



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave
Prosjekt utland, fagartikkel

Postoperativ smertelindring i Slovenia

Hvilke faktorer kan påvirke sykepleiers utøvelse av postoperativ
smertelindring?

(What factors can influence the nurse's practice of postoperative pain
relief?)

Kull: 2017

Kandidatnummer: 10157

Antall ord: 4855

Sammendrag

Innledning: Ifølge forskning har kunnskapsnivået om smertelindring økt, likevel er utilstrekkelig behandling av postoperative smerter fremdeles et problem i dagens helsetjeneste. Kunnskap, erfaring og tilgjengelige ressurser er faktorer som kan påvirke arbeidet med postoperativ smertelindring ifølge forskningen. I forbindelse med min utvekslingspraksis i Slovenia ønsket jeg å undersøke hvilke faktorer som kan påvirke de slovenske sykepleierne. Jeg undersøker disse faktorene i lys av Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Oppgaven er utført i samarbeid med sykepleierutdanningen ved NTNU og University of Primorska i Slovenia.

Metode: Oppgaven er basert på en kvalitativ metode, med tre semistrukturerte intervjuer og ustrukturerte observasjoner. Disse er gjennomført ved to ulike kirurgiske avdelinger i forbindelse med min utvekslingspraksis i Koper, Slovenia. Ved analyse av dataene er en hermeneutisk metode brukt. Styrker og svakheter ved metoden er diskutert.

Resultat: Mine funn viser at sykepleiernes kunnskap og erfaring ser ut til å påvirke utøvelsen av postoperativ smertelindring. Manglende ressurser i slovensk helsevesen kan være til hinder for å følge opp postoperativ smertelindring tilstrekkelig.

Konklusjon: Det kan se ut til å være et behov for å øke kunnskapen om postoperativ smertehåndtering ytterligere. Personlige og pasientrelaterte erfaringer sykepleieren har med smerter, ser ut til å kunne gi både positive og negative utslag. Manglende ressurser i det slovenske helsevesen en viktig faktor som kan gi konsekvenser for kvaliteten på utøvelsen av sykepleie generelt. Oppsummert er kunnskap, erfaring og tilgjengelige ressurser faktorer som kan påvirke sykepleiers utøvelse av postoperativ smertelindring. Forslag til videre forskning på temaet er beskrevet.

Abstract

Introduction: According to research, the level of knowledge about pain relief has increased, but insufficient treatment of postoperative pain is still a problem in today's health service. Knowledge, experience and available resources is factors that can influence the practice of postoperative pain relief according to research. In connection with my exchange to Slovenia, I wanted to research what factors that can influence the Slovenian nurses. I research these factors in light of the nursing theory by Joyce Travelbee. The assignment is done in collaboration with the nursing education at NTNU and the University of Primorska in Slovenia.

Method: My thesis is based on a qualitative method, with three semi-structured interviews and unstructured observations. These were conducted at two different surgical departments during my exchange in Koper, Slovenia. In the analysis of the data a hermeneutic method is used. The strengths and weaknesses of the method are discussed.

Results: My results shows that the nurses' knowledge and experience appears to influence the practice of postoperative pain relief. Lack of resources in the Slovenian health care system can be an obstacle to practice sufficient postoperative pain relief.

Conclusion: It may appear to be necessary to further increase the knowledge of postoperative pain management. Experiences the nurse has with pain, appears to be making both a positive and a negative outcome. Lack of resources in the Slovenian health care system can be an important factor affecting the quality of nursing in general. Summarized, knowledge, experience and available resources are factors that can influence the nurse's practice of postoperative pain relief. Suggestions for further research on the theme are described.

Introduksjon

Postoperativ smertelindring i Slovenia

Denne oppgaven tar utgangspunkt i mitt utvekslingsopphold i Slovenia, hvor jeg hadde praksis ved to ulike kirurgiske avdelinger. Her fikk jeg erfare en rekke situasjoner hvor postoperativ smertelindring ble utøvd, da dette stod sentralt i sykepleiers funksjon. Etter å ha satt meg inn i forskning på temaet fra ulike land i Europa, kunne jeg konstatere at temaet generelt sett er svært aktuelt i dagens helsetjeneste. Generell postoperativ smertelindring er valgt som tema på bakgrunn av praksisstudier i Slovenia og temaets aktualitet.

Postoperativ smertelindring og sykepleierrollen

Postoperativt oppstår det en akutt betennelsesreaksjon som er kroppens respons på vevsskade, og som igjen utløser akutte smerter (18, s. 125). Akutte smerter utløser en stressreaksjon som blant annet medfører økt hjerterefrekvens, høyere blodtrykk, økt blodsukker, redusert aktivitet i fordøyelseskanalen, og overflatisk og rask ventilasjon (18, s. 132). Det er viktig å behandle de postoperative smertene, for å redusere negative virkninger denne stressreaksjonen kan gi og lindre lidelse (2).

Smerte kan defineres som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse», og er ifølge International Association for Study of Pain alltid subjektiv (2). Smerteopplevelsen er påvirket av en persons tidligere erfaringer i livet, og er derfor individuell og unik (8).

Sykepleieren er ansvarlig for å samle data om, observere, kartlegge og vurdere pasientens smerte, i tillegg til å administrere smertelindrende tiltak og evaluere effekten tiltakene har (2). Internasjonale etiske regler for sykepleiere konstaterer at en av sykepleierens fire mest grunnleggende ansvarsområder er å lindre lidelse (6). Som følge av smertens subjektivitet er det umulig å etterprøve en pasients opplevelse av smerter. Sykepleieren som skal lindre pasientens lidelse, i dette tilfellet smerter, må derfor gi fra seg kontrollen og stole på pasienten (2).

