt i, at man blir litt mere sånn skeptisk». (1)

«Jeg har hatt noen forferdelige opplevelser med det, det var en ung gutt som lå og vri seg i smerter og hun ville ikke gi». (2)

«Når vi får beskjed om vi at den pasienten er jo rusmisbruker så han ikke skal ha så mye opiater og da tenker vi ja, hvor har du lest? Og da liksom da trenger de desto mer». (8)

4.2.3 Systematisk kartlegging

Deltakernes synspunkter vedrørende bruk av kartlegging og systematikk i smertevurderingen ble diskutert i begge grupper. Det ble beskrevet både fordeler og

ulempes med bruk av smertevurderingsverktøy. Deltakerne beskrev at det er en fordel med et felles fokus på smertelindring i det tverrfaglige teamet. Samarbeid mellom sykepleier og andre profesjoner er viktig for pasientens beste. En deltaker beskrev det slik:

«Da blir jo kanskje utfordringen litt det på en måte å få med andre profesjoner også, på at man trenger smertestillende kanskje litt lengere enn bare de første 4-5 dagene, hvor man kanskje pøser på med alt også, så synes jeg kanskje at ofte det blir fjernet da. Og da skal de jo opp på sengekant eller opp i stol og bli dratt i armer og bein». (10)

Å benytte et smertevurderingsverktøy som både sykepleier og lege kjenner til og bruker ble beskrevet å kunne bidra til å finne et godt smerteregime for pasienten.

«Jeg tenker hvis vi skal ha en sånn kartlegging, sånn, ehmm, CPOT, var det det det heter? Så hvis vi skulle ha det og liksom kunne ta det opp på visitten så er det greit å kunne ha anestesileger med på laget og når vi innfører det, at enn kan gå sammen også se på det, at oi! nå kanskje vi var litt tidlig ute med å ta vekk smertestillende, kanskje avvente en dag eller to. Eller finne et annet regime for å kunne komme ut av det». (8)

Deltakerne fortalte at et smertevurderingsverktøy kan bidra positivt ved at smertevurdering blir satt i system. Vurderingen blir gjort på likt grunnlag hos alle sykepleiere og leger, samt at verktøyet kan bidra til en bevisstgjøring knyttet til smertevurdering.

«Det er jo det at vi skal jo på en måte se på det samme da, vi skal vurdere ut i fra de samme kriteriene på en måte. Vi skal ha en sånn felles måte å vurdere smerter på». (1)

«[...] sånn bare liksom for å få, få gjort det i system. Det tror jeg det er veldig mye å hente på». (7)

Deltakerne fortalte at de opplevde et ulikt fokus på smerter i det tverrfaglige teamet og at et samarbeid rundt bruken av smertevurderingsverktøy vil bidra positivt for etterlevelse.

«Jeg tror ofte at vi har mer fokus på smerter enn det legen har. Ofte så spør vi om smertestillende; så sier de nei, for vi skal holde igjen, ja, fordi de vil ha de våkne, ehh, ja. Det er ofte vi som maser mer på legene». (3)

«Ja, og gjerne få legene med på laget da, hvis man har fokus alle sammen så er det litt lettere å bruke det da». (3)

Det ble beskrevet at sykepleiere har en «taus kunnskap». Sykepleierne observerer og har kunnskap om det de ser, men klarer likevel ikke å gjøre seg forstått ovenfor legene fordi de ikke har et felles språk. Deltakerne ga uttrykk for at et smertevurderingsverktøy kan bidra til å bedre kommunikasjonen mellom sykepleier og lege ved at smertevurderingen fører til et konkret tall som de har en felles forståelse av.

«Det er litt av problemet vårt, å få ut det som vi egentlig kan og ser. Så verktøy tror jeg kan være lurt». (6)

«Du kan si, at nå har jeg smertekartlagt noen og jeg ser at sånn og sånn vondt har han på den skalaen. Det er liksom sånn du får solgt det holdt jeg på å si, enn å bruke den tause kunnskapen og si at han ble veldig svett da vi snudde han altså. Er det veldig varmt på rommet da liksom da?». (7)

«Så er det noe håndfast liksom, det er ett tall, det er liksom det synlige. I stedet for at vi skal synse». (9)

Deltakerne mente at smertevurderingsverktøy kan bidra til at sykepleieren får større gjennomslagskraft ovenfor legen ved at de har noe systematisk og konkret å vise til.

«Jeg syntes det er lettere å, hvis du har noe du på en måte kan, ja, i hvert fall de noe yngre anestesilegene som kanskje er litt usikre da og som på en måte er litt sånn, vet ikke helt hva de skal gjøre, så synes jeg det er lettere å få igjennom det jeg har lyst til å gi til pasientene hvis jeg på en måte kan argumentere og vise det jeg har observert da, i noe som er systematisk». (10)

Deltakerne hadde en viss tiltro til smertevurderingsverktøy og så positive aspekter ved å bruke dette, men hadde også tro på sin egen vurdering, erfaring og intuisjon og mente at det er like viktig.

«Men det er nok viktig med den erfaringen og den magefølelsen også». (6)

«Jeg tror at folk flest, hvert fall de som har på en måte noen, litt tid på intensiv, at man blir veldig komfortabel med sin egen vurdering og stoler veldig på den. Enkelt og greit. Og da kommer disse skåringsverktøyene til side [...]». (4)

Selv om deltakerne fortalte at de stoler like mye eller mer på egen vurdering, erfaring og intuisjon kommer det frem at de ofte observerer på samme måte som i smertevurderingsverktøyene.

«Vi kan godt gi fentanyl til pasienten uten å skåre på CPOT på en måte. I dag så gjorde jeg det, jeg skåra på CPOT egentlig etter at jeg var ferdig med å stelle da. Ehh, men da ga jo jeg fentanyl da han begynte å ha grimaser i ansiktet, uten at jeg satte meg ned på dataen og liksom.

Moderator: Men bruker du litt av de samme spørsmålene som man stiller seg ved CPOT, bare at du gjør det for deg selv?

Ja, ja, det gjør man jo. Det det gjorde man jo før CPOT kom og, for det er det samme man ser på». (1)

Deltakere beskrev at siden de stoler på sin egen vurdering, erfaring og intuisjon har de en usikkerhet til smertevurderingsverktøyets nytteverdi.

«Men det bunner vel sikkert i at vi ikke føler at det er så veldig behov for det da, at vi ikke får så mye ut av det». (2)

«Jeg tenker at vi er så erfarne at det kan vi klare liksom». (6)

Deltakerne fortalte at de skårer smerter med verktøyet fordi det er nok en oppgave de har fått. Det blir sagt at oppgaven blir utført på bakgrunn av plikt i stedet for overbevisning om at det er et godt smertevurderingsverktøy.

«[...] altså du gjør det fordi du er pliktig til å gjøre det, mer enn at du tenker at dette her er solide greier. Og det er to forskjellige motivasjoner da, som gir to forskjellige resultat». (4)

Det ble sagt at deltakerne må være overbevist om at det virkelig har en hensikt å bruke smertevurderingsverktøyet for at de skal begynne å bruke det. Det etterlyses et behov for god argumentasjon om nytteverdien. Undervisning og innsikt i forskningsartikler beskrives som en viktig del av denne argumentasjonen. Brukervennlighet, god opplæring og fagutvikling er andre elementer deltakerne beskrev som viktig for at smertevurderingsverktøy skal bli tatt i bruk.

«[...] men det handler mer om på en måte et verktøy som er brukervennlig, enkelt å bruke, som gir oss noe da, mer at det er snakk om at, jeg må komme på vakt og føle at hadde det ikke vært for dette verktøyet så hadde jeg ikke, så hadde jeg vært på tynn is liksom, det ga meg så mye, jeg digger det liksom. Må få den følelsen der sånn, hvis ikke så blir det skuffet bort, jeg tror det». (4)

«At det er brukervennlig. At det er forståelig og greit å bruke. Det at du, hvis du har liksom 14 punkter du skal igjennom, så kommer du til punkt nummer 4 så hiver du det i søpla også begynner du å jobbe sånn som du pleier igjen [...]». (8)

Det blir sagt at for at smertevurderingsverktøy skal bli tatt i bruk kreves overbevisning om at det virker. Dette er viktigere enn at det bare blir en plikt de må gjennomføre.

«Nok informasjon og eksempler på at dette er nyttig da, at det er verdt å bruke [...]». (2)

«Så du må ha noe god argumentasjon i bunn da, at det er lurt å begynne med dette her, i hvert fall». (9)

Samtidig beskrives et behov for at fagsykepleier eller andre ressurspersoner passer på at de utfører den nye oppgaven. De trenger noe eller noen som minner dem på å skåre slik at det etterhvert blir en del av daglige gjøremål.

«[...] det fokuset som er satt på veiledningen for eksempel, det fokuset syntes jeg de har brukt ganske mye effort på da, og de går faktisk rundt som hun sier, og liksom setter seg ved siden av deg og sier ok, skal vi gå igjennom dette sammen? Ehh, legger de så mye vekt på disse verktøyene, så kanskje det på en måte kan komme noe ut av det. At det blir litt enklere å få inn i rutinen sin. Ehh, men det er jo litt snodig at det er liksom det som må til da, vi er jo voksne mennesker liksom, men allikevel, jeg trenger det selv jeg». (4)

«Ja, noen som er engasjerte og som stadig går litt inn og spør hvordan det går. Ikke bare leverer det her produktet og nå skal vi gjøre det sånn, også, også bare ligger det der liksom. Det må stadig være noen som hele tiden sitter litt på skulderen din og maser litt på deg og til slutt så, istedenfor å få, hele tiden få alt det maset, så gjør du det». (9)

Synliggjøring dersom kartlegging ikke blir utført blir også beskrevet å kunne bidra til at flere tar det i bruk.

«Også har vi det tavlemøte som ble innført, der kunne smertekartlegging vært med. Da er det ikke så lett å overse det heller, da får du rød knapp hvis du glemmer». (6)

«Men det at det blir synliggjort hvis du ikke har gjort det, at man blir på en måte hengt litt hvis ikke du gjør det». (8)

Deltakerne beskrev at det finnes en del motvilje til nye implementeringer. De fortalte at det oppleves som enda mer arbeid, mer papirer som skal fylles ut, enda noe nytt som skal læres og at de ikke har tid til det. Deltakerne med lang erfaring fra intensivavdelingen sier også at de begynner å bli gamle og orker ikke å sette seg inn i flere utfordringer.