Joyce Travelbee's sykepleieteori

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee understreker at en god relasjon mellom sykepleier og pasient, er en forutsetning for god sykepleiekvalitet, og for å kunne ivareta pasientens behov for sykepleie. Travelbee definerer denne relasjonen som et menneske-til-menneske-forhold (17, s. 178-179). Gjennom utviklingen av denne relasjonen begynner sykepleier etter hvert å se det unike med akkurat denne pasienten. Hvis man ikke utvikler dette forholdet, kan det føre til manglende evne til å se mennesket i pasienten. Dette vil prege omsorgen slik at den blir upersonlig, overflatisk og mekanisk (7). Jeg bruker Travelbee sin teori som sykepleieteoretisk perspektiv gjennom hele oppgaven.

Viktigheten av tilstrekkelig kunnskap om postoperativ smertelindring

Postoperative smerter blir i dag fremdeles underbehandlet til tross for økt kunnskap (16). Postoperativ smertelindring er en utfordrende oppgave hvor sykepleierens kunnskaper, ferdigheter og holdninger til smertebehandling er vesentlig for tilfredsstillende smertelindring av pasienten (2, 16). Studien til Granheim et al. (16) belyser viktigheten av tilstrekkelig kunnskap i arbeidet med postoperativ smertelindring. Funn i studien viser at det er et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling. Studien konkluderer med at dette er en konsekvens av manglende kunnskap, og behov for å styrke kompetansen om smertehåndtering (16). Jeg fant lignende funn i min studie.

Mine informanter uttrykket at rusmisbrukere var mer utfordrende å smertelindre enn andre pasientgrupper. Jeg ønsket derfor å undersøke dette nærmere. Funn i studien til Krokmyrdal og Andenæs (9) viste at sykepleierne ofte opplever omsorg til pasienter med rusproblematikk som ubehagelig. Videre resultater i studien viste at 62% av sykepleierne ikke stolte på disse pasientenes selvrapporterte smerter, og at de ofte hadde et negativt syn på rusmisbruk (9).

Betydningen av sykepleierens erfaringer med smerter

I studien til Mackintosh-Franklin (11) undersøkte de blant annet om sykepleiere med personlig erfaring med smerter utviklet mer empati for pasientenes smerte, og konkluderte med at de fleste ikke gjorde det. Både studien til Mackintosh-Franklin (11) og Bach et al. (1) fant at sykepleiere med lang erfaring på kirurgisk avdeling begynte å se på postoperative smerter som normalt, og noe pasienten måtte akseptere til en viss grad. Dette påvirket dem i arbeidet med postoperativ smertelindring (11, 1). Disse funnene kan belyse en sammenheng mellom sykepleierens personlige og pasientrelaterte erfaring med smerter, og utvikling av empati for pasientens smerteopplevelse.

Tilgjengelige ressurser

Gjennom mitt praksisopphold opplevde jeg at sykepleierne generelt sett hadde få ressurser sammenlignet med Norge. Statistikk fra Eurostat (5) underbygger min opplevelse, og viser at Slovenia har 321,1 sykepleiere per 100 000 innbyggere. Norge derimot, har 1766,6 sykepleiere per 100 000 innbyggere (5). Manglende ressurser kan føre til stress, noe som igjen kan påvirke sykepleiekvaliteten (14). Studien til Starc (14) undersøkte hvordan stress påvirket slovenske sykepleieres kvalitet på utøvelse av sykepleie. Resultatene viste at stress blant annet påvirket sykepleierne til å bli ukonsentrert, umotivert, komme i konflikt med pasienter, og i noen tilfeller feilbehandling (14). Mine informanter uttrykket at manglende ressurser var et hinder for å følge opp postoperativ smertelindring tilstrekkelig.

Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke faktorer som kan påvirke sykepleiers utøvelse av postoperativ smertelindring fra en klinisk kontekst i Slovenia. Jeg skal også undersøke hva som kan påvirke sykepleiernes utøvelse av postoperativ smertelindring til pasientgruppen rusmisbrukere. Min problemstilling er:

Hvilke faktorer kan påvirke sykepleiers utøvelse av postoperativ smertelindring?

Metode

I denne oppgaven har jeg brukt en kvalitativ forskningsmetode. Jeg anså denne som egnet da den tar sikte på å gå i dybden for å få forståelse og innsikt i sykepleiernes tanker om oppgavens tema, samt få frem sammenheng og helhet (3, s. 52-53). Jeg gjennomførte tre semistrukturerte intervjuer ved en kirurgisk avdeling på Izola General Hospital i forbindelse med mitt utvekslingsopphold i Slovenia (3, s. 52). Jeg har også skrevet logg av relevante praksiserfaringer som jeg inkluderer i oppgaven.

Informanter

Informantene i denne oppgaven er et strategisk utvalg, da hensikten med min oppgave krever bestemte kunnskaper eller erfaringer hos informantene (3, s. 74). Informantene er sykepleiere som har erfaring fra eller jobber på en kirurgisk avdeling. To av informantene i studien er kvinner, den siste er mann. Alle har ulik grad av erfaring og forskjellig alder. Bare en av informantene jobber i direkte pasientkontakt. De to andre jobber som avdelingsleder og universitetsansatt ved sykepleierutdanningen. Jeg har med andre ord et variert utvalg av informanter, noe som er en styrke i min studie. I tillegg til å være utdannet sykepleier, ha erfaring fra eller jobbe på en kirurgisk avdeling, var det siste inklusjonskriteriet at de kunne snakke engelsk.