«Enda et nytt skjema!» (6)

«[...] når noe nytt blir innført og det er så mange ting fra før at det blir slitt sånn, vanskelig å få aksept for det. Det, ja, egentlig å få implementert det, liksom sånn som endel av det man skal gjøre fordi det er sånn som vi sier stadig vekk at, åhh, er det enda noe nytt og har vi ikke nok og, masse skjemaer og sånn». (7)

5 Verifisering

I den fenomenologiske tilnæringsmåten ansees det som optimalt å sette seg selv mest mulig utenfor i analysen slik at den enkelte deltakers utsagn skal få tre frem slik de virkelig har ment det. På den annen side beskrives dette som umulig da både utvelgelse av det manifeste meningsinnhold og fortolkning av det latente meningsinnhold alltid vil være farget av forskernes egne subjektive oppfatninger og forforståelse. Hvordan kan en kvalitativ analyse da være troverdig? I følge Malterud (2011) er ikke det viktigste å fjerne utfordringene forforståelsen bringer med seg, men at den blir vurdert, redegjort for og diskutert. Kvalitativ metode anerkjenner at virkeligheten er mangfoldig og målet er derfor ikke å finne en allmenngyldig sannhet (Kvale et al., 2015; Malterud, 2011).

5.1 Troverdighet

Begrepet troverdighet rommer ifølge Graneheim og Lundman (2004) både studiens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet. Gyldighet omhandler hvilken tillit som skapes hos leseren til at dataene som innhentes og tolkningen av dem er sannferdige. Dette innebærer i hvor stor grad studiet representerer deltakeren, og i hvilken grad det kan være preget av forskerens egne tolkninger, motiver og perspektiver. Pålitelighet omhandler i hvilken grad resultatene ville vært de samme dersom studien hadde blitt gjentatt. Overførbarhet omhandler i hvilken utstrekning funnene kunne vært overført til en annen kontekst (Polit & Beck, 2012).

Ifølge Malterud (2011) er et viktig aspekt ved en studies overførbarhet at funnene kan gi mening og ha betydning for andre. Funn i denne studien sammenfaller i stor grad med tidligere studier. Dette anser forfatterne som en styrke. Studien kan med støtte fra tidligere forskning bekrefte områder det er viktig å fokusere på for å oppnå en mer optimal smertevurdering og behandling av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt. Samtidig bidrar studien til å belyse dette gjennom intensivsykepleieres opplevelser og erfaringer. Forfatterne anser det som en styrke at studien har utforsket problemstillingen ved hjelp av kvalitativ metode og fokusgruppeintervjuer da dette bidrar til rike og nyanserte beskrivelser, og til å løfte frem ulike perspektiver. På den

annen side var kunnskapen innhentet gjennom litteraturgjennomgang og tematisering en del av forfatterne forforståelse. Allerede forutinntatte «sannheter» kan bidra slik Malterud (2011) beskriver det til å rope i skogen etter svar. Samtidig fremkom det også uventede resultater og beskrivelser i studien. Magefølelsens betydning i smertevurderingen var et overaskende funn. Forfatterne korte erfaring på intensivavdelingen kan ha bidratt til at resultatet ble oppfattet på denne måten. Sett i etterkant sammenfalt funnet med andre studier og det beskrives at lang erfaring øker tiltro til intuisjon (Pretz & Folse, 2011).

Smertevurderingsverktøy var implementert på avdelingen til en av fokusgruppene. Selv om intensjonen ikke var å sammenlikne skapte dette allikevel en forventning til et større mangfold i opplevelser og erfaringer. Et slikt mangfold på bakgrunn av erfaring med smertevurderingsverktøy fremkom imidlertid ikke. Deltakerne beskrev at smertevurderingsverktøy ikke ble brukt til sitt potensial. På den annen side var dette en liten gruppe av ansatte på avdelingen og erfaringene ville kanskje vært annerledes med et annet utvalg. To av deltagerne hadde kort fartstid på den aktuelle intensivavdelingen. Det er en mulighet for at disse ikke har vært tilstede under implementeringsprosessen eller i forbindelse med undervisning og veiledning. Dette kan ha påvirket utfallet av intervjuet.

Et utvalg med bredde og variasjon beskrives å kunne bidra til å øke troverdighet ved at det gir et større mangfold i opplevelser og erfaringer som beskrives (Malterud, 2011). Dette bidro til et ønske om spredning i antall års erfaring som intensivsykepleier, samt å intervju på to ulike intensivavdelinger. På den annen side beskrives det også som fordelaktig at gruppen er satt sammen av deltagere med relativt lik erfaring. Dette kan motvirke spenninger i gruppen og skape en samtale på likt grunnlag (Malterud, 2011). En av deltakerne i studien hadde mer kompetanse på smertevurderingsverktøy enn de andre i gruppen. Deltakerens kunnskaper og engasjement knyttet til tema kan ha vært vanskelig å motsi, og på den måten påvirket samtalen. Dersom alle hadde hatt likt kompetansegrunnlag kunne dette kanskje fremmet andre perspektiver.

I et av fokusgruppeintervjuene bidro en av deltakerne med mange utdypende refleksjoner og kommentarer. Dette medførte mer snakketid enn det de andre i gruppen fikk. Deltakeren fremsto imidlertid som en god oppsummerer i den forstand at resonnementene omhandlet mye av det som allerede hadde blitt sagt av andre deltakere. Samtidig supplerte også de andre med egne perspektiver og erfaringer. Innhenting av kunnskap gjennom fokusgruppeintervju vil være annerledes enn ved individuelle intervjuer fordi konteksten er så forskjellig (Malterud, 2011). Fokusgruppeintervjuene gir mindre mulighet til å gå i dybden i den enkelte deltakers opplevelser. Dette kan gjøre det vanskeligere å vite i hvilken grad funnene representerer gruppen som helhet eller de enkelte deltakerne (Polit & Beck, 2012). Presentasjon av direkte sitater fra deltakerne kan imidlertid øke troverdighet ved å fremme informantens stemme (Kvale et al., 2015). Dette har blitt vektlagt i presentasjonen av studiens resultater.

For å fremme studiens troverdighet var det et mål å beskrive og reflektere over egne fremgangsmåter gjennom alle trinnene i prosessen. Egen forforståelse og de ulemper denne kan medføre ble diskutert tidlig i planleggingsfasen og i forbindelse med intervju og analyse. Forforståelsen er redegjort for under punkt 3.1.1. Forfatterne har også tilstrebet en refleksivitet i metodekapittelet gjennom redegjørelsen for valg av fokusgruppeintervju, utarbeidelse av intervjuguide, gjennomføring av pilotintervju, intervjuforløp og gruppedynamikk.

Systematisk innholdsanalyse beskrevet trinn for trinn ble benyttet i analysen. Tilnærmingsmåten systematikk og tydelighet kan fremme troverdigheten (Graneheim & Lundman, 2004). Forfatterne anser det som en styrke å ha vært to i analyseprosessen. Dette ble utnyttet best mulig ved en grundig gjennomgang av materialet både individuelt og i felleskap. Studien har også blitt lagt frem for medstudenter og veiledere på masterseminarer. Dette har bidratt til refleksjoner og konstruktive tilbakemeldinger på tematisering, fremgangsmåte og analysemateriale. Samtidig er det tilstrebet å gi leseren innblikk i analyseprosessen gjennom beskrivelser og matriser med eksempler fra analysen.

6 Forskningsetiske vurderinger

Studiet inkluderte frivillige, friske, voksne. Disse ansees som samtykkekompetente (Ruyter, Førde, & Solbakk, 2007). Samtidig er det viktig å ikke glemme at det er en stor tillitserklæring når kollegaer betror oss kunnskap fra sin hverdag og dette må møtes med gjensidig tillit og respekt (Malterud, 2011). Informasjon, samtykke og konfidensialitet ble ivaretatt i henhold til De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009) sine anbefalinger. En skriftlig informasjon om studiets hensikt, metode, informasjon om anonymitet og konfidensialitet ble utarbeidet. Deltakerne fikk informasjon om at deltakelse i studien var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg. Dette innebar rett til å få slettet lydopptak. Som forskere har vi taushetsplikt og i fokusgruppeintervjuet ble deltakerne informert om at de også bør ha fortrolighet ovenfor hverandre for å hindre at personlige eller følsomme opplysninger om de andre deltakerne spres. Lydopptak og samtykkeskjemaer ble oppbevart i låsbart skap. I transkriberingen ble personnavn anonymisert (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009). Prosjektet ble godkjent av Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) den 22.12.2016 med prosjektnummer 50732, samt av de aktuelle sykehus. Rekruttering av informanter ble gjort i samarbeid med avdelingsledere.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009) understreker betydningen av forskeres samfunnsansvar og forskningens nytteverdi. Studien ble gjort som en del av forfatterens masteroppgave og var først og fremst styrt av interesse og nysgjerrighet for problemstillingen. Samtidig var det ytre ønske fra den ene forfatterens arbeidsplass om en studie som kunne bidra til økt kunnskap om CPOT. Dette påvirket valget om å ha fokus på dette smertevurderingsverktøyet. På den annen side påvirket det ikke valg av problemstilling, da denne ble utviklet etter en grundig litteraturgjennomgang som ga innsikt i hvilke sider av temaet som var godt belyst allerede og hva det var behov for mer kunnskap om. De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009) understreker viktigheten av at forskning kommer samfunnet til gode gjennom ny eller forbedret innsikt i et tema. Valget av problemstilling for studien var basert på refleksjon og diskusjon omkring nytteverdi for praksis samt interesse og nysgjerrighet.

7 Diskusjon

Formålet med studien var å utforske intensivsykepleieres opplevelser med å vurdere smerter hos pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt, samt deres erfaringer med systematisk smertevurdering og smertevurderingsverktøy. Intensjonen var at studiens resultater kan bidra til å belyse områder det er viktig å fokusere på for å oppnå at systematiske smertevurderingsverktøy blir brukt. I det følgende vil studiens resultater diskuteres opp mot tidligere forskning og teoretisk rammeverk med utgangspunkt i de tre forskningsspørsmålene.

7.1 Hvordan opplever intensivsykepleiere å vurdere smerter hos pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt?

Deltakerne beskrev en helhetlig tilnærming i smertevurderingen. Smerter ble identifisert ved hjelp av ulike observasjoner samt på bakgrunn av kunnskap, forventninger, erfaring og innsikt i pasientens situasjon. Samtidig ble smertevurderingen beskrevet som utfordrende og til tider usikker. Pasientens nedsatte evne til verbal kommunikasjon, ulike prioriteringer som følge av pasientens komplekse helsetilstand og tidspress i avdelingen ble beskrevet som årsaker til utfordrende og usikker smertevurdering. Ulike kunnskaper, subjektive vurderinger og holdninger medførte også at pasientens smerte ble vurdert og prioritert forskjellig.

7.1.1 Observasjon av smerte

I denne studien fremkom det at observasjonene av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt hovedsakelig ble gjort på bakgrunn av adferd. Dette er i tråd med gjeldende anbefalinger (Barr et al., 2013). Studier viser at mange intensivsykepleiere vurderer smerter på bakgrunn av hemodynamiske parametere, men at disse er upresise og bør brukes med forsiktighet (Gelinas et al., 2014). Hemodynamiske parametere ble også nevnt i denne studien, men hovedsakelig samtidig med observasjon av adferd. Adferdsområdene deltakerne observerte for å identifisere smerte er de samme som inngår i CPOT; ansiktsuttrykk, kroppsbevegelse, muskelspenning og samarbeid med respiratoren eller stemmebruk. Allikevel beskrev deltakerne at CPOT kun ble brukt for å

identifisere smerte i enkelte tilfeller. Deltakerne beskrev at systematisk smertekartlegging ikke ble gjort rutinemessig. Det er et noe overraskende funn at både identifisering av smerter og utfordringene knyttet til dette ble beskrevet veldig likt uavhengig av om deltakerne hadde brukt smertevurderingsverktøy eller ikke. Dette står i kontrast til flere studier som konkluderer med at implementering av smertevurderingsverktøy øker fokuset på smertevurdering og bidrar til hyppigere kartlegging samt letter vurderingen (Gelinas et al., 2014; Georgiou et al., 2015; Olsen et al., 2015; Wøien & Bjørk, 2013). Selv om observasjonene deltakerne gjorde for å identifisere smerte er i henhold til adferdsområdene i validerte smertevurderingsverktøy, ble dette ikke gjort systematisk. Det er imidlertid en klar anbefaling at smertevurdering utføres systematisk og med et valid verktøy for å ivareta god smertebehandling og pasientomsorg (Barr et al., 2013; Pandharipande, 2016). I Yrkesetiske retningslinjer (2016) understrekes pasientens rett til en faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Ivaretagelse av dette krever at retningslinjene for kunnskapsbasert smertevurderingspraksis etterleves.

7.1.2 Bakgrunn for smertevurdering

Å skape et godt forhold til pasienten gjennom kunnskap om og anerkjennelse av individuelle behov og ønsker, er en forutsetning for god smertebehandling (Lindberg & Engström, 2011). Deltakerne i denne studien beskrev stor grad av empati og anerkjennelse av den enkelte pasientens smerte. Ivaretagelse av smerte ble ansett som et viktig fokus og en sentral del av god sykepleiepraksis. Deltakernes kunnskaper og erfaringer dannet en forventningshorisont i møte med pasientenes smerter, og denne ble beskrevet som en viktig del av smertevurderingen. I det personsentrerte verdisynet understrekes det at kompetanse er mer enn å bare utføre oppgaver fordi det er forventet. Kompetanse handler om en reflektert og helhetlig tilnærming bestående av kunnskap, ferdigheter og holdninger (McCormack & McCance, 2010). Deltakerne beskrev en helhetlig tilnærming bestående av kunnskap, erfaring, forventning, empati, primærsykepleie og samarbeid med pårørende. Viktigheten av å sette seg inn i det pasienten har vært igjennom ble understreket. Dette innebar både årsaken til behovet for intensivbehandling, men også hva pasienten bar med seg i sin sykdomshistorie fra tidligere.

Flere studier beskriver at sykepleiere med lang erfaring i større grad bruker intuisjon i klinisk praksis (Lyneham, Parkinson, & Denholm, 2008; Pretz & Folse, 2011). Magefølelsen ble tillagt stor betydning for å avdekke og vurdere smerter i denne studien. Erfaring ble beskrevet som viktig for utvikling av magefølelse, og lang erfaring økte tiltroen til den. Beslutningstaking på bakgrunn av intuisjon er omdiskutert og har blitt hevdet å være usikker. Lang erfaring øker tiltroen til egen intuisjon, men fører ikke nødvendigvis til mer presise vurderinger (Pretz & Folse, 2011). Samtidig beskriver studier bruk av intuisjon som verdifull fordi det kan bidra til en analytisk prosess og en raskere oppfattelse av relevante observasjoner og innhenting av informasjon. Intuisjon beskrives som evne til å kunne oppfatte forandringer i pasientens tilstand på et så tidlig tidspunkt at det ennå ikke har oppstått objektive bevis for dette. Det kan dermed bidra til forbedret omsorg, pleie og pasientutfall (Lyneham et al., 2008; Pretz & Folse, 2011). Å ha evne til å bruke tidligere erfaring som grunnlag for en reflektert beslutning er også en viktig del av sykepleieres utvikling av ekspertkompetanse (McCormack & McCance, 2010). På den annen side beskrev deltakerne i denne studien smertevurderingen som både usikker og som en stor utfordring uavhengig av om de hadde kort eller lang erfaring. Dette sammenfaller med Bjørknes og Rustøen (2012) sitt studie om smertevurdering av pasienter på respirator der sykepleiere med kort og lang erfaring ble sammenliknet og det viste seg at det var få forskjeller. På bakgrunn av dette ble det konkludert med at erfaring ikke er nok, og at det også er et behov for undervisning og faglig oppdatering (Bjørknes & Rustøen, 2012).

7.1.3 Nedsatt verbal kommunikasjon

Sykepleiere anser smertevurdering som like viktig hos pasienter som ikke kan uttrykke seg verbalt sammenliknet med pasienter som selv kan rapportere smerte. Allikevel blir smertevurderingsverktøy brukt sjeldnere og sykepleierne stoler mindre på egen vurdering i møte med denne pasientgruppen (Rose et al., 2011). Det beskrives et gap mellom smertevurderingspraksis relatert til pasientens evne til kommunikasjon som medfører at pasienter som ikke kan kommunisere verbalt får en mindre optimal smertebehandling (Rose et al., 2011; Wang & Tsai, 2010). Lettere sedasjonsnivå er forbundet med både forbedret utfall for pasienten og redusert stressrespons (Barr et

al., 2013). Sedasjon kan kamuflere smerter og gjør dermed smertevurderingen usikker (Gélinas, 2010; Wøien et al., 2014). Sedasjon ble oppfattet som en barriere for smertevurdering også i denne studien. Deltakerne opplevde det som utfordrende å fange opp om sederte pasienter hadde smerter og hadde erfart utilstrekkelig smertelindring som følge av sedasjon.

Å gi pasienten omsorgsfull hjelp og å lindre lidelse er grunnleggende etiske prinsipper innen sykepleie (Yrkesetiske retningslinjer, 2016). Deltakerne fortalte at utfordringene med å avdekke smerte og de negative konsekvenser dette kunne ha for pasienten opplevdes som vanskelig. Lindberg og Engstrøm (2011) beskriver at utilstrekkelig smertebehandling som følge av at smerter har blitt oversett kan skape en dårlig følelse av å ikke ha lyktes med å gi pasienten god sykepleie. Dette ble også beskrevet i denne studien. Deltakere fortalte at de heller ønsket å være raus med smertestillende enn å risikere at pasienten hadde smerter. Å lindre lidelse hos pasienten ble således beskrevet som et viktig prinsipp for deltakerne. Samtidig fremkommer det et behov for mer presis smertevurdering for å unngå at pasientens smerter hverken blir underbehandlet eller overbehandlet.

7.1.4 Kompleksitet, tidspress og kunnskap

Ifølge velgjørhetsprinsippet er det en plikt å beskytte pasientene og å handle til deres beste. Ivaretagelse av dette prinsippet kan imidlertid ofte innebære en avveining og balansering mellom nytteverdi, risiko og kostnader (Stubberud, 2015a). Overvåkning av ustabile pasienter og forebygging av livstruende tilstander er en sentral del av intensivsykepleiernes hverdag. Subramanian et al. (2012) peker på at sykepleiere ofte opplever at dette kommer i konflikt med ivaretagelse av pasientens smerte. Kompleksitet i intensivpasientenes tilstand ble også i denne studien beskrevet som årsak til at smerte ble nedprioritert. Overvåkning og tiltak som følge av hemodynamisk ustabilitet eller vurdering av bevissthetsnivå ble ansett som viktigere prioriteringer i ivaretagelsen av pasienten i en kritisk fase. Mangel på tid beskrives i Lindberg og Engstrøm (2011) sitt studie å kunne forårsake utilstrekkelig smertelindring. Tid og tilgjengelige ressurser i avdelingen ble også knyttet til nedprioritering av smerter i denne studien. Høyt arbeidspress kunne føre til manglende planlegging og at

smertevurdering ble glemt. Mangel på tid kunne også føre til at sedasjon ble gitt fremfor analgetika da kortere anslagstid bidro til at stell eller prosedyrer kunne utføres raskere. Deltakerne beskrev at tilstrekkelig tid sammen med pasienten gir bedre forutsetninger for god smertevurdering og behandling. Når dette ikke er mulig som følge av stor arbeidsbelastning kan det føre til en feilaktig tilnærming. Det fremkommer således at tid og bemanning har betydning for å kunne handle til pasientens beste.