Datasamling

Datasamlingen skulle foregå i en ny kulturell kontekst, noe som krevde refleksjon rundt kultursensitivitet gjennom hele arbeidet med oppgaven. Magelssen (12) definerer kultur som «de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av et samfunn». Intervjuer og informant har ulik kulturell bakgrunn som følge av å vokse opp i ulike samfunn, noe som krever bevissthet da det vil påvirke både intervjuer og informant i møte med hverandre (13).

I forkant av intervjuene hadde jeg utformet en intervjuguide som ble godkjent av veileder (vedlegg nr. 3). Intervjuguiden ble utformet som hjelp til å huske temaene som skulle tas opp og ble kun brukt veiledende. Informant fikk under intervjuet uttrykke seg fritt uten avbrytelser, og spørsmål ble utformet underveis etter hvilke svar informanten ga (3, s. 78). To av intervjuene fant sted ansikt til ansikt, med kun informant og intervjuer til stede på et lukket rom. Det siste intervjuet ble gjennomført over skype. Varigheten var på ca. 30 minutter.

Under min utvekslingspraksis skrev jeg logg fra to kirurgiske avdelinger som jeg trekker inn i oppgaven. Dette er tilfeldige og ustrukturerte observasjoner, noe som kjennetegner en kvalitativt orientert metode (3, s. 53).

Analyse og tolkning

Som intervjuer og observatør forsøkte jeg å være bevisst min forforståelse og at mine kulturelle-, kunnskap- og erfaringsbaserte briller vil påvirke måten jeg fortolker mine forskningsdata. Ved å være bevisst at disse forholdene er ulike hos både intervjuer og informant, kan man unngå inadekvat fortolkning av forskningsdataene (13).

Svarene fra intervjuene ble, med samtykke fra informantene, skrevet ned på pc. Intervjuene foregikk på engelsk som hverken er intervjuer eller informant sitt førstespråk, noe som kan ha ført til misforståelser. Jeg brukte en hermeneutisk metode, som betyr å fortolke, i arbeidet med analysen (3, s. 45-47). Første steg i analyse og tolkning var å lese intervjuene flere ganger, deretter ble dataene tematisert og delt inn i hoved- og undertemaer. I arbeidet med tolkning av dataen, prøvde jeg å finne en mening med det som hadde blitt sagt og deretter åpne for ulike fortolkninger for å få en god analyse (3, s. 87-88).

Etiske betraktninger

Forskningsetiske betraktninger som ble vurdert relevant var anonymitet, samtykke, informasjon om oppgave og rettigheter (10). I forkant av intervjuet ble det gitt informasjon om hensikten med oppgaven, samt delt ut informasjonsskriv som inkluderte informantenes rettigheter (vedlegg nr. 1). Det ble også innhentet skriftlig samtykke til deltakelse (vedlegg nr. 2). Under intervjuet skrev jeg ned svarene fra informantene anonymisert. Disse dataene lagres og brukes konfidensielt til bacheloroppgaven er levert og vurdert, og blir deretter slettet.

Resultater

Alle informantene opplevdes å ha god teoretisk kunnskap om smerter, og var enige om at smerter er en subjektiv opplevelse. Samtidig, sa to av informantene at de i noen tilfeller gjorde egne vurderinger av pasientens smerte. Dette gjaldt spesielt hos pasienter med kjent rusproblematikk, og hos pasienter hvor fysisk uttrykk for smerte og smerterapportering ikke hang sammen. Selv om alle informantene opplevdes å ha god teoretisk kunnskap om smerter, uttrykket en av informantene at det var nødvendig med mer kunnskap omkring dette. Informantene hadde pasientrelaterte og personlige erfaringer med smerter. Mangel på ressurser i det slovenske helsevesen kom frem som hinder for å følge opp postoperativ smertelindring tilstrekkelig. Faktorene som ser ut til å kunne påvirke sykepleierne i utøvelsen av postoperativ smertelindring, kan sammenfattes i tre hovedkategorier:

- 1) Kunnskap
- 2) Erfaring
- 3) Mangel på ressurser

Under presenteres funnene i hver av kategoriene mer utdypende. I arbeidet med analysen oversatte jeg intervjuene, og viser derfor til sitater på norsk. Ved oversetting av intervjuer kan jeg ha feiltolket det informantene sa, noe som kan innebære en svakhet for resultatene.

Kunnskap

På spørsmål om hva informantene vet om smerter og smertelindring, opplevde jeg at alle tre hadde god teoretisk kunnskap om smerter og konsekvensene av det.

«Smertelindring er veldig viktig. Det er et av tegnene på hvordan tilstanden til pasienten er. Smerter er relatert til alt. Det kan være tegn på komplikasjoner».

(sykepleier 1)

Sykepleierne uttrykket at alle opplever smerte ulikt, og at man derfor må stole på pasientens subjektive smerteopplevelse.

«Ja, jeg tror alltid på det pasienten sier fordi vi føler smerte forskjellig. Hvis en pasient sier at han har smerter må du tro på ham».

(sykepleier 1)

En av sykepleierne sier til tross for dette at man må undersøke om pasientens smerterapportering stemmer, ved å se om den samsvarer med fysiske uttrykk for smerte.

«Vanligvis med pasienten som er våken og kan kommunisere gjør du også observasjoner for å se om det er sant eller ikke. Noen ganger hvis du avleder pasienten og du ser at alt er greit så vet du at smerten er mer psykisk».

(sykepleier 3)

Den samme sykepleieren forteller at rusmisbrukere er en pasientgruppe som kan utnytte smertelindring for å oppnå rus. Man må derfor spesielt undersøke om deres smerterapportering stemmer.

«I de fleste tilfeller aksepterer vi det pasienten sier. Men vi vet at pasienter med rusavhengighet kan utnytte situasjonen for å få mer medisiner enn de trenger».

(sykepleier 3)

En annen sykepleier uttrykker at dersom pasienten rapporterer om store smerter, må man forsikre seg om at det virkelig er så ille. Jeg observerte flere situasjoner hvor sykepleieren gjorde sin egen vurdering av pasientens smerter som var motstridende med det pasienten selv hadde rapportert.

«Du må snakke med og spørre om pasienten er sikker på at smerten virkelig er på 8 eller 9 på NRS-skalaen».

(sykepleier 2)

Selv om sykepleierne opplevdes å ha god teoretisk kunnskap om smerter, var det en sykepleier som uttrykket at det trengs mer kompetanse på området.

«Sykepleiere må være mer bemyndiget til dette emnet. Sykepleierne må ta mer ansvar enn å bare gi medisinene, de må observere, se og snakke med pasienten. Smertelindring er ikke så viktig som det burde være, det er fortsatt underprioritert».

(sykepleier 3)

Erfaringer

Alle informantene hadde pasientrelaterte erfaringer med smerter som omhandlet bivirkninger av medikamenter. Sykepleierne var klar over bivirkninger forbundet med smertelindrende medikamenter, og fortalte om viktigheten av å følge med på dette. En av sykepleierne uttrykket at hun er redd for bivirkninger av medikamenter som følge av erfaring.

«Jeg er redd for bivirkningene av smertelindring. Jeg er også redd for at medisinen kan gå subkutan og gi konsekvenser som ytterligere smerte. Jeg er redd det vil skje komplikasjoner relatert til smertelindring».

(sykepleier 2)

En annen informant forteller at det er viktig å være forberedt på bivirkninger av medikamenter. Han sier også at man ikke må la frykten for bivirkninger av medikamenter hindre tilstrekkelig smertelindring.

«Du må vite om bivirkningene. Jeg er ikke redd, men jeg må være forberedt. Hvis du er redd, kommer du ikke til å gi tilstrekkelig smertelindring til pasientene».

(sykepleier 3)

Personlig erfaring med smerter kan synes å ha en betydning for utøvelsen av postoperativ smertelindring. En sykepleier forteller at hun opplevde å ikke få sine smerter tilstrekkelig behandlet etter en operasjon. Hun uttrykker at dette har gjort henne mer bevisst sine pasienters smerter i senere tid.

«Jeg ble operert, jeg var på en annen avdeling. Jeg hadde mye smerter. Smertene ble ikke bra behandlet. Jeg tror at min egen erfaring med smerte og det at jeg er redd for smerte gjør at jeg er mer opptatt av om pasientene har smerter».

(sykepleier 2)

Mangel på ressurser

Det var enighet blant alle sykepleierne om at postoperativ smertelindring er viktig. To av sykepleierne sier likevel at smerter ikke alltid blir fulgt opp slik det burde. Mangel på ressurser er en utfordring som kommer i veien for tilstrekkelig oppfølgingen av postoperativ smertelindring. Dette stemmer overens med min opplevelse av at sykepleierne alltid var under stort press.

«I prosedyren står det at jeg må spørre pasienten 15 minutter etter jeg har gitt medisinen om det har virket. Hvis ikke må vi gi mer. Men det blir ikke alltid gjort på grunn av mangel på personale».

(sykepleier 2)

Diskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke faktorer som kan påvirke sykepleiers utøvelse av postoperativ smertelindring fra en klinisk kontekst i Slovenia. Jeg vil nå diskutere funnene fra mine empiriske data i lys av relevant forskning og faglitteratur.

Sykepleiers behov for kunnskap og kompetanse om smertehåndtering

Ifølge Granheim et al. (16) har kunnskapen om smertelindring økt, likevel blir postoperative smerter fremdeles utilstrekkelig behandlet. Postoperative smerter oppstår som følge av vevsskade etter operasjon. Akutte smerter utløser en u hensiktsmessig stressreaksjon i kroppen, og er derfor viktig å behandle (18, s. 125, s. 132). Den enkeltes smerteopplevelse er unik, alltid subjektiv og derfor umulig å etterprøve (8, 2). Alle mine informanter opplevdes å ha denne kunnskapen, da de trakk frem både smertens subjektivitet og viktigheten av å behandle smerter i intervjuene.

I arbeidet med postoperativ smertelindring ble NRS-skalaen, hvor man rangerer smerten mellom 0-10, mye brukt på avdelingene der jeg hadde praksis (2). Funn i min studie viste at ved smerter på 8-9 på NRS-skalaen, måtte sykepleierne forsikre seg om at pasientens smerterapportering virkelig stemte. I studien til Granheim et al. (16) ble sykepleierne gitt i oppgave å vurdere pasientens smerte i to pasientcaser. Hensikten var å se om sykepleierne vurderte smertene til pasienten likt som pasienten. Resultatene viste at sykepleierne stolte mer på pasientens smerterapportering dersom den samsvarte med hvordan pasienten oppførte seg (16). Når mine informanter skulle forsikre seg om at pasientens smerterapportering stemte, innebar det også å observere hvordan pasienten oppførte seg. Deretter sammenlignet de observasjonene de hadde gjort med pasientens smerterapportering. Disse situasjonene observerte jeg flere av i min kliniske praksis, og det hendte ofte at sykepleieren vurderte pasientens smerte som mildere enn det pasienten selv rapporterte. Det er viktig å legge til her at mine kulturelle briller kan ha preget observasjonene og ført til misforståelse av situasjoner (13). Resultatene i både min og Granheim et al. (16) sin studie synliggjør dermed et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling. Spørsmålet er hvorfor teoretisk kunnskap og praktisk handling synes å ikke alltid samsvare?