Flere studier etterlyser et behov for mer kunnskap om smertevurdering og behandling (Bjørknes & Rustøen, 2012; Wang & Tsai, 2010). Dette sammenfaller med funn i denne studien. Deltakerne beskrev at det ikke alltid ble skilt mellom sedasjon og smertelindring, og at kunnskaper om medikamenters virkning og virketid var varierende. Dette kunne bidra til at pasienter fikk sedasjon i stedet for smertelindring, eller at smertestillende medikamenter ikke fikk nok tid til å virke. Randen et al. (2013) beskriver i sitt studie at sykepleierne ofte vurderte uro og grimasering som tegn på undersedering, mens smerter, angst og delirium ble undervurdert. På den annen side viser flere studier at implementering av smertevurderingsverktøy førte til mindre bruk av sedativer, og bedre smertelindring ved prosedyresmerter (Chanques et al., 2009; Georgiou et al., 2015). Deltakerne i denne studien beskrev imidlertid utfordringer knyttet til varierende kunnskap om analgetika og sedasjon til tross for at smertevurderingsverktøy var implementert på en av avdelingene. I retningslinjene anbefales det å praktisere analgosedasjon. Dette innebærer at det alltid må gis tilstrekkelig smertelindring først og deretter sedasjon hvis nødvendig (Barr et al., 2013).

7.1.5 Subjektiv vurdering og holdninger

Smerte er alltid subjektivt og derfor er målet en mest mulig presis vurdering av pasientens subjektive opplevelse (Barr et al., 2013). Det er her smertevurderingsverktøy skal komme til sin rett beskriver deltakerne, men forteller videre at det ikke alltid blir brukt. Det er en kjent problemstilling at sykepleiere ofte vurderer smerter utfra sin egen subjektive oppfattelse (Randen et al., 2013). Det fremkommer også i denne studien at subjektiv vurdering og holdninger hos den enkelte intensivsykepleier påvirker smertevurdering og behandling. Deltakere forteller om hvordan den samme observasjonen kan føre til ulike konklusjoner som følge av dette. Ulik vurdering og

praksis med smertevurdering oppfattes som en utfordring. Samtidig hevdes det at mange av symptomene pasientene faktisk har, kan ha ulike årsaker og at dette også er en forklaring på ulike tolkninger. Det ble også beskrevet at sykepleiere vurderte pasientene ulikt på bakgrunn av ulike holdninger til smerter generelt. Ikke alle sykepleiere anser smertebehandling som like viktig, og oppfattelsen av hvor mye smerte pasientene bør tolerere kan føre til ulik tilnærming.

Ifølge McCormack og McCance (2010) påvirkes kommunikasjonen mellom enkeltmennesker mye av hva vi vet om dem som mennesker. Denne kunnskapen vil påvirke hva og hvordan noe blir formidlet og hvilke strategier som brukes. Dette er overførbart også når evnen til verbal kommunikasjon er svekket. Tolkningen av non-verbal kommunikasjon vil også kunne påvirkes av intensivsykepleiernes forforståelse og holdninger til pasienten. Deltakerne i denne studien beskrev at holdninger til ulike pasientgrupper kunne påvirke smertebehandlingen. Det fremkom at noen pasientgrupper ble ansett å ha en generelt høyere status enn andre. Dette kunne øke fokuset på smerter. Samtidig ble det beskrevet at andre pasientgrupper var mer utsatt for negative holdninger og mangelfull smertebehandling. Rusmisbrukere ble spesielt trukket frem i denne forbindelse, og mange beskrev både egne og andres holdninger til rusmisbrukere som en utfordring. I møte med disse pasientene fremkommer det at innsikt i tidligere sykdomshistorie ikke nødvendigvis fører til en mer personsentrert smertebehandling slik det blir hevdet å gjøre i møte med andre pasienter. Fordommer mot rusmisbrukere blant helsepersonell er en barriere for god smertebehandling. Innsikt og bevissthet rundt dette er viktig for å redusere faren for at negative holdninger påvirker smertebehandlingen (Dunn & Neuman, 2012). Betydningen av bevissthet knyttet til egne fordommer for i større grad kunne starte med «blanke ark» i møtet med rusmisbrukere ble også understreket av deltakerne i denne studien. Samtidig fremkom et behov for mer kunnskap om smertebehandling til rusmisbrukere.

7.2 Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med systematisk smertevurdering og smertevurderingsverktøy?

I studien fremkom det at deltakerne var godt kjent med NRS, men opplevde den som vanskelig å bruke til pasienter med nedsatt verbal kommunikasjon. CPOT var kjent for den ene fokusgruppen, men ble i varierende grad brukt. Klinisk vurdering ble tillagt stor betydning. Deltakerne fortalte at systematisk smertevurdering av pasienter uten mulighet til selvrapportering ikke var en integrert del av hverdagen.

7.2.1 Kartleggingsverktøy og klinisk vurdering

En hovedutfordring i smertebehandling av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt er at identifisering av smerte ikke utføres raskt og presist nok. Smerte er subjektivt og kan være vanskelig å måle uten smertevurderingsverktøy fordi variasjon i hvordan vurderingene utføres kan føre til en lite konsekvent eller mangelfull smertelindring (Subramanian et al., 2012). Usikker smertevurdering som følge av utfordringer med å skille tvetydige symptomer ble mye diskutert i fokusgruppene. Spesielt ble det beskrevet utfordringer med å skille smerte, angst, redsel og forvirring. Dette er en utfordring som også beskrives i andre studier (Lindberg og Engstrøm 2011, Wøien og Bjørk, 2013). Systematisk smertevurdering kan gjøre det lettere å vurdere og skille symptomene slik at behandlingen blir mer optimal (Georgiou et al., 2015; Wøien & Bjørk, 2013). Deltakerne i denne studien beskrev imidlertid veldig like utfordringer og usikkerhet knyttet til tvetydige symptomer uavhengig av om smertevurderingsverktøy ble benyttet eller ikke. Det ble hevdet at observasjoner som ble gjort for å identifisere smerter var de samme før smertevurderingsverktøy ble innført og dette skapte en usikkerhet til nytteverdi. Rose et al. (2011) beskriver også at kartleggingsverktøy ikke blir brukt som følge av liten tillit til at det kan bidra til mer presis smertevurdering. Synlig smerte i form av for eksempel et operasjonssår og allerede oppstått smerteproblematikk ble imidlertid trukket frem av deltakerne i denne studien fordi det økte fokuset på smerter. Smertevurderingsverktøy ble ansett som mer nyttig og ble hyppigere brukt når pasientens smerte allerede var identifisert. Tvilen til verktøyets nytteverdi ble således først og fremst knyttet til selve identifiseringen av smertene.

Bruk av smertevurderingsverktøy kan bidra til en mer standardisert og systematisk smertevurdering (Gélinas, 2010). Deltakerne fortalte at de anså nettopp dette som et viktig argument for å ta i bruk smertevurderingsverktøy. Det ble beskrevet et ønske om, og et behov for likere vurdering og systematikk. Dette ble ansett å kunne bidra til bedre utfall for pasienten. På den annen side ble det også beskrevet motvilje og skepsis. I forbindelse med at deltakerne beskrev positive sider ved smertevurderingsverktøy ble det i begge gruppene lagt vekt på at magesfølelsen ikke må undervurderes. Deltakerne ga uttrykk for at de stolte mer på egen vurdering, erfaring og intuisjon. Dette ble beskrevet som en årsak til at smertevurderingsverktøyene settes til side. Forfatterne opplevde at deltakernes intuisjon og erfaring ble trukket frem som om smertevurderingsverktøy ble ansett som en konkurrent og erstatning for denne. Samtidig ble det hevdet at smertevurderingsverktøy også kunne sees på som en systematisk, skjematisk vurdering av magesfølelsen og som et mulig supplement til egen klinisk vurdering. Motvilje til å ta i bruk smertevurderingsverktøy som følge av større tiltro til egen klinisk dømmekraft beskrives også i Wøien og Bjørk (2013) sitt studie. På den annen side fremkommer det også at sykepleierne ikke opplevde at verktøyet begrenset deres kliniske vurdering når de først hadde tatt det i bruk (Wøien & Bjørk, 2013).

7.3 Hvilke forutsetninger og rammer kreves for at en intensivsykepleiergruppe mestrer å ta i bruk smertevurderingsverktøy?

Et underliggende funn i studien er ambivalensen deltakerne beskrev både knyttet til smertevurdering av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt og til smertevurderingsverktøy. Dette var fremtredende i fokusgruppene og i beskrivelsene til de enkelte deltakerne. Slik forfatterne ser det kan denne ambivalensen være en barriere når målet er å oppnå en felles forståelse og praksis fordi den medfører at ikke alle har den samme motivasjonen. I det følgende diskuteres aspekter som ble beskrevet å kunne bidra til en slik ambivalens. Overbevisning om klinisk nytteverdi, tverrfaglig samarbeid og ivaretagelse av profesjonell autonomi framkom som viktige fokusområder for å oppnå at smertevurderingsverktøy i større grad blir brukt. Betydningen av

smertevurderingsverktøy for oppnåelsen av en mer personsentrert tilnærming vil også bli diskutert.

7.3.1 Behov for overbevisning om klinisk nytteverdi

I implementering av forskningskunnskap er det en forutsetning at de ansatte får tilstrekkelig kunnskap om og innsikt i forskningens kliniske nytteverdi (Sandvik, 2011). Deltakerne i denne studien understreket at å ta i bruk smertevurderingsverktøy krever at alle er overbevist om at det faktisk utgjør en forskjell for pasientene. Deltakerne anså god smertevurdering som viktig, men samtidig manglet mange en grunnleggende overbevisning om at smertevurderingsverktøy kan bidra til bedre smertevurdering, behandling og utfall. Studien viser at det fremdeles er et behov for kunnskap om ny og evidensbasert forskning vedrørende bruk av smertevurderingsverktøy. Deltakerne ga uttrykk for at de ønsket denne kunnskapen fordi det gir en større motivasjon til ta det i bruk sammenliknet med å utføre noe på bakgrunn av forventning eller plikt. Behovet for faglig oppdatering sammenfaller med flere andre studier (Bjørknes & Rustøen, 2012; Ista et al., 2012; Subramanian et al., 2012; Wang & Tsai, 2010).

Det finnes mye forskningsmateriell som gir innsikt i smertevurderingsverktøys kliniske nytteverdi for pasienten. Det er viktig at slikt forskningsmateriell er lett tilgjengelig for intensivsykepleierne for å bidra til økt bakgrunnskunnskap. Ved implementering av forskningsbasert kunnskap bør det tilrettelegges i avdelingen ved at det settes av tid til faglig oppdatering. Det bør også sørges for tilgang til databaser og tidsskrifter, samt opplæring i å søke etter forskning. Samtidig er det nødvendig med opplæring og trening i å lese og forstå forskning (Sandvik, 2011). På den annen side understrekes det i de Yrkesetiske retningslinjer (2016) at sykepleiere også har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Sykepleie skal i tillegg til erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap også bygge på forskning (Yrkesetiske retningslinjer, 2016). Når deltakerne i denne studien etterlyser mer forskningsbasert kunnskap om nytteverdi, har de også et ansvar selv for å holde seg faglig oppdatert og til å bruke denne kunnskapen i praksis.

7.3.2 Tverrfaglig samarbeid

Mangelfullt tverrfaglig samarbeid beskrives som en barriere for vellykket implementering, og det etterlyses mer forskning på hvordan smertevurderingsverktøy kan integreres i det tverrfaglige teamet. Det beskrives som en utfordring at smertevurderingsverktøy hovedsakelig implementeres i sykepleiergruppen (Gélinas, 2016; Subramanian et al., 2012). Bruk av CPOT har vist å kunne bidra til bedre kommunikasjon mellom sykepleierne, men utfordringene knyttet til kommunikasjon i det tverrfaglige teamet er fremdeles store (Gellinas, 2014). I denne studien fremkom det et behov og et ønske om bedre tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon rundt smertevurdering og behandling. Deltakerne pekte på at et verktøy kan være nyttig for å oppnå dette da det kan bidra til en felles plattform og et felles språk. I fokusgruppen som hadde kjennskap til CPOT var det usikkerhet knyttet til hvorvidt legene brukte dette. I begge gruppene beskrev deltakerne at leger og sykepleiere forholder seg ulikt til pasientens smerte. Samtidig beskrives det at en del av utfordringen også handler om hvordan sykepleierne formidler sine observasjoner til legene. Sykepleiernes beskrivelse av pasientens smerter kan fremstå som synsing når ikke kommunikasjonen er konkret nok.

Deltakerne understreket at en vellykket implementering krever at alle er med og at fokuset på smertevurdering blir likere. Dette sammenfaller med tidligere studier som konkluderer med at bedre samhandling og overenstemmelse i det tverrfaglige teamet er nødvendig for å oppnå et felles grunnlag for smertevurdering og beslutningstaking. Retningslinjer og algoritmer bør tas i bruk og vurderes regelmessig av hele teamet (Gélinas, 2016; Subramanian et al., 2012). Se eksempel på algoritme i vedlegg 3. Et felles perspektiv er også en hjørnestein i utviklingen av en personsentrert praksis. Utfordringen oppstår imidlertid når verdier og perspektiver som hevdes å være slike hjørnестener ikke stemmer overens med det som utføres i praksis (McCormack & McCance, 2010).

7.3.3 Profesjonell autonomi

Profesjonell autonomi er ansett som en viktig faktor for sykepleieres trivsel på jobb. Begrepet er knyttet til graden av ansvar, selvstendighet og påvirkning (McCormack &

McCance, 2010). Deltakerne opplevde at de stadig ble pålagt å bruke nye kartleggingsverktøy og skjemaer. Dette ble beskrevet som en belastning. Deltakerne fortalte på den ene siden at plikt og påminnelser er nødvendig for å oppnå etterlevelse. På den annen side reduserte mangelen på overbevisning om nytteverdi motivasjonen til å bruke verktøyet. Tildeling av oppgaver på bakgrunn av plikt kan slik forfatterne ser det oppfattes som en trussel mot den profesjonelle autonomien hvis kartleggingsverktøyet oppleves som en erstatning for den kliniske vurderingen. Deltakerne i studien uttrykte at de stolte mer på sine egne vurderinger, og var usikre på om et smertevurderingsverktøy kunne endre på dette. Økt kunnskap om hvordan smertevurderingsverktøy i stedet kan være et supplement til den kliniske vurderingen og dermed bli en del av den profesjonelle autonomien vil kunne gi en større motivasjon til å velge å ta det i bruk.

Systematisk smertevurdering av intensivpasienter ansees som en markør for god klinisk praksis (Georgiou et al., 2015; Radtke et al., 2012). Wøien og Bjørk (2013) beskriver at det er mulig å finne en balanse mellom klinisk vurdering og bruk av smertevurderingsverktøy; det ene utelukker ikke det andre. I deres studie beskrives det at intensivsykepleierne fremdeles brukte sin kliniske vurdering og erfaring i stor grad, men i kombinasjon med smertevurderingsverktøyet. Dette bidro til å fange opp flere nyanser og å lettere kunne skille mellom smerte, angst og forvirring. Det beskrives også at bruk av smertevurderingsverktøy bidro til økt bevissthet og refleksjon knyttet til sammenhengen mellom sykepleiernes intervensjon og pasientutfall (Wøien & Bjørk, 2013).

Behovet for annerkjennelse og involvering i beslutningstaking står sentralt i ivaretagelsen av profesjonell autonomi (McCormack & McCance, 2010). Deltakerne beskrev at for å bli mer involvert i beslutningstaking kreves det at sykepleierne i større grad formidler konkrete og kunnskapsbaserte observasjoner og vurderinger til det tverrfaglige teamet. Det vil være en stor styrke for sykepleieutøvelsen å i større grad kunne argumentere kunnskapsbasert for kliniske avgjørelser (Sandvik et al., 2011). Smertevurderingsverktøy kan bidra til dette ved at sykepleiernes kliniske vurdering

formidles gjennom et felles språk og at vurderingene i større grad knyttes opp mot evidensbasert forskning.

Ivaretagelse av profesjonell autonomi er også viktig i en implementeringsprosess. Ista et al. (2012) beskriver at å fremme deltakelse og mulighet til påvirkning gjennom interaktive undervisningsopplegg er fordelaktig for å øke indre motivasjon og etterlevelse. En vellykket implementering tar tid, og flere studier viser at et forlenget treningsopplegg øker etterlevelse. Dette innebærer gjentatt undervisning og øvelse i å bruke verktøyet, samt veiledning fra ressurspersoner i avdelingen (Ista et al., 2012; Radtke et al., 2012). Påminnelser og oppfølging av ressurspersoner i daglig praksis ble beskrevet som nyttig av deltakerne i studien. Det ble også poengtert at endring av praksis krever at fokuset må opprettholdes over tid.

7.3.4 Personsentrert tilnærming

Den subjektive dimensjonen er kompleks og intensivsykepleierne kan ikke vite sikkert hvordan pasienten opplever den (Connor, 2012). Et mulig aspekt ved ambivalensen som fremkom i studiet kan være forårsaket av en tvil til hvorvidt det er mulig å vurdere pasienters subjektive smerteopplevelse når de ikke kan uttrykke den verbalt. Allikevel bør det i størst mulig grad være et mål å nærme seg den subjektive opplevelsen ved å sette seg inn i pasientens bakgrunnshistorie, samarbeide med pårørende og ivareta en kontinuitet i teamet rundt pasienten (McCormack & McCance, 2010). Å bli behandlet uten mulighet til å medvirke kan bidra til en opplevelse av å ikke ha innflytelse på sitt eget liv eller situasjon (Fredriksen, Grethe Talseth, & Svensson, 2008). Å overse smerter kan bidra til ytterligere tap av autonomi hos pasienter der denne allerede er truet og bidra til en følelse av å ikke bli ivaretatt (Brennan et al., 2007). Samtidig er det en plikt i sykepleieutøvelsen å fremme pasientens integritet, verdighet og retten til medbestemmelse (Yrkesetiske retningslinjer, 2016). I følge McCormack og McCance (2010) er bevissthet rundt egne verdier og holdninger og evne til å se pasienten som et enkeltmenneske helt nødvendig for å oppnå dette. Samtidig hviler ikke alt ansvar på de profesjonelle forutsetningene til den enkelte. Teamet må også jobbe sammen på grunnlag av felles verdier og perspektiver. Dette forutsetter at omgivelsene

tilrettelegges og organiseres på en måte som gir rom for innovasjon, og der ledelsen er utviklende og støttende (McCormack & McCance, 2010).

En personsentrert tilnærming innebærer å jobbe kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert praksis handler om innsikt i pasientens ønsker og behov, kunnskap om evidensbasert forskning, evne til kritisk refleksjon, erfaring og ferdigheter (McCormack & McCance, 2010). En slik tilnærming bør være målet, også i smertevurderingen av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt, for å fange opp smerter tidligere og redusere omfanget av dem. Bruk av adferdsbaserte smertevurderingsverktøy kan sammen med en helhetlig og personsentrert tilnærming bidra til å komme nærmere pasientens subjektive opplevelse (Gélinas, 2016; McCormack & McCance, 2010; Sessler & Varney, 2008). Litteraturgjennomgangen viser at å bruke et validert adferdsbasert smertevurderingsverktøy er et viktig bidrag til kvalitetssikring i smertebehandlingen og forbedret utfall for intensivpasientene (Barr et al., 2013; Georgiou et al., 2015; Pandharipande, 2016).

8 Konklusjon

Denne studien har ved hjelp av kvalitativ metode belyst intensivsykepleieres opplevelser med smertevurdering av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt, samt erfaringer med systematisk smertevurdering og smertevurderingsverktøy. Studien viser at intensivsykepleiere har en helhetlig tilnærming til smertevurdering. Samtidig fremkom det at systematisk smertevurdering og bruk av smertevurderingsverktøy ikke var en integrert del av hverdagen. Smerte ble identifisert gjennom observasjon av de samme adferdsområdene som i CPOT, men kartleggingsverktøy ble benyttet kun i enkelte sammenhenger. Utfordrende smertevurdering ble knyttet til sedasjon og tvetydige non-verbale signaler. Samtidig ble smertevurderingen utfordret av ulike prioriteringer. Pasientens komplekse helsetilstand, tidspress, ulike kunnskaper, subjektive vurderinger og holdninger medførte at pasientens smerte ble vurdert og prioritert forskjellig. Smertevurderingsverktøy ble ansett å kunne bidra til mer objektiv vurdering og systematikk, men det var knyttet usikkerhet til nytteverdien i identifiseringen av smerte.