Bach et al. (1) sin studie viser også at sykepleierne vurderer pasientens smerte basert på hva pasienten klarer å gjøre. Dersom det ikke ser ut som at pasienten har så vondt som han sier, ser det ut til å være vanskelig for sykepleieren å gi fra seg kontrollen og stole på pasienten (2). Dette kan påvirke utøvelsen av postoperativ smertelindring til pasienten. Travelbee sin teori som omhandler viktigheten av en god relasjon, kan ha en betydning her (16). Ved manglende relasjon, mangler sykepleieren også evnen til å se mennesket i pasienten. Dermed vil man ikke kunne se det unike menneskets smerteopplevelse, og omsorgen blir mekanisk og upersonlig (7). En mulig manglende relasjon kan forklare at sykepleierne i min og Granheim et al. (16) sin studie synes å fokusere mer på de fysiske uttrykkene for smerter, det mekaniske, selv om de har god teoretisk kunnskap (7). Studien til Bach et al. (1) underbygger viktigheten av pasientinvolvering, da den konkluderer med at manglende pasientinvolvering er en av

årsakene som hindrer effektiv smertelindring. Dermed kan en mulig manglende relasjon være en forklaring på hvorfor teoretisk kunnskap og praktisk handling synes å ikke alltid samsvare. Manglende ressurser i det slovenske helsevesen kan ha en betydning for muligheten til å bygge nødvendig relasjon. Sykepleieren kan også bli hindret i å bruke kunnskapen sin i det praktiske arbeidet som følge av mangel på tid og stress (5). Dette vil jeg ta opp senere i drøftingskapittelet.

Mine informanter uttrykket at rusmisbrukere er en pasientgruppe som kan misbruke smertelindring for å oppnå rus. Derfor måtte de forsikre seg spesielt om at denne pasientgruppens smerterapporteringen stemte. Funn i Krokmyrdal og Andenæs (9) sin studie viste at 62 % av sykepleierne ikke stolte på pasienter med rusavhengighet sin smerterapportering. I studien står det at sykepleiere ofte har et negativt syn på rusavhengighet og rusmisbrukere, samt opplever omsorg for pasienter med rusproblematikk som vanskelig og ubehagelig (9). Den første fasen i utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold i Travelbee sin teori, defineres som «det innledende møtet». Denne fasen trekkes spesielt frem blant de andre fasene, da den kan være av betydning her (17, s. 186). I denne fasen kjenner ikke sykepleier og pasient hverandre, og vil av den grunn basere seg på generaliserte og stereotype oppfatninger når de møtes (7). Dersom sykepleierne møter pasienten med rusavhengighet med et i utgangspunktet negativt syn på rusavhengighet i «det innledende møtet», kan det hindre videre etablering av et menneske-til-menneske-forhold. Ifølge teorien til Travelbee er etablering av dette forholdet helt avgjørende for at sykepleieren skal kunne ivareta pasientens behov for sykepleie, som i dette tilfellet er postoperativ smertelindring (7). Funn i både min og Krokmyrdal og Andenæs (9) sin studie, synliggjør en mulig større utfordring med å utvikle nødvendig relasjon til rusmisbrukere. Dette kan påvirke utøvelsen av postoperativ smertelindring til denne pasientgruppen.

Konklusjonen i studien til Granheim et al. (16) er at sykepleierne trenger mer kompetanse om smertelindring på noen områder. Rusmisbrukere er en pasientgruppe som trekkes frem av mine informanter som ser ut til å være mer utfordrende å smertelindre enn andre. Studien til Krokmyrdal og Andenæs (9) viste at så mange som 88% av sykepleierne i studien ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om smertelindring til pasienter med rusavhengighet. Studien konkluderer med at det er behov for å styrke kompetansen om smertelindring til denne pasientgruppen (9). En av informantene mine uttrykket også at sykepleiere trenger mer kunnskap om smerter, og at man burde lære mer om temaet på sykepleierutdannelsen. Informanten som uttrykket dette er universitetsansatt ved sykepleierutdannelsen i Slovenia, og har innsikt i hva sykepleierstudentene lærer om smerter. På bakgrunn av disse funnene kan det være et behov for å styrke kompetansen om smertehåndtering ytterligere, kanskje spesielt til rusmisbrukere. Dette kan være en annen forklaring på at teoretisk kunnskap og praktisk handling synes å ikke alltid samsvare.

Betydningen av sykepleierens erfaringer med smerter

Et funn i studien til Mackintosh-Franklin (11) var at flere av sykepleierne hadde personlige erfaringer med smerter, men at bare et fåtall av disse hadde fått mer empati for pasientene

som følge av erfaringen. En av informantene mine uttrykket derimot at hun hadde fått mer empati for pasientene sine som følge av personlig erfaring med smerte. Empati defineres som evnen til å oppfatte hva en annen tenker og føler. Det er avgjørende for sykepleieren å ha denne evnen for å forstå pasientens indre liv og kunne respondere bekræftende (4, s. 155). Travelbee sin teori underbygger viktigheten av empati (7).