Det fremkom et behov for økt kunnskap om smertebehandling, samt sammenheng mellom bruk av smertevurderingsverktøy og pasientutfall. Overbevisning om nytteverdi for pasienten kan gi en større motivasjon til å ta i bruk et verktøy, og det etterlyses mer kunnskapsbasert argumentasjon for å oppnå dette. Det fremkom også et behov for kunnskap om og innsikt i smertevurderingsverktøys nytteverdi som supplement til intensivsykepleiernes vurdering, erfaring og intuisjon. Det tverrfaglige teamet bør i større grad involveres i implementering av smertevurderingsverktøy da felles perspektiv og praksis beskrives som viktig for kommunikasjon og etterlevelse. Samtidig må fokus opprettholdes over tid med påminnelser og veiledning for å oppnå automatikk.

9 Litteraturliste

- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., . . . Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 41(1), 263. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72
- Bjørknes, G., & Rustøen, T. (2012). Smertevurdering av sederte pasienter på respirator. *Sykepleien Forskning*, 7(1), 32-39. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0022
- Brennan, F., Carr, D. B., & Cousins, M. (2007). Pain Management: A Fundamental Human Right. *Anesthesia & Analgesia*, 105(1), 205-221. doi: 10.1213/01.ane.0000268145.52345.55
- Chanques, G., Payen, J.-F., Mercier, G., Lattre, S., Viel, E., Jung, B., . . . Jaber, S. (2009). Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale.(Author abstract). *Intensive Care Medicine*, 35(12), 2060. doi: 10.1007/s00134-009-1590-5) contains supplementary material, which is available to authorized users.
- de Jong, A., Molinari, N., de Lattre, S., Gniadek, C., Carr, J., Conseil, M., . . . Chanques, G. (2013). Decreasing severe pain and serious adverse events while moving intensive care unit patients: a prospective interventional study (the NURSE-DO project). *Critical care (London, England)*, 17(2), R74. doi: 10.1186/cc12683
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet 21.04.2016, fra <https://www.etikkom.no>
- Dunn, D., & Neuman, J. (2012). How substance abuse impacts pain management in acute care. *Nursing*, 42(8), 66.
- Fredriksen, S.-T. D., Grethe Talseth, A., & Svensson, T. (2008). Body, strength and movementintensive care patients experience of body. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 2008, Vol.3(2), p.77-88, 3(2), 77-88. doi: 10.1080/17482620701788768
- Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere, N. (2002). Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere.
- Gélinas, C. (2010). Nurses' Evaluations of the Feasibility and the Clinical Utility of the Critical-Care Pain Observation Tool. *Pain Management Nursing*, 11(2), 115-125. doi: 10.1016/j.pmn.2009.05.002
- Gélinas, C. (2016). Pain assessment in the critically ill adult: Recent evidence and new trends. *Intensive & Critical Care Nursing*, 34, 1-11. doi: 10.1016/j.iccn.2016.03.001
- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Vaillant, F., & Desjardins, S. (2011). Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), 1495-1504. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.03.012

- Gelinas, C., & Johnston, C. (2007). Pain assessment in the critically ill ventilated adult: Validation of the critical-care pain observation tool and physiologic indicators (B. 9, s. 175-175).
- Gelinas, C., Ross, M., Boitor, M., Desjardins, S., Vaillant, F., & Michaud, C. (2014). Nurses' evaluations of the CPOT use at 12-month post-implementation in the intensive care unit. *Nurs Crit Care*, 19(6), 272-280. doi: 10.1111/nicc.12084
- Georgiou, E., Hadjibalassi, M., Lambrinou, E., Andreou, P., & Papathanassoglou, E. D. E. (2015). The impact of pain assessment on critically ill patients' outcomes: A systematic review.(Clinical report). doi: 10.1155/2015/503830
- 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
- Gulbrandsen, T. (2015). Smertelindring. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg. utg., s. 180-202). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- International association for the study of pain, I. (1994). *Taxonomy. Pain terms*. Hentet 07.04.2017, fra <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>
- Ista, E., van Dijk, M., & van Achterberg, T. (2012). Do implementation strategies increase adherence to pain assessment in hospitals? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.003
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lerdal, A., & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 3(3), 172-175. doi: 10.4220/sykepleienf.2008.0036
- Lindberg, J.-O., & Engström, Å. (2011). Critical Care Nurses' Experiences: "A Good Relationship with the Patient is a Prerequisite for Successful Pain Relief Management". *Pain Management Nursing*, 12(3), 163-172. doi: 10.1016/j.pmn.2010.03.009
- Lyneham, J., Parkinson, C., & Denholm, C. (2008). Intuition in emergency nursing: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Practice*, 14(2), 101-108. doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.00672.x
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *Online journal of issues in nursing*, 16(2), 1.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing : theory and practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- McGrath, M. (2008). The challenges of caring in a technological environment: critical care nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 17(8), 1096-1104. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02050.x
- Norsk sykepleieforbunds Landsgruppe av intensivsykepleiere. (2006). *Definisjoner*. Hentet 18.01.2017, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/125357/270500/Definisjoner>
- Norsk sykepleierforbunds landsforening av intensivsykepleiere. (2006). *Definisjoner*. Hentet 10.02.2017, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/125357/270500/Definisjoner>

- Olsen, B. F., Rustøen, T., Sandvik, L., Jacobsen, M., & Valeberg, B. T. (2016). Results of implementing a pain management algorithm in intensive care unit patients: The impact on pain assessment, length of stay, and duration of ventilation. *Journal of Critical Care*, 36, 207-211. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.07.011
- Olsen, B. F., Rustøen, T., Sandvik, L., Miaskowski, C., Jacobsen, M., & Valeberg, B. T. (2015). Implementation of a pain management algorithm in intensive care units and evaluation of nurses' level of adherence with the algorithm. *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care*, 44(6), 528-533. doi: 10.1016/j.hrtlng.2015.08.001
- Pandharipande, P. M. G., Stuart. (2016). *Pain control in the critically ill adult patient*. Hentet 18.01.2017, fra <https://www.uptodate.com/contents/pain-control-in-the-critically-ill-adult-patient>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Pretz, J. E., & Folse, V. N. (2011). Nursing experience and preference for intuition in decision making. *Journal of Clinical Nursing*, 20(19-20), 2878-2889. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03705.x
- Puntillo, K. A., Max, A., Timsit, J.-F., Vignoud, L., Chanques, G., Robleda, G., . . . Azoulay, E. (2013). Determinants of Procedural Pain Intensity in the Intensive Care Unit: The Europain Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 131126070246006. doi: 10.1164/rccm.201306-1174OC
- Radtke, F., Heymann, A., Franck, M., Maechler, F., Drews, T., Luetz, A., . . . Spies, C. (2012). How to implement monitoring tools for sedation, pain and delirium in the intensive care unit: an experimental cohort study. *Intensive Care Medicine*, 38(12), 1974-1981. doi: 10.1007/s00134-012-2658-1
- Randen, I., Lerdal, A., & Bjork, I. T. (2013). Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients. *Nurs Crit Care*, 18(4), 176-186. doi: 10.1111/nicc.12012
- Rijkenberg, S., Stilma, W., Endeman, H., Bosman, R. J., & Oudemans-van Straaten, H. M. (2015). Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical-Care Pain Observation Tool. *Journal of Critical Care*, 30(1), 167-172. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.09.007
- Rose, L., Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., Fraser, M., Pinto, R., . . . Watt-Watson, J. (2011). Survey of assessment and management of pain for critically ill adults. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(3), 121-128. doi: 10.1016/j.iccn.2011.02.001
- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sandvik, G. K., Stokke, K., & Nortvedt, M. W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbaser praksis i sykehus? *Sykepleien Forskning*, 6(2), 158-165. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0098
- Sessler, C. N., & Varney, K. (2008). PATient-focused sedation and analgesia in the icu*. *Chest*, 133(2), 552-565. doi: 10.1378/chest.07-2026
- Siffleet, J., Young, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2007). Patients' self-report of procedural pain in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11), 2142-2148. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01840.x

- Storsveen, A.-M., & Hall-Lord, M.-L. (2016). CPOT – verktøy for smertevurdering av intensivpasienter. *Sykepleien Forskning*(59668), e. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.59668
- Stubberud, D.-G. (2015a). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg. utg., s. 43-76). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2015b). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg. utg., s. 29-42). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2015c). Pasientens psykososiale behov. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg. utg., s. 77-123). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Subramanian, P., Allcock, N., James, V., & Lathlean, J. (2012). Challenges faced by nurses in managing pain in a critical care setting. *J Clin Nurs*, 21(9-10), 1254-1262. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03789.x
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thorqu Coast, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Wang, H. L., & Tsai, Y. F. (2010). Nurses' knowledge and barriers regarding pain management in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3188-3196. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03226.x
- Wøien, H., & Bjørk, I. T. (2013). Intensive care pain treatment and sedation: nurses' experiences of the conflict between clinical judgement and standardised care: an explorative study. *Intensive & critical care nursing*, 29(3), 128. doi: 10.1016/j.iccn.2012.11.003
- Wøien, H., Værøy, H., Aamodt, G., & Bjørk, I. T. (2014). Improving the systematic approach to pain and sedation management in the ICU by using assessment tools. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11-12), 1552-1561. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04309.x
- Yrkesetiske retningslinjer. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [Rev. utg.]. Hentet 26.04.2017, fra www.nsf.no