Et annet funn i studien til Mackintosh-Franklin (11), var at sykepleiernes utøvelse av postoperativ smertelindring ble påvirket av en forventning om et visst nivå av smerter etter en operasjon. Det var en holdning om at pasienten måtte akseptere dette til en viss grad (11). Studien til Bach et al. (1) fant også at sykepleierne begynte å se på postoperative smerter som normalt etter mye erfaring på kirurgisk avdeling. Når postoperative smerter blir sett på som normalt, er det nærliggende å tro at utvikling av empati for pasienten med smerter blir vanskeligere. Dermed blir også arbeidet med postoperativ smertelindring påvirket. Lang erfaring på kirurgisk avdeling med smerter kan her se ut til å veie tyngre enn den personlige erfaringen med smerter, og erfaring kan dermed påvirke den postoperative smertelindringen negativt. Det at studien til Mackintosh-Franklin (11) både fant holdningen om at smerter er normalt, og at de fleste sykepleierne med personlig erfaring med smerte ikke utviklet mer empati for pasientene sine, kan underbygge dette. På den andre siden var det også noen av sykepleierne i studien til Mackintosh-Franklin (11) som hadde fått mer empati for sine pasienter som følge av personlige erfaringer med smerter. Dette uttrykket også min informant. Dersom sykepleieren utvikler mer empati for pasienten som følge av personlig erfaring med smerte, kan erfaring også påvirke den postoperative smertelindringen positivt. Dette underbygges av Travelbee sin teori (7).

Mangel på ressurser – den viktigste faktoren?

Mine informanter uttrykket at manglende ressurser var et hinder for å følge opp postoperativ smertelindring tilstrekkelig. Ifølge statistikk fra Eurostat (5) har Slovenia 321,1 sykepleiere per 100 000 innbyggere. Norge har for øvrig 1766,6 sykepleiere per 100 000 innbyggere. Det vil si at Norge har nesten 6 ganger flere sykepleiere per innbygger enn det Slovenia har (5). Til tross for dette skrives det ofte om Norges sykepleiermangel (15). Sykepleier- og ressursmangel i Slovenia er et viktig funn fordi det kan ha en innvirkning på faktorene kunnskap og erfaring som er drøftet over.

Studien til Starc (14) undersøkte hvordan stress påvirket kvaliteten på utøvelsen av sykepleie blant sykepleiere i Slovenia. Resultatene viste at stress blant annet påvirket sykepleierne til å bli ukonsentrert, umotivert, komme i konflikt med pasienter og i noen tilfeller feilbehandling (14). Funn i min studie antyder et behov for økt kompetanse om smertelindring blant sykepleierne. Men som drøftet tidligere, er det ikke sikkert at sykepleierne mangler kunnskap om smertelindring. Det kan derimot være at mangel på tid hindrer sykepleieren i å utvikle nødvendig relasjon til og empati for pasienten. Det kan studien til Starc (14) underbygge, ettersom stress i flere tilfeller førte til at de slovenske sykepleierne kom i konflikt med pasientene sine. Relasjon og empati er ifølge Travelbee nødvendig for at sykepleieren skal se

det unike mennesket i pasienten og deres behov, i dette tilfellet behovet for postoperativ smertelindring (7).

En av mine informanter uttrykket at hun var veldig redd for bivirkninger av medikamenter som følge av erfaring. Granheim et al. (16) sin studie viser at en av årsakene til underbehandlede smerter er sykepleierens frykt for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. Kombinert med mangel på tid til å følge opp pasientene sine etter gitt smertelindring, er det grunn til å tro at sykepleieren i min studie får en enda større frykt for bivirkninger av medikamenter. Mangel på tid kan dermed føre til at tidligere negative erfaringer med bivirkninger av medikamenter, gir en negativ effekt på utøvelsen av postoperativ smertelindring. Hadde sykepleieren hatt tid til å følge opp pasientene sine tilstrekkelig, kunne tidligere erfaringer med bivirkninger av medikamenter gjort at sykepleieren ble bedre rustet til å håndtere dette i ettertid. En annen informant i min studie uttrykket at man må være forberedt på bivirkninger etter gitt smertelindring. Hans erfaringer med bivirkninger av medikamenter, virker til å ha gjort han bedre rustet til å håndtere slike situasjoner i ettertid. Dermed kan tidligere erfaringer med bivirkninger av medikamenter også gi en positiv effekt på utøvelse av postoperativ smertelindring. Hvilket utfall det får, kan være avhengig av om sykepleieren har tid til å bruke sin teoretiske og erfaringsbaserte kunnskap om postoperativ smertelindring.

Styrker og svakheter ved metoden

Jeg brukte kvalitativ metode for å få forståelse og innsikt i sykepleierens tanker og erfaringer rundt temaet i oppgaven (3, s. 52-53). Dette er en styrke nettopp fordi man får en større innsikt hos den enkelte deltakeren i studiet, men også en svakhet da man har færre deltakere.

I denne studien har jeg kun tre deltakere, jeg ønsket egentlig å ha fem. Dette skyldes utfordringer med å finne informanter som hadde mulighet til eller ønsket å delta, og tidligere avbrudd av utvekslingen grunnet Covid-19. Studiens validitet er preget av dette, og resultatene jeg har fått er ikke representativt for en generell klinisk kontekst i Slovenia. Inklusjonskriteriene for deltakerne var at de er utdannet sykepleier, har erfaring fra eller jobber på en kirurgisk avdeling og at de snakker engelsk. Inklusjonskriteriene er basert på at det kreves bestemte kunnskaper og/eller ferdigheter hos deltakerne for å kunne svare på min problemstilling, og engelskkunnskaper for å kunne gjennomføre intervju (3, s. 74). Det er en styrke at studien baserer seg på intervjuer med sykepleiere som jobber med eller har lang erfaring innenfor postoperativ smertelindring. Det er også en styrke at jeg hadde mulighet til å observere relevante situasjoner i praksis fra de samme avdelingene.