Vedlegg 1

Den norske versjonen av CPOT

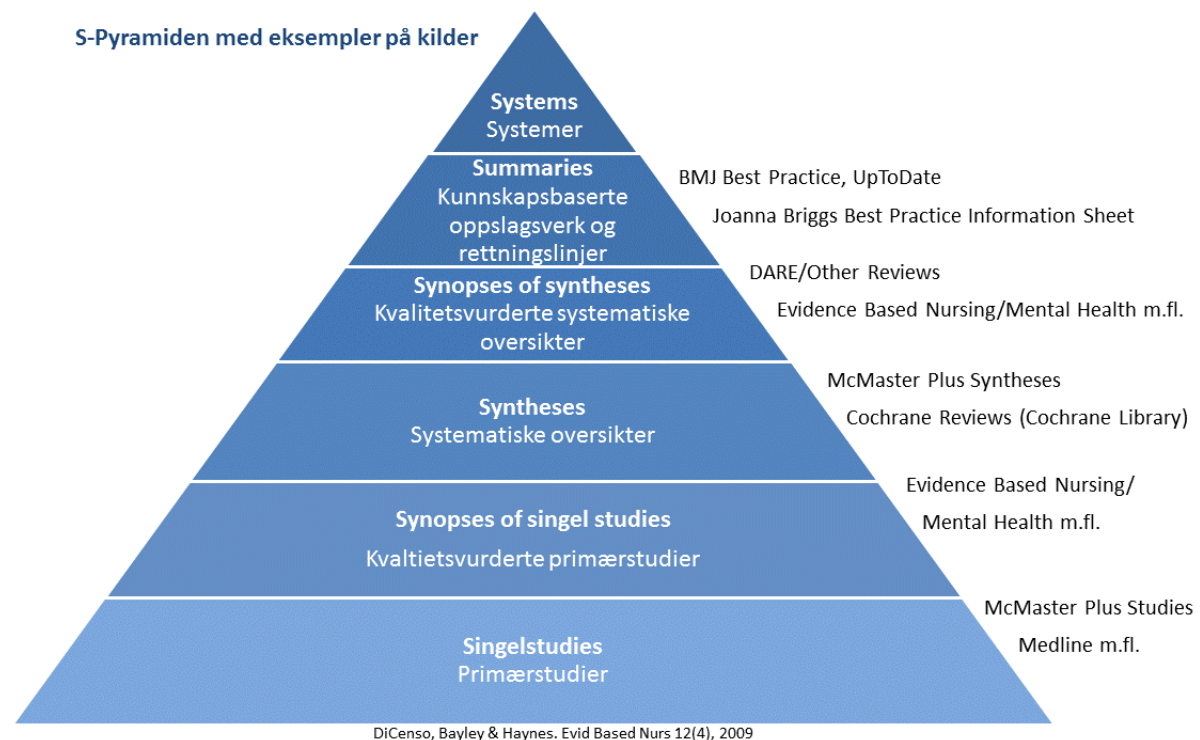
The Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K. A., Viens, C., & Fortier, M. (2006). Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in adult patients. <i>American Journal of Critical Care</i> , 15 (4), 420-427.			
Tegn	Skår		Beskrivelse
Ansiktsuttrykk	Avslappet, nøytralt	0	Ingen observerte muskelspenninger
	Anspent	1	Rynker pannen, rynker øyebrynene, kniper litt med øynene og trekker opp overleppen, eller enhver annen endring (for eksempel åpner øynene eller har tåreflod under nociseptive prosedyrer)
	Grimaserende	2	Samtlige foregående ansiktsbevegelser, i tillegg kniper øynene hardt igjen (pasienten kan ha munnen åpen eller bite på endotrakealtuben)
Kroppsbvegelser	Ingen eller normale	0	Beveger seg ikke i det hele tatt (betyr ikke nødvendigvis fravær av smerte) eller normale bevegelser (har ikke bevegelser rettet mot smerteområdet eller bevegelser som har til hensikt å beskytte)
	Beskyttende	1	Langsomme, forsiktige bevegelser, berører eller gnir på det smertefulle området, søker oppmerksomhet gjennom bevegelse
	Rastløse eller agiterte	2	Drar i endotrakealtuben, forsøker å sette seg opp, beveger ekstremiteter, slår om seg, følger ikke oppfordringer, slår etter personalet, forsøker å klatre ut av sengen
Samarbeid med respiratoren Intubert pasient	Tolererer respiratoren (eller bevegelser)	0	Alarmer utløses ikke, lett å ventilere
	Hoster men tolererer	1	Hoster, utløste alarmer opphører spontant
	Motarbeider respiratoren	2	Asynkroni, blokkerer ventilasjonen, alarmer utløses hyppig
eller			
Stemmebruk Ikke intubert pasient	Snakker i normalt toneleie eller er stille	0	Snakker i normalt toneleie eller er stille
	Sukker, stønner eller jamrer seg	1	Sukker, stønner eller jamrer seg
	Skriker ut, gråter høylytt eller hulker	2	Skriker ut, gråter høylytt, eller hulker
Muskelspenning Bedømmes ved passiv fleksjon og ekstensjon av overekstremitetene i hvile eller når pasienten blir snudd	Avslappet	0	Ingen motstand ved passive bevegelser
	Anspent eller stiv	1	Motstand ved passive bevegelser
	Meget anspent eller stiv	2	Sterk motstand ved passive bevegelser eller er ikke i stand til å fullføre dem

Norsk oversettelse januar 2014 ved A-M Storsveen intensivsykepleier mastergradstudent, H Berntzen intensivsykepleier

doktorgradstudent, H Wøien intensivsykepleier PhD, Akuttlinikken Oslo Universitetssykehus. Godkjent av C Gélinas, RN PhD

Vedlegg 2

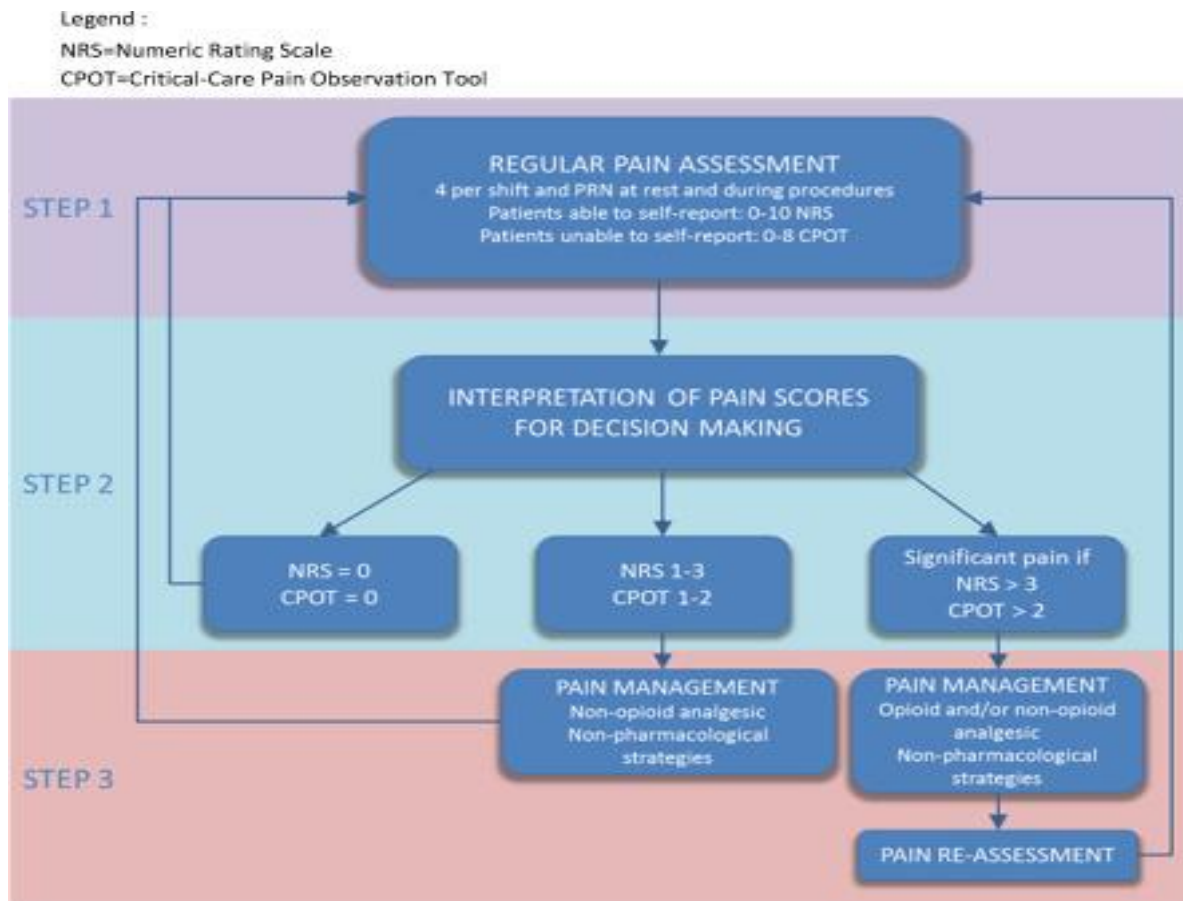
Kunnskapspyramiden



S-pyramiden, 2012. Hentet fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/litteratursok/kildevalg/>

Vedlegg 3

Algoritme for smertehåndtering



Algoritme for smerteintervensjon, hentet fra Gélinas, C.(2016) Pain assessment in the critically ill adult: Recent evidence and new trends.

Vedlegg 4

Matrise fra analysen

Kategori: Prioriteringer

Subkategori 	Nedprioritering	Kunnskap om og praksis med analgetika og sedasjon	Øyet som ser	Holdninger
Kode	Prioritering av andre oppgaver kan føre til manglende oppfølging etter smerterlindring	Kunnskap om medisiners virkning og virketid	Smertevurdering avhenger av øyet som ser	Sykepleiere som har en dårlig dag kan gjøre det vanskelig for pasienten
Kode	Annen terskel for smertelindring når pasientens våkenhetsgrad skal vurderes	Manglende planlegging og kunnskap om smertestillende	Individuell og ulik vurdering	Sykepleiere som har en dårlig dag og er av typen som ikke tenker at det er så farlig
Kode	Smerte hos pasienter der smertestillende tas bort for å vekke og vurdere skade	Forveksler analgetika og sedasjon	Smertebehandling gjøres på bakgrunn av sykepleieres ulike og individuelle vurderinger uten skåringsverktøy	Sykepleiers holdninger overfor pasienten
Kode	Smertestillende kan kamuflere symptomer på alvorlige tilstander	Bruker sedasjon mot ubehag som antas å ikke ha utspring i smerte	Ulik og usikker vurdering av samme observasjon	Forskjellige holdninger hos sykepleiere og holdninger til ulike pasientgrupper
Kode	Smerte er ikke førsteprioritet	Smerter må vurderes før sedasjon	Ulik og inkonsekvent smertevurdering der samme observasjon kan gi ulike konklusjoner	Toraxkirurgi og traumepasienter har høyere status
Kode	For lite tid til smertevurdering fordi andre oppgaver blir prioritert	Varierende praksis med smertelindring og sedasjon	Ulik tankegang og synsing	Dårlige holdninger til rusmisbrukere fører til utilstrekkelig smertelindring

Intervjuguide for mastergradsprosjektet:

«Hvordan opplever intensivsykepleiere å vurdere smerter hos pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt?».