Intervjuene fant sted på et lukket rom uten forstyrrelser, noe som er en styrke ved studien. To av informantene var presset for tid. I tillegg foregikk intervjuene på engelsk, som er hverken intervjuer eller informants førstespråk. Intervjuene foregikk også i en ny klinisk kontekst, hvor intervjuer og informant har ulik kulturell bakgrunn (13). Jeg måtte skrive ned alt fra intervjuet på egenhånd og fikk ikke lov til å ta opp intervjuet på lydbånd. Alle disse faktorene innebærer en svakhet for studien, da ting kan ha blitt misforstått, feiltolket eller ikke skrevet ned fullstendig.

Intervjuguiden som ble brukt veiledende under intervjuene ble laget med utgangspunkt i en annen problemstilling. Denne tok for seg sykepleierens holdninger til smerter og smertelindring. Av hensyn til kultursensitivitet og etiske betraktninger, endret jeg problemstilling. Skulle jeg vurdert den enkelte sykepleiers holdninger basert på en kort samtale og observasjoner, ville dette blitt syning. Dersom jeg hadde stilt andre spørsmål direkte knyttet til valgt problemstilling, ville kanskje resultatene i studien blitt annerledes.

Den kliniske praksisen foregikk på slovensk, og praksiserfaringene jeg har inkludert i denne oppgaven er min tolkning av ulike øyeblikksbilder. Jeg måtte noen ganger spørre hva som skjedde og få en forklaring på engelsk, noe som påvirker validiteten til observasjonene. I tillegg kan kulturforskjeller ha ført til misforståelser da sykepleierens rolle og funksjon kan være annerledes i Slovenia. Jeg har med meg min erfaring fra det norske helsevesen, og tolker observasjoner og intervjuer med utgangspunkt i sykepleiers rolle og funksjon slik den er i Norge. Analyse og tolkning er derfor ikke 100 % objektiv, men det er likevel en styrke at jeg er klar over dette (3, s. 59). Det er også en styrke at jeg har praksiserfaringer fra 10 uker i klinisk praksis, noe som er relativt lenge og styrker reliabiliteten til resultatene mine.

I oppgaven bruker jeg forskning fra ulike land i Europa da det var utfordrende å finne spesifikk forskning fra Slovenia. Funnene i forskningen går igjen uavhengig av land og jeg har derfor vurdert at funnene fra disse studiene kan sammenlignes med Slovenia. Det er likevel ikke direkte sammenlignbart, og dermed en svakhet i studien min at jeg ikke har forskning direkte fra Slovenia.

Kliniske implikasjoner og relevans

Et funn i min studie var en antydning til behov for økt kompetanse om smertehåndtering. For videre forskning kan det være relevant å undersøke hvordan man kan styrke kompetansen om smertehåndtering, for eksempel gjennom intern undervisning på avdelingene.

Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvilke faktorer som kan påvirke sykepleiers utøvelse av postoperativ smertelindring fra en klinisk kontekst i Slovenia. Sykepleierne i min studie, opplevdes å ha god teoretisk kunnskap om postoperativ smertelindring. Samtidig kan det se ut til å være et behov for å øke kompetansen på smertehåndtering ytterligere. Det gjelder spesielt kompetansen om smertelindring til rusmisbrukere. En mulig større utfordring med å utvikle en god relasjon og kunnskap, kan være faktorer som påvirker utøvelsen av postoperativ smertelindring til rusmisbrukere. Personlig og pasientrelaterte erfaringer med smerter hos sykepleieren, kan se ut til å både kunne gi et positivt og negativt utfall i arbeidet med postoperativ smertelindring. Manglende ressurser i det slovenske helsevesen kan hindre sykepleierne i å bruke kunnskapen sin, i å utvikle en god relasjon til pasienten og påvirke hvilket utfall tidligere erfaringer kan gi (5, 13). Man kan dermed konkludere med at kunnskap, erfaring og manglende ressurser er faktorer som kan påvirke sykepleiers utøvelse

av postoperativ smertelindring. Til slutt kan funnene i min studie, støttet av Travelbee, antyde at menneske-til-menneske-relasjonen står sentralt for god postoperativ smertelindring (7).

Referanseliste

1. Bach AM, Forman A, Seibaek L. Postoperative Pain Management: A Bedside Perspective. Pain Management Nursing. 1. desember 2018;19(6):608–18.
2. Berntzen H, Danielsen A, Almås H. Sykepleie ved smerter. Klinisk sykepleie 1. 4. utg. Oslo: Gyldendal; 2011. s. 356-368.
3. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 6. utg. Oslo: Gyldendal; 2019.
4. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2017.
5. Healthcare personnel statistics - nursing and caring professionals - Statistics Explained [Internett]. [sitert 15. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals#Healthcare_personnel_.E2.80.94_nursing_professionals
6. International Council of Nurses. ICNs etiske regler for sykepleiere [Internett]. Norsk sykepleierforbund; 2000. Tilgjengelig på: <https://www.nsf.no/Content/113949/ICNs>
7. Kristoffersen NJ. Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. Grunnleggende sykepleie bind 3. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2017. s. 22-33.
8. Nortvedt F. Smerte – en personlig og sammensatt erfaring. Grunnleggende sykepleie bind 3. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2017. s. 173.
9. Krokmyrdal KA, Andenæs R. Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. Nurse Education Today. 1. juni 2015;35(6):789–94.
10. 1. juni 2015 TKFS oppdatert: 17. Kvalitativ metode [Internett]. Etikkom. [sitert 26. april 2020]. Tilgjengelig på: <http://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>
11. Mackintosh-Franklin C. Registered Nurses' Personal Responses to Postoperative Pain: A Descriptive Qualitative Study. Pain Management Nursing. 1. september 2014;15(3):580–7.
12. Magelssen R. Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene [Internett]. 2. utg. Norbok. Oslo: Akribe; 2008 [sitert 25. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013071806191

13. 1. januar 2010 TD nasjonale forskningsetiske komiteene S oppdatert: 15. 7.
Registrering og lagring av lyd- og billedata [Internett]. Etikkom. [sitert 25. mai 2020].
Tilgjengelig på: <http://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/8-Fortolkning-og-analyse/>
14. Starc J. Stress Factors among Nurses at the Primary and Secondary Level of Public Sector Health Care: The Case of Slovenia. Open Access Maced J Med Sci. 10. februar 2018;6(2):416–22.
15. Stor sykepleiermangel i Norge [Internett]. [sitert 15. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/4383476/1740674/Stor-sykepleiermangel-i-Norge>
16. Granheim TH, Raaum K, Christophersen K, Dihle K-A. Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. 18. desember 2015; 10.4220/Sykepleienf.2015.55983.
17. Travelbee J. Mellommenneskelige forhold i sykepleie [Internett]. Oslo: Gyldendal akademisk; 2001 [sitert 25. mai 2020]. (Gyldendals sykepleieklassikere). Tilgjengelig på: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2014080406064
18. Wyller VB. Syk 1. 3. utg. Cappelen Damm; 2014.

Information about student project

I am a nurse student studying in Norway in the Norwegian University of Science and Technology in the third and last year of my bachelor degree. I am finished with my studies by the summer and before that I have to write a thesis where I do my own research. I have chosen to do research about pain management and the healthcare givers attitudes among this. To do this research I have to interview healthcare givers and this is a request for participating in my interview and thus in my thesis.

In the interview I will ask a few questions about you, and then I will ask questions about pain management. No answers are wrong, I am only interested in understanding, not in judging or considering the answers. Also, each question is voluntary to answer. The interview will take about 30 minutes.

I am using a qualitative method in my research, which means that I am searching for more depth by asking wider questions to fewer people, rather than asking shorter questions to many people. This means that I want you to tell me everything that you think about when you get the questions.

The answers from the interview I will write down on my computer to later use to discuss the attitudes among health care givers about pain management in my thesis. I will save this information on my computer until I am done with my thesis, which will be in the summer this year, then I will delete all information. The information that I get from you I will anonymize when writing it down so that no one can connect the information written down to you.

You can at any point choose to withdraw from this project and the information about you will then be deleted. The participation in this project is voluntary. Me and my supervisor have confidentiality about everything said and written from the interview.

Me:

My supervisor:

Vedlegg 2: samtykkeskjema



NTNU, Faculty of Medicine and Health Sciences, Department of Public Health and Nursing

INFORMED CONCENT IN CONNECTION WITH RESOURCE CONVERSATION

The content of the conversation will be used in connection to a bachelor's thesis in nursing, Department of Public Health and Nursing, NTNU.

The resource person

- is aware that the conversation is voluntary and that you, at any point, can withdraw from participating
- can choose your own degree of anonymity
- can ask to read the written material before it can be used in the thesis
- have received information about the bachelor thesis

The conversation

- will not be recorded as audio along the way
- will be reproduced as told, without change or addition to the content

In case of contact with the bachelor student after the conversation, the resource person can contact

Name:

Email address:

Cellphone:

I hereby confirm with this that I have received written and oral information as mentioned above and consent in being a resource person in connection to the bachelor's thesis in nursing.

Name

Date/place

Interview guide

Introduction questions:

Nurse (1,2,3)	Gender

What education do you have?

How long have you been a nurse?

How much are you working? (Percentage of employment)

Can you tell me about your working experience?

Where are you working now and how long have you been working there?

How important is pain management in your working day?

Main questions:

Theme: Routines on the department

Can you tell me about the routines on this department of pain management? (Collecting data of pain, information, communication, documentation, reporting to the doctor)

Questions I can follow up with;

- How do you know that the pain management has worked?
- How often do you collect data of the pain of the patient?
- What is the goal regarding pain management (NRS under a spesific number)?

Theme: Knowledge and attitude

What do you know about pain and pain management?

Questions I can follow up with;

- Is it important to relieve pain after operation/in general? Why/why not?
- What happens if a patient has a lot of pain that is not being treated?

What do you do when a patient has pain?

Questions I can follow up with;

- Do you always believe what the patient says? Why/why not?
- Do you think that the patients sometimes exaggerate the pain they have?
- How do you evaluate the pain of the patients and what to do about it?
- Do you give what the doctor has prescribed?

What do you do if the patient still has pain after giving him pain management?

Is there something you are afraid of or worried about regarding pain management?

Question I can follow up with;

- What do you think is the reason to that?

In your opinion, what is the nurses role in pain management?

Is it something you think the nurses here can do better regarding pain management?

Theme: Challenges with pain management

What challenges do you meet in your work regarding pain management?

Questions I can follow up with;

- Do you think the patients always reports about the pain they have?

- Do you think that everyone that is working in this department has the same attitude regarding pain management? Why/why not?

Theme: Experience with pain and pain management

What kind of experiences do you have with pain and pain management?

Questions I can follow up with;

- Does a lot of patients have good effect of the pain management that is given or not?
- Does many patients have pain that is not being treated? If so, what do you think is the reason to that?

Have you had own experiences with pain?

Questions I can follow up with;

- If so, what did you do? Did you report to someone? If so, what did they do?
- Do you think this experience has affected your attitude of pain management?
- Have you experienced something else that you think has affected your point of view on pain management?

Finishing questions:

Is there something else that you think is important regarding this theme and wants to tell me about?

How did you experience being interviewed?