En kvalitativ studie av intensivsykepleieres opplevelser og erfaringer med smertevurdering og smertevurderingsverktøy.

Tema 1: intensivsykepleiernes erfaringer og opplevelser med smertevurdering

- Hvordan opplever dere å smertevurdere pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt?
- Hvordan vurderer dere om pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt har smerter?
- Opplever dere at pasientene bli tilstrekkelig smertevurdert? Kan dere utdype?
- Hva anser dere som utfordrende med smertevurdering?
- Kan dere beskrive noen eksempler på god smertevurdering?
- Kan dere beskrive noen eksempler på ufullstendig smertevurdering?

Tema 2: erfaringer med systematisk smertevurdering og smertevurderingsverktøy

- Hvilke erfaringer har dere med systematisk smertevurdering av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt?
- Blir pasientene smertevurdert systematisk? Hvordan? Hvor ofte? Positive og negative erfaringer med hvordan smertevurderingen gjøres?
- Hvilke erfaringer har dere med bruk av smertevurderingsverktøy?
- Hva tenker dere er/kan være positivt ved å bruke smertevurderingsverktøy? Hva tenker dere er/kan være utfordrende ved å bruke smertevurderingsverktøy?

Tema 3: Hvilke forutsetninger og rammer kreves for å bli en intensivsykepleiergruppe som mestrer å ta i bruk forskningsbasert kunnskap/smertevurderingsverktøy

- Hvordan kan det tilrettelegges for at smertevurderingsverktøy blir brukt?
- Hva kan fremme at det blir brukt? Hva kan hindre at det blir brukt?
- Hva kreves av den enkelte intensivsykepleier for å ta i bruk smertevurderingsverktøy? Hva kreves av intensivsykepleiergruppa? Hva kreves av det tverrfaglige teamet? Hva kreves av avdelingen?
- I hvilken grad tror dere at holdninger hos den enkelte sykepleier påvirker smertevurderingen?
- Hva anser dere som de viktigste faktorene for å lykkes med å implementere smertevurderingsverktøy?

Eventuelt

- Er det andre synspunkter og utfordringer som ikke har kommet frem hittil i intervjuet?

Astrid Danielsen
 Institutt for sykepleievitenskap Høgskolen i Sørøst-Norge
 Grønland 58
 3045 DRAMMEN

Vår dato: 23.12.2016

Vår ref: 50732 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.10.2016. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 22.12.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

50732	<i>Hvordan opplever intensivsykepleiere å vurdere smerter hos pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt? En kvalitativ studie av intensivsykepleieres opplevelser og erfaringer med smertevurdering og smertevurderingsverktøy</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Astrid Danielsen
Student	Anne Hege Kile

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, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

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

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Anne Hege Kile ahkile@hotmail.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 50732

Prosjektet gjennomføres av studentene Anne Hege Kile og Monica Haugen Ekeland.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er greit utformet, men vi ber om at all overstrøket tekst tas bort. I tillegg må setningen om at prosjektet er godkjent av REK fjernes. I stedet kan dere oppgi at studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Vi minner om at det av hensyn til ansattes taushetsplikt, ikke kan fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltpasienter. Vi anbefaler at studentene minner informantene om dette ifm. intervjuet.

Personvernombudet legger til grunn at studentene etterfølger Høgskolen i Sørøst-Norge sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er juni 2017, jf. informasjonsskrivet. Vi har derfor endret dato for prosjektslutt til 30.06.2017. 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

REK sør-øst B har vurdert at prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde (2016/1952).

Vedlegg 7

Søknad om tillatelse til gjennomføring forskningsprosjekt/mastergradsprosjekt.

I forbindelse med vårt masterstudie i intensivsykepleie har vi planlagt et forskningsprosjekt med problemstillingen: "Hvordan opplever intensivsykepleiere å vurdere smerter hos pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt". Dette er en kvalitativ studie av intensivsykepleieres opplevelser og erfaringer med smertevurdering og smertevurderingsverktøy. Vi søker herved om tillatelse til å gjennomføre et fokusgruppeintervju med inntil 8 intensivsykepleiere ved generell intensiv på [REDACTED], [REDACTED]. Vedlegger vår prosjektplan for mer informasjon om bakgrunn, formål og hensikt med prosjektet og valg av metode. Vedlegger også infoskriv til deltakere/informanter samt kopi av søknader til REK og NSD.

Med vennlig hilsen

Monica Ekeland og Anne Hege Kile

Mastergradsstudenter ved Høgskolen i Sørøst Norge

Vedlegg 8

Tillatelse til gjennomføring av forskningsprosjekt/mastergradsprosjekt, sykehus 1

Hei!

14.12.2016

Beklager sent svar. Jeg er for tiden litt indisponert ([REDACTED]), og denne har derfor blitt liggende. [REDACTED] har fått delegert ansvar for å svare denne ut direkte til dere.

[REDACTED]

Avdelingsleder; PO/Intensivavdelingen, Akuttklinikken

Tlf: [REDACTED]

Epost: [REDACTED]

Hei!

14.12.2016

Kontakt meg når du kan, så avtaler vi tid for videre jobbing med dette!

Jeg stiller gjerne!

[REDACTED]

Seksjonsleder; Generell intensiv

PO/Intensivavdelingen, Akuttklinikken

Tlf: [REDACTED]

Epost: [REDACTED]

Vedlegg 9

Tillatelse til gjennomføring av forskningsprosjekt/mastergradsprosjekt, sykehus 2

Hei

09.11.2017

Da har vi hatt en mailrunde i forskningsutvalget som konkluderer med at temaet som er valgt for mastergraden er relevant for [REDACTED].

Lykke til med gradsarbeidet!

Mvh,

[REDACTED]

[REDACTED]

Ass. forskningssjef, [REDACTED]

Professor emeritus dr.med., Universitetet [REDACTED]

Rådgiver, [REDACTED]

Tlf.: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

HVORDAN OPPLEVER INTENSIVSYKEPLEIERE Å VURDERE SMERTER HOS PASIENTER SOM IKKE KAN GI UTTRYKK FOR SMERTER VERBALT»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Formålet med prosjektet er å utforske intensivsykepleieres erfaringer og opplevelser knyttet til smertevurdering av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt, samt erfaringer med systematisk smertevurdering. Denne studien gjennomføres som del av en masteroppgave i intensivsykepleie ved Høgskolen i Sørøst Norge. Du inviteres til å delta i et fokusgruppeintervju for å diskutere forskningsspørsmålene nedenfor. Du har blitt spurt om å delta fordi du er intensivsykepleier og arbeider i 75% eller mer på en intensivavdeling med voksne intensivpasienter.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Dette er et kvalitativt forskningsprosjekt der dataene innhentes ved hjelp av fokusgruppe intervjuer på to forskjellige intensivavdelinger. Dersom du ønsker å delta innebærer det at du blir med i et gruppeintervju bestående av en gruppe på 7-8 intensivsykepleiere fra samme avdeling som deg. Hele intervjuet vil vare i omtrent 1 time. Du bestemmer selv hvor aktiv du ønsker å være under intervjuet. Gruppeintervjuet vil bli foretatt på et egnet møterom. Tid og sted vil bli avtalt med avdelingssykepleier eller fagsykepleier og undertegnede. Intervjuet vil starte med litt informasjon om studien og gjennomgang av samtykkeskjema. Det vil bli spurt om hvor lang erfaring du har med voksne intensivpasienter. Det vil også understrekes at alle deltakere har taushetsplikt ovenfor hverandre. En av de prosjektansvarlige vil intervjuer, mens den andre vil ta notater underveis. Intervjuene vil bli tatt opp på to lydopptakere for å sikre kvalitet på lyden. Hensikten med gruppeintervjuet er gjennom samtale og diskusjon å få belyst så mange sider ved temaet som mulig. Det kan være en fordel å ha tenkt litt igjennom temaet i forkant av intervjuet.

Forskningsspørsmålene som for studien er:

1. Hvordan opplever intensivsykepleiere å smertevurdere pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt?
2. Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med systematisk smertevurdering av pasienter som ikke kan uttrykke smerter verbalt?
3. Hvilke forutsetninger og rammer kreves for å bli en intensivsykepleiergruppe som mestrer å ta i bruk smertevurderingsverktøy?

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Diskusjon og deling av opplevelser og erfaringer med andre intensivsykepleiere kan bidra til refleksjon og å økt bevissthet rundt temaet. Resultater av studien kan bidra til økt innsikt og kunnskap om opplevelser, erfaringer og utfordringer som påvirker intensivsykepleiernes smertevurderinger og områder som bør fokuseres på for å oppnå at pasientgruppen i større grad blir smertevurdert systematisk.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte: Anne Hege Kile, tlf: 92862121 , ahkile@hotmail.no eller Monica Haugen Ekeland, tlf: 94430977, monicaekeland@hotmail.com.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Navn eller andre personidentifiserende data vil ikke bli registrert. Det vil bli registrert hvor lang erfaring du har med voksne intensivpasienter og denne opplysningen vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun de to prosjektansvarlige studenter og veileder som vil ha tilgang til personopplysninger og intervjumaterialet. Lydopptak og intervju-notater vil bli oppbevart innelåst i et skap hjemme hos prosjektansvarlig. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon av studien. Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2017 og alle lydopptak og intervju-notater vil da bli slettet.

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte.

GODKJENNING

Prosjektet ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) den 23/12-16. Prosjektnummer 50732.

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver
