



MASTEROPPGAVE: KLINISK SYKEPLEIE

VURDERING AV SMERTE HOS VOKSNE SEDERTE
PASIENTER PÅ RESPIRATOR, EN UTFORDRENDE OG
KOMPLEKS OPPGAVE

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie

Master i klinisk sykepleie

Kull: 2012 VMKLSYKD

Emne SPL 4911, 4. Semester

FORFATTER: TONE KRISTINE AMUNDGAARD

Dato: 15.12.13

SAMMENDRAG

Tittel: Vurdering av smerte hos voksne sederte pasienter på respirator, en utfordrende og kompleks oppgave	Dato: 15.12.13	
Deltager: Tone Kristine Amundgaard, Studentnummer 120074		
Veileder: Ingrid Landgraff Østlie		
Evt. Oppdragsgiver: Høgskolen i Gjøvik		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk): Intensivsykepleie, respirator, sykepleie oppfatninger, smertevurdering		
Antall sider/ord: 64/ 19316	Antall vedlegg: 2	Publiseringsavtale inngått: ja/nei Åpen

Kort beskrivelse av masteroppgaven:

Introduksjon: I intensivavdelingen behandles pasienter med svikt i respirasjonen i form av invasiv respiratorbehandling, der pasienten blir sedert og smertelindret for å tolerere behandlingen. Tidligere forskning av pasientopplevelser viser at pasientene utsettes rutinemessig for ubehagelige og smertefulle prosedyrer ved denne behandlingen. Det er intensivsykepleierens oppgave å vurdere pasientens smerter. Studiens hensikt er å undersøke hvordan intensivsykepleiere vurderer smerte hos voksne sederte pasienter som mottar respiratorbehandling.

Metode: Studiens design er kvalitativ deskriptiv med fokusgruppeintervjuer. Intensivsykepleiere ble intervjuet i tre fokusgrupper fra forskjellige sykehus. Data er analysert ved bruk av induktiv innholdsanalyse.

Resultater: Analysen viste ett tema: Smertevurdering av respiratorpasienter er utfordrende og komplekst. Analysen resulterte også i tre hovedkategorier: Intensivsykepleiere vurderer smerte ved opparbeidede kunnskaper gjennom teori og erfaring, refleksjoner rundt daglig yrkesutøvelse og ved kvalitetssikring av smertevurdering gjennom verktøy og dokumentasjon.

Betydning for klinisk sykepleie: Intensivsykepleieren må bruke klinisk dømmekraft i vurderingen av smerte hos respiratorpasienter. Denne må opparbeides gjennom å tilegne seg kunnskaper og erfaring om smerte og respiratorbehandling, og ved utvidet reflektert erfaring ved å ha mange pasienter i samme situasjon. I det etiske aspektet er den enkelte intensivsykepleiers holdninger av betydning, en tilnæringsmetode for bevisstgjøring av dette bør foretas gjennom flere nivå. Målet vil være å dyrke frem den kliniske dømmekraften for vurdering av smerte hos respiratorpasienter, og dermed styrke den kliniske kompetansen i utøvelse av intensivsykepleie. Resultatene fra denne studien kan bidra til dette i undervisningssammenheng, og i utarbeidelsen av anbefalinger for smertevurdering.

ABSTRACT

Title: Assessment of pain in adult patients sedated on a mechanical ventilator, a challenging and complex task		Date: 15.12.13
Participant: Tone Kristine Amundgaard, Studentnumber: 120074		
Supervisor: Ingrid Landgraff Østlie		
Employer: Høgskolen i Gjøvik		
Keywords (3-5): Intensive Care Unit, Mechanical ventilator, nursing perceptions, pain assessment		
Number of pages/words: 64/ 19316	Number of appendix: 2	Avilability (open/confidential): Open

Short description of the master thesis:

Introduction: In the intensive care unit, patients with failure of respiration are treated with invasive mechanical ventilation, where the patient receives sedation and pain-relief to tolerate the treatment. Previous studies of patient experiences show that patients are routinely being exposed to unpleasant and painful procedures in this treatment. It's the intensive care nurse's task to assess the patient's pain. The purpose of this study is to investigate how intensive care nurses assess pain in sedated adult patients, receiving mechanical ventilation.

Method: Study design is qualitative descriptive, with use of focus group interviews. Critical care nurses from different hospitals were interviewed in three focus groups. Data were analyzed using inductive content analysis.

Results: The analysis showed one theme: Pain assessment of ventilated patients is challenging and complex. The analysis also resulted in three main categories: Critical care nurses assess pain through accumulated knowledge of theory and experience, reflections on daily practice, and ensure the quality of pain assessment through tools and documentation.

Importance of Clinical Nursing: Intensive care nurses must use clinical judgment in the assessment of pain in mechanically ventilated patients. This must be earned through acquiring knowledge and experience about pain and mechanical ventilation, and the extended reflective experience of having many patients in the same situation. In the ethical aspect, the individual intensive care nurse's attitude is important, so that awareness through multiple levels is an approach to address this. The goal will be to cultivate the clinical judgment to assess pain in ventilated patients thereby enhancing clinical competence in the practice of intensive care nursing. The results of this study can contribute to this in teaching, and be of help in the preparation of recommendations for pain assessment.

INNHALDSFORTEGNELSE

Tittel:

Vurdering av smerte hos voksne sederte pasienter på respirator, en utfordrende og kompleks oppgave	1
Sammendrag	2
Abstract	3
Tabell- oversikt:	5
1.0 Introduksjon	6
1.1 Bakgrunn	7
1.1.1 Smerte	7
1.1.2. Respiratorbehandling og smerte	8
1.1.3 Sedasjon og utvikling av delir hos respiratorpasienten	9
1.1.4. Intensivsykepleierens vurdering av smerte hos respiratorpasienter	10
1.1.5. Smertekartleggingsverktøy	12
1.2 Hensikt og forskningsspørsmål	14
2.0 Metode	15
2.1 Design	15
2.2 Begrunnelse for bruk av kvalitativ metode	15
2.3 Fokusgruppeintervju	16
2.4 Kvalitativ innholdsanalyse	17
2.5 Intervjuguide	19
2.6 Inklusjon og eksklusjonskriterier	19
2.7 Utvalg	19
2.8 Datainnsamling	21
2.9 Dataanalyse	21
2.9.1 Transkribering	21
2.9.2 Induktiv innholdsanalyse	22
2.10 Troverdighet	24
2.10.1 Forforståelse	25
2.11 Forskningsetiske overveielser	27
3.0 Resultater	29

3.1 Tema	29
3.2 Opparbeidede kunnskaper gjennom teori og erfaring	30
3.2.1 Identifisering av smerte.....	30
3.2.2 Kunnskap og erfaring	31
3.3 Refleksjoner rundt daglig yrkesutøvelse.....	35
3.3.1 Tanker om egen smertevurderingspraksis	35
3.3.2 Tanker om teamarbeid i smertevurdering	37
3.4 Kvalitetssikring av smertevurdering	39
3.4.1 Kartlegging og dokumentasjon.....	39
4.0 Drøfting	42
4.1 Hvordan bruker intensivsykepleiere kunnskaper og erfaringer i vurderingen av smerte?	42
4.2 Hvilken betydning har intensivsykepleierens holdninger i vurderingen av smerte?	45
4.3 Hvilke andre faktorer kan påvirke intensivsykepleierens vurdering av smerte?.....	47
4.4 Hva er intensivsykepleieres erfaringer med smertekartleggingsverktøy?	49
4.5 Metodiske overveielser	50
4.6 Betydning for klinisk sykepleie	55
Litteratur	58
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	1
Vedlegg 2: Intervjuguide	1

TABELL- OVERSIKT:

Tabell 1 Deltagerdata.....	21
Tabell 2 Eksempel på valg av meningsenheter til redusert tekst og koding.....	23
Tabell 3 Kategorier.....	29

1.0 INTRODUKSJON

I intensivavdelingen behandles det pasienter med svikt i respirasjonen i form av invasiv respiratorbehandling der pasienten blir sedert og smertelindret for å tolerere behandlingen (Gulbrandsen 2010a). Intensivsykepleierens formål er å utøve intensivsykepleie til akutt og kritisk syke pasienter i alle aldre, og sikre at pasienten får et faglig forsvarlig behandlingstilbud i overensstemmelse med Norsk Sykepleierforbund Yrkesetiske retningslinjer (2011), Pasientrettighetsloven (1999), Helsepersonelloven (1999) og Specialisthelsetjenesteloven (1999). Intensivsykepleierens lindrende funksjon går ut på å vurdere og evaluere smerter, slik at omfanget og styrken av belastninger i forbindelse med sykdom, skade og behandling begrenses. Målet er at stress, smerter og ubehag reduseres eller fjernes (Norsk Sykepleierforbund Landsforening for Intensivsykepleiere 2002). At pasientene selv kan fortelle om smerten er regnet som den mest pålitelige metoden for å evaluere smerte (Puntillo mfl. 2009), men intuberte pasienter som mottar respiratorbehandling kan ha en begrenset evne til å beskrive smertene tilstrekkelig (Tietze 2012).

Personlig er det utfordrende å vurdere smerte hos pasienter som har begrenset evne til å kommunisere. Jeg synes dette er interessant fordi intensivsykepleieren har et stort ansvar med å vurdere smerter, og ut fra dette behandle smertene. Smerter er et av de mest utfordrende kliniske problemene for intensivsykepleieren som står sammen med pasienten hele døgnet. Sykepleieren er avhengig av legens forordninger på medikamenter, men har selv ansvar for administrering og tilrettelegging for god smertelindring (Gulbrandsen 2010b). Min erfaring er at å vurdere smerte er en krevende oppgave og innebærer et stort ansvar. Man skal ivareta en sårbar pasientgruppe som ikke har ressurser til å kunne si i fra selv, og makten man har som intensivsykepleier kan knyttes til omsorgsprinsippet slik Martinsen (2003) beskriver. Å evaluere smerte hos pasienter i intensivavdelingen er vanligvis ingen enkel oppgave, men den er essensiell. Å behandle smerte hensiktsmessig baserer seg på en klinisk utførelse av en smertevurderings- prosess som må være så nøyaktig og detaljert som mulig (Puntillo mfl. 2009). Å vurdere smerte opplever jeg som en subjektiv handling utført av intensivsykepleierne. Alle vurderer forskjellig basert på de kunnskaper, erfaringer og holdninger de har. Derfor vil det være interessant å finne ut hvorfor de vurderer slik de gjør, og hva som påvirker vurderingen.

Dette er bakgrunnen for denne monografiske avhandlingen. Temaet knyttes til «kvalitet i sykepleien, pasienters behov og sikkerhet» i forhold til forskningsområdene til Høgskolen i Gjøvik.

1.1 BAKGRUNN

I bakgrunnen er internasjonal forskning og faglitteratur presentert innen de forskjellige tema for å gi en grundigere forklaring på hva smerte er, konsekvenser av smerte, hva pasientene utsettes for ved denne behandlingen og intensivsykepleierens funksjon og ansvarsområder.

1.1.1 SMERTE

Den mest brukte definisjon på smerte er fra International Association for the Study of Pain, som beskriver smerte som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som assosieres med eller beskrives som, vevsødeleggelse (Gulbrandsen 2010b). Stubhaug og Ljoså (2008) skriver at den nyttige konsekvensen av smerte, er at vedvarende smerte etter en skade, eller i en bevegelse, vil føre til at det skadde området holdes i ro og dermed til heles. Smerte og nocisepsjon er to sentrale begreper. Smerte er en sammensatt opplevelse bestående av både sensoriske, affektive og kognitive aspekter, mens nocisepsjon er et nervefysiologisk begrep som betyr at det er aktivitet i nociseptive nervebaner. Vevsskade aktiviserer nervecellene som kalles nociseptorer, og kalles da nociseptiv stimulus. Ved nocisepsjon går det signaler fra skadet vev og til hjernen slik at vi får en ubehagelig opplevelse (smerte). Men det er forskjell på nocisepsjon og smerte. Smerte er en sammensatt opplevelse, det vil si at smerte er en opplevelse i en våken hjerne, nocisepsjon er aktivering av nerveceller. En pasient under anestesi i en operasjon vil ikke kjenne smerte selv om nocisepsjon foreligger. Derimot kan pasienten ha smerter til tross for fravær av nocisepsjon og vevsskade (Stubhaug og Ljoså 2008). Studier som har til hensikt å validere smertekartleggingsverktøy skiller mellom utførelse av en nociseptiv og en non- nociseptiv prosedyre. Eksempelvis gjorde Payen mfl. (2001) dette ved å sette på kompresjonsstrømper og skifte av sentral venekateter bandasje som non- nociseptiv, mens endotrakeal sugesprosedyre og snuprosedyre ble regnet som nociseptiv.

I intensivavdelingen er pasientene mottakelige for kontinuerlig lys og støy, søvnløshet, begrensede muligheter for å oppfatte miljøet rundt på grunn av sedasjon, og varierende bevissthetsnivå. De kan også oppleve psykologiske faktorer som angst, og alle disse

faktorene kan bidra til å forsterke følelsen av smerte i tillegg til de varierende prosedyrene som sykepleieren utfører (Aslan mfl. 2009). Tilstedeværelsen av smerte kan lede til økende komplikasjoner (Puntillo og Tesler 1993; Aslan mfl. 2009).

Fysiologisk kan alvorlig smerte føre til påvirkning av fysiologisk stressrespons med både endokrine og metabolske prosesser. Disse prosessene er til vanlig i en balanse. Stressresponsen fører til økt utskillelse av kortisol, katekolaminer, anti-diuretisk hormon, glykolyse og hyperglykemi, økt protein-katabolisme, redusert insulin i plasma og økt lipolyse, som alle kan øke omfanget av vevsødeleggelsen (Puntillo og Tesler 1993). Den fysiologiske stressresponsen består av en lokal og en global komponent. I et spesifikt område, for eksempel i et operasjonssår, vil responsen føre til inflammasjon, vasodillatasjon, ødem og økt følsomhet for smerte. Den globale stressresponsen utløses via sentralnervesystemet og forårsaker en generell påvirkning av organfunksjonene som også nevnt ovenfor (Nygaard og Gulbrandsen 2010).

1.1.2. RESPIRATORBEHANDLING OG SMERTE

Svendsrud og Kvarstein (2008) referer til et stort omfang av studier som viser at intensivpasienter opplever smerte i forbindelse med respiratorbehandling. Resultatene viser et behov for økt bevissthet og bedre rutiner i behandling av smerte hos intensivsyke pasienter.

Pasienter som mottar respiratorbehandling opplever smerter (Wong og Arthur 2000; Rotondi mfl. 2002; Siffleet mfl. 2007; Aslan mfl. 2009; Samuelson 2011; Karlsson, Bergbom og Forsberg 2012). Pasienten som mottar respiratorbehandling utsettes rutinemessig for en rekke ubehagelige og smertefulle prosedyrer som fjerning av dren og invasive katetre, dyp respirasjon og hosteøvelser, suging av endotrakeal tube, og snuprosedyre. Under halvparten av pasientene får smertestillende i forkant av dette, viser Siffleet mfl. (2007). De konkluderer med at sykepleiere må gjenkjenne visse rutinemessige prosedyrer som kan forårsake smerte, og ha dette med i tankene ved planlegging av sykepleien. Pasienter som er hjerteoperert beskriver smerter som verkende og bankende, i tillegg til at de har smerter av thoraxdren, av sugeprosedyre i endotrakeal tube, ved skifte av bandasjer og ved bruken av luftmadrasser (Aslan mfl. 2009). Samuelson (2011) rapporterer at 88 % av pasientene som husker at de hadde endotrakeal tube, graderer dette fra moderat til ekstremt plagsomt. Generelt

ubehaget og manglende evne til å snakke, er de to mest stressende erfaringene. Etter ekstubering rapporterer pasientene plager som sår hals, heshet, vanskeligheter med å snakke og svak stemme, og det viser seg også at 23 % opplever slike plager to måneder etter utskrivelse fra intensivavdelingen. Pasientene graderer det fremdeles moderat til ekstremt plagsomt (Samuelson 2011). Bevisste pasienter under respiratorbehandling opplever betydelige smerter og ubehag fra endotrakeal tube (Karlsson, Bergbom og Forsberg 2012). Pasienter rapporterer smerte, frykt, mangel på søvn, spenning, manglende evne til å kunne snakke og kommunisere, mangel på kontroll, mareritt og følelse av ensomhet. Det viser at de må gjennom gjentatte stressende opplevelser ved respiratorbehandling som mange finner svært plagsomt, selv om det hevdes at det kan være lettere å huske de plagsomme opplevelsene, enn de ikke-plagsomme (Rotondi mfl. 2002). Pasienter er takknemlige ovenfor pleiepersonellet som har hjulpet de gjennom en periode med respiratorbehandling, men behandlingen er beskrevet som skremmende og traumatisk (Arslanian-Engoren og Scott 2003). Nyere metoder for sedasjon og respiratorbehandling har ikke eliminert ubehaget ved kritisk sykdom. Aspektene ved lidelse er fortsatt gjeldene hevder Schou og Egerod (2008). I en prevalensundersøkelse av smerter hos pasienter innlagt i sykehus i Sverige, hevder Wadensten mfl. (2011) at altfor mange pasienter lider av smerter.

1.1.3 SEDASJON OG UTVIKLING AV DELIR HOS RESPIRATORPASIENTEN

Intensivpasienten er i en situasjon der han eller hun, må tolerere intubering og respiratorbehandling samtidig som han er utsatt for ubehagelige prosedyrer. For at pasienten skal unngå sterkt smertefulle og ubehagelige stimuli brukes sedasjon. Dette er en medikamentelt fremkalt tilstand som varierer fra døsighet til relativt dyp søvn ved at sentralnervesystemet påvirkes, slik at bevissthetsnivået reduseres. Det kan være en glidende doseavhengig overgang fra å være helt våken med lett sedasjon til dypere sedasjon og generell anestesi (Gulbrandsen 2010a). I dag er målet for sedasjon hos den kritisk syke respiratorpasienten at pasienten skal være våken og komfortabel med minimalt stress. Noen pasienter kan ha behov for et nivå med dypere sedasjon for å optimalisere behandlingen, derfor skal sedasjonsmålet være vurdert individuelt hos den enkelte pasient, hevdes det i oppslagsverket Up to Date (Fuchs og Bellamy 2013).

Monitorering av sedasjonsnivå vurderes i tre elementer: Smerte, sedasjon og forekomst, eventuelt grad av delirium. Det finnes flere gyldige og pålitelige skåringsverktøy for dette,

men ingen er regnet som standard (Fuchs og Bellamy 2013). For å vurdere dybde av sedasjon finnes flere skalaer: Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) av Sessler mfl. (2002) graderer dybde av sedasjon hos pasienten til agitasjon på en skala fra +4 til -5, der 0 knyttes til våken og rolig pasient. En annen skala er Motoric Activity Assessment Scale (MAAS) av Devlin mfl. (2001), som også er en sedasjons-agitasjonsskala. Her graderes sedasjon fra 0 ved dyp sedasjon uten respons, til 6 med svært agitert pasient, 3 er en rolig, våken og samarbeidende pasient. Sedasjons-agitasjonsskalaene (Devlin mfl. 2001; Sessler mfl. 2002), baserer seg utelukkende på pasientens motoriske respons, og er derfor ikke gyldige eller pålitelige for vurdering av smerte.

Pasienten opplever fysiske og psykiske belastninger ved å bli akutt kritisk syk, som kan gi utslag i en akutt forvirringstilstand som kalles delir eller delirium. Årsaken til hvordan og hvorfor pasienten får denne tilstanden er sammensatt og i stor grad ukjent. Hvis pasienten får delir, utvikles en forandret adferd med nedsatt kognitiv funksjon og forandret sinnstemning. Evnen til rasjonell forklaring svekkes og pasienten får psykoselignende symptomer. Symptomene kan være fluktuerende, de kan komme og forsvinne gjennom døgnet og over flere døgn (Stubberud 2010). En metode for å oppdage og evaluere forekomsten og graden av delir er ved bruk av skåringsverktøyet Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) av Ely mfl. (2001). Skalaen vurderer pasientens akutte mentale forandringer i et fluktuerende forløp, uoppmerksomhet, uorganisert tankegang og, eller endret bevissthet (Fuchs og Bellamy 2013).

1.1.4. INTENSIVSYKEPLEIERENS VURDERING AV SMERTE HOS RESPIRATORPASIENTER

Intensivsykepleierens arbeid er beskrevet i funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere som er utarbeidet av Norsk Sykepleierforbund Landsforening for Intensivsykepleiere (2002). Den består av fire funksjons- og ansvarsområder: Den forebyggende funksjon gjennom å sette inn tiltak for å forebygge videreutvikling av helsesvikt, observasjon og vurdering av pasientens opplevelser, ressurser og behov for intensivsykepleie og medisinsk behandling. I tillegg innebærer den forebyggende funksjon å forebygge komplikasjoner og skade i forbindelse med undersøkelser og behandling. Den behandlende funksjon skal ytes på grunnlag av kunnskaper, ferdigheter og holdninger gjennom vurdering, prioritering, iverksetting av sykepleietiltak og kontinuerlig evaluere sykepleiepraksis. Medisinsk behandling skal administreres etter instruks eller delegering fra ansvarlig lege på en

forsvarlig måte. Den lindrende funksjon skal begrense omfanget og styrken av belastninger som pasienten vil kunne oppleve i forbindelse med sykdom, skade og behandling. Målet er at pasientens krefter vil knyttes til helbredende prosesser, mestring av livssituasjoner og at stress, smerter og ubehag reduseres eller fjernes. Pasientens autonomi og integritet skal ivaretas. Den rehabiliterende funksjon vil være tiltak som alle vil bedre pasientens funksjonsnivå, der forebyggende, behandlende og lindrende tiltak, alle vil ha et rehabiliterende aspekt. Intensivsykepleieren skal bidra til rehabilitering til et meningsfylt liv, eller der dette ikke er mulig, bidra til en verdig død (Norsk Sykepleierforbund Landsforening for Intensivsykepleiere 2002).

Hurlock-Chorostecki (2002) hevder at det er vanlig og akseptert praksis for intensivsykepleiere å unnlate å gi smertestillende før og under respiratoravvenning, til tross for at helsepersonell er kyndige til smertebehandling som både obligatorisk etisk og rettmessig til pasienten (Hurlock-Chorostecki 2002). Bevisstgjøring hos intensivsykepleiere om at smertebehandlingsprosessen, og spesielt vurderingen av smerte må foretas i intensivmiljøet, og er et viktig steg mot å forbedre smertehåndtering. Det anbefales at smertevurdering bør prioriteres høyere i den kliniske praksis og intensivsykepleiere må være bevisste den forskningsbaserte praksis, men også lede veien mot implementering og kontinuerlig evaluering som et mål for å redusere smerter hos fremtidige pasienter (Shannon og Bucknall 2003). Det blir beskrevet at rastløshet og grimasering ofte brukes for å beskrive smerter ved gjennomgang av pasientdokumentasjon, mens muskelspenhet og respirator-relaterte tegn blir mindre notert. Beskrivelser av agitasjon er ofte brukt, selv om dette også sier mer om bevissthetsnivå. Beskrivelser som går på pasientens adferd, samt vitale tegn blir brukt for å beskrive tilstedeværelsen eller fraværet av smerter (Haslam mfl. 2012). Ved nociseptive prosedyrer som trakealsuging skjer endringer i ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser og muskeltonus ved grimaserende pasient, rynker i pannen og spenhet i kroppen hevder Jeitziner mfl. (2012). I et review for å undersøke smerte-indikatorer hos hodeskade- pasienter, fant Roulin og Ramelet (2012) at ansiktsuttrykk, bevegelse av kroppen, og muskel- spenninger alle var indikatorer for å vurdere smerte, men beskrivelsene av disse varierer. Intensiteten av smertene ut fra hvordan disse indikatorene utløper seg varierer ut fra graden av bevissthet hos pasientene. Endringer i fysiologiske parameter er også beskrevet, men ikke konkludert. Björknes og Rustöen (2012) undersøkte sykepleiernes

vurdering av smerte hos sederte pasienter på respirator, i to norske intensivavdelinger ved bruk av tverrsnittundersøkelse. Flest intensivsykepleiere svarte at stigende blodtrykk, stigende hjertefrekvens, ansiktsgrimaser og stigende respirasjonsfrekvens er indikatorer som brukes for å vurdere smerte. Arbour og Gelinas (2010) mener at bruken av vitale tegn må brukes med varsomhet ved smertevurdering da de har forsøkt å teste validiteten av vitale tegn hos nyopererte hjertepasienter. Ved en nociseptiv prosedyre og sammenligne med pasientenes selvrapporing, fant de at resultatene samsvarer med anbefalingene til Herr mfl. (2006): Endringer i vitale tegn som en hoved-indikator kan være misledende, fordi det finnes så mange underliggende fysiologiske årsaker og medikamenter som kan påvirke. Det anbefales kun å bruke vitale tegn som et hint i forhold til å vurdere smerte hos pasienter som er intuberte. Rose mfl. (2011) fant i en undersøkelse at sykepleiere var mindre selvsikre i deres evne til å vurdere smerter hos pasienter som ikke kunne rapportere selv, og de brukte smertekartleggings-verktøy oftere hos pasienter som kunne kommunisere, enn hos de som ikke kunne. Grimasering, stemmebruk og ynk, var indikatorer for smerte som ble rapportert av sykepleierne. Hemodynamisk ustabil pasient, arbeidsmengde og at pasienten ikke hadde mulighet for å kommunisere, var barrierer som påvirket smertevurdering og behandling. Hjelpemidler som kan effektivisere smertebehandlingen er prioritering av smerten, og riktig forordninger av smertelindring (Rose mfl. 2011). Sykepleiere fra tre intensivavdelinger i Tyrkia var inkludert i undersøkelsen til Aslan, Badir og Selimen (2003). Resultatene konkluderes med at flesteparten av intensivsykepleierne ikke visste hvordan de skulle vurdere smerte hos pasienter med kommunikasjonsproblemer, og understreker et behov for å tilnærme sykepleiernes utdanning og praksis med tanke på å vurdere og behandle intensivpasienters smerte (Aslan, Badir og Selimen 2003). Å vurdere respiratorpasienters smerte og sedasjon, samt administrere analgesi som ikke består av opioider, kan redusere respiratortid og tid i intensivavdelingen (Payen mfl. 2009).

1.1.5. SMERTEKARTLEGGINGSVERKTØY

Ett verktøy for å angi smerte er «Visuel analog scale» (VAS) eller «Numeric rating scale» (NRS), som er en skala der pasienten selv setter et merke på en skala fra 1-10 for å angi intensiteten av smerte. Disse skalaene er ikke validert for bruk hos respiratorpasienter i følge oppslagsverket Up To Date (Tietze 2012).

For å vurdere smerter hos pasienter som mottar respiratorbehandling, viser forskning at det er utarbeidet flere skalaer. Det finnes mange studier med formål å teste ulike smertekartleggingsverktøyene for validitet og reliabilitet. "Behavioral Pain Scale" (BPS), ble utarbeidet av Payen mfl. (2001) og inkluderer tre items med ansiktsuttrykk, bevegelse i overestremitetene og samarbeid med respirator. Hver av disse har fire graderinger med poeng fra 1- 4 ut fra den enkelte beskrivelse. Totalt er maksimal skår 12 for sterkeste smerte og 3 for smertefrihet. Dette smertekartleggingsverktøyet er testet i flere studier for validitet og reliabilitet (Payen mfl. 2001; Aissaoui mfl. 2005; Young mfl. 2006). BPS også oversatt og testet i Norge av Fosser Olsen og Rustøen (2011). Et annet smertekartleggingsverktøy er "Critical Care Observation Tool" (CPOT), utarbeidet av Gelinás mfl. (2006). Dette instrumentet har tre items som går på ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser og muskelspenhet i overkroppen. I tillegg har også instrumentet to items til: Ett for bruk av stemme hos pasienter som er ekstubert og ikke mottar respiratorbehandling, eller ett for samarbeid med respirator for de som mottar respiratorbehandling. Hvert item kan skåres 0-2 ut fra beskrivelsene som er gitt, slik at 8 poeng er maksimal skår for smerte og 0 indikerer smertefrihet. Den svenske versjonen av CPOT er testet for validitet og reliabilitet i Sverige, men ikke i Norge (Nurnberg Damstrom mfl. 2011). I en studie der sykepleiere har evaluert gjennomførbarheten og den kliniske nytten av CPOT, mente 90 % av sykepleierne at beskrivelsene som følger med CPOT var lette og forstå og gjennomføre. 70 % mente at skalaen var nyttig for sykepleien og anbefaler rutinemessig bruk av denne (Gelinás 2010). Det finnes også flere smertekartleggingsverktøy for bruk hos pasienter som mottar respiratorbehandling, blant annet "Non- Verbal Pain Scale" (NVPS) utviklet av Odhner mfl. (2003) som er basert på en tidligere skala for barn: "FLACC"- skalaen (Merkel mfl. 1997). Denne baserer seg på forskjellige observasjoner av ansikt, bein, agitasjon og gråt, økt blodtrykk og puls (Odhner mfl. 2003). NVPS har begrensninger i uttestingen når det gjelder validitet og reliabilitet og er derfor ikke anbefalt til bruk hos voksne respiratorpasienter i følge Li, Puntillo og Miaskowski (2008). Derimot har BPS gode resultater å vise til, og CPOT kan også være nyttig i å vurdere smerter hos disse pasientene, men trenger ytterligere validering i følge Cade (2008). Li, Puntillo og Miaskowski (2008) så nærmere på totalt seks forskjellige smertekartleggingsverktøy til voksne pasienter som ikke kan kommunisere i intensivavdelingen. De kom frem til at to av disse, BSP og CPOT, viser god evidens for validitet og reliabilitet, selv om ingen har blitt akseptert som et standardisert

måleinstrument. Det samme oppgir Herr mfl. (2006) i kliniske anbefalinger fra American Society for Pain Management Nursing, samt oppslagsverket Up To Date i forhold til klinisk bruk av smertekartleggingsverktøy (Tietze 2012).

Woien, Stubhaug og Bjork (2012) viser at det ikke brukes rutinemessige protokoller for smerte og sedasjon i Norske intensivavdelinger annet enn bruk av MAAS (Devlin mfl. 2001). Det anbefales mer systematiske metoder for vurdering av både sedasjon og smertevurdering (Woien, Stubhaug og Bjork 2012). I tillegg trenger sykepleiere økt kunnskap og ferdigheter for å vurdere smerter hos denne pasientgruppen (Aslan, Badir og Selimen 2003; Björknes og Rustöen 2012).

1.2 HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Hensikten med denne empiriske studien er å undersøke hvordan intensivsykepleiere vurderer smerter hos voksne, sederte pasienter som mottar respiratorbehandling. Grad av sedasjon spesifiseres ikke, med tanke på at den voksne pasienten som mottar respiratorbehandling kan veksle mellom å være lett eller tungt sedert, og intensivsykepleierens oppgave i å vurdere smerte må gjøres uansett. Det er et ønske om at denne studien kan bidra til å utvikle anbefalinger om smertevurdering av respiratorpasienter.

Forskningsspørsmål er:

- 1: Hvordan bruker intensivsykepleiere kunnskaper og erfaringer i vurdering av smerte?
- 2: Hvilken betydning har intensivsykepleierens holdninger i vurderingen av smerte?
- 3: Hvilke andre faktorer kan påvirke intensivsykepleierens vurdering av smerte?
- 4: Hva er intensivsykepleieres erfaringer med smertekartleggingsverktøy?

2.0 METODE

2.1 DESIGN

Studiens design er kvalitativ, deskriptiv med fokusgruppeintervjuer.

2.2 BEGRUNNELSE FOR BRUK AV KVALITATIV METODE

Den opprinnelige greske betydningen av metode er «veien til målet» (Kvale mfl. 2009). Kvalitative forskningsmetoder fokuserer på den subjektive opplevelsen og har som mål å beskrive eller forstå et fenomen innen en gitt kontekst. Det inkluderes vanligvis en liten gruppe som man henter data fra gjennom intervjuer, eller observasjoner. De ulike metodologiske design avhenger av det spesifikke forskningsspørsmålet som er stilt (Whittemore og Melkus 2008). I kvalitative design blir forskerne intenst involvert og må bruke seg selv som et forskningsinstrument, mens i kvantitativ forskning kan forskerne strukturert samle data ved hjelp av instrumenter, for eksempel ved utvikling av spørreskjema (Polit og Beck 2012). Prosedyreforskjellene mellom kvalitative og kvantitative metoder skyldes ulik type problemstilling. De kvalitative metodene sikter mot å forstå, ikke forklare, og målet er å beskrive, ikke predikere. Det handler også om vesentlige forskjeller i håndtering av data representert av henholdsvis tekst og tall (Malterud 2011). Kvalitative metoder egner seg godt for utforskning av erfaringer og meninger. En og samme virkelighet kan alltid beskrives ut fra ulike perspektiver, selv om ikke alle perspektiver er like relevante ut fra den problemstillingen som er valgt (Malterud 2012). I et kvalitativt forskningsintervju produseres kunnskap sosialt, gjennom interaksjonen mellom intervjuer og intervjuperson. Å innhente dataene er mer enn bare streng overholdelse av regler, men er avhengig av intervjuerens ferdigheter og personlige vurderinger med hensyn til hvordan spørsmålene stilles. Kvaliteten på dataene avhenger også av intervjuerens ferdigheter og kunnskaper om temaet (Kvale mfl. 2009).

I denne studien er forskningsspørsmålene knyttet til hvordan intensivsykepleiere vurderer smerte hos voksne, sederte respiratorpasienter. Dersom kvantitativ metode skulle vært anvendt, for eksempel ved bruk av spørreskjema, kunne forskningsspørsmålene blitt besvart mindre utdypende, med lite rom for spontane og utfyllende besvarelser. Interaksjonen mellom intervjuer og intervjuobjekt ville manglet. Å undersøke hvordan intensivsykepleiere

vurderer smerte kan undersøkes og forskningsspørsmålene besvares ved å samle inn omfattende beskrivelser for å forstå og finne svar. Beskrivelsene kan hentes fra informanter som med egne ord forklarer fenomenet og har muligheten til å utdype dette på en grundigere måte i ett intervju. Derfor er kvalitativ metode relevant for å besvare studiens hensikt og forskningsspørsmål.

2.3 FOKUSGRUPPEINTERVJU

Fokusgruppeintervjuer ble i starten benyttet av samfunnsforskere i 1920 årene og har etter hvert blitt bredt anvendt i både forbrukerforskning, reklamekampanjer, markedsføring samt til evaluering av sosiale programmer. På 1980 tallet ble fokusgruppeintervjuer tatt mer i bruk innenfor den akademiske samfunnsforskningen (Kvale mfl. 2009). I et fokusgruppeintervju blir en gruppe samlet for diskusjon. Intervjueren, eller moderatoren, guider diskusjonen etter skriftlige spørsmål eller punkter som skal dekkes, slik som i et semistrukturert intervju. Intervjuene er planlagte diskusjoner som drar fordelene av gruppedynamikk for å få mest mulig informasjon på en økonomisk måte (Polit og Beck 2012). Fokusgruppeintervju som kvalitativ forskningsmetode består av empirisk materiale av tekst som representerer menneskers samtaler eller samhandlinger (Malterud 2012). Metoden er egnet fordi den krever mindre ressursinnsats ved innhenting av data enn om deltagerne skulle vært intervjuet individuelt (Goodwin og Happell 2009; Malterud 2012). Gruppesamtalen gir også en annen type kunnskap, der diskusjoner i gruppen kan bidra til assosiasjoner og fantasi, og dermed skape fortellinger. Dette kan være aktuelt i forbindelse med for eksempel erfaringer fra et pasientperspektiv, erfaringer og synspunkter hos helsepersonell, eller studier i utdanningserfaring (Malterud 2012). Gruppesammensetningen gir en forutsetning som stimulerer for diskusjon og debatt rundt spesifikke og relevante synspunkter, som kanskje ikke informantene hadde uttrykt dersom de hadde blitt intervjuet individuelt (Goodwin og Happell 2009). I følge Malterud (2012) hevder Morgan at ved å utforske felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler, er fokusgrupper en relevant forskningsmetode.

Fokusgruppeintervju er en ikke-styrende intervjutype med formål å få frem så mange forskjellige synspunkter i gruppen som mulig. Intervjueren har som oppgave å skape en velvillig og åpen atmosfære, slik at personlige og motstridende synspunkter fremstår.

Fordeler ved bruk av fokusgruppeintervju er at det er rom for spontane ekspressive og emosjonelle synspunkter om temaet innen et nytt område. I tillegg til at gruppetilhørigheten kan bidra for å få frem tabubelagte følsomme områder som vanligvis ikke er tilgjengelige synspunkter (Kvale mfl. 2009). Det er en fordel å velge ut homogene grupper, slik at man skaper en komfortabel dynamikk i gruppene. Da kan deltagere føle seg mer vel med å uttrykke sine synspunkter da de har lignende bakgrunn som de andre medlemmene. Grupper på fire eller færre kan kanskje ikke skaffe tilstrekkelig interaksjon, da det ikke er sikkert alle vil uttrykke sine meninger på samme måte. Settingen for intervjuene bør velges med omhu, og ideelt sett være på et nøytralt område. Stedet bør være komfortabelt, lett tilgjengelig og ha riktig akustikk i forhold til lydopptagelse (Polit og Beck 2012).

Ulempene ved fokusgruppeintervju er at fremtredende personer med bestemte meninger kan overskygge de mer stille, tilbakeholdne menneskene slik at deres stemme blir mindre hørt. På den måten kan data bli unøyaktig presentert fordi en mening representeres som en helhet i gruppen (Goodwin og Happell 2009). Maktforholdet mellom intervjuer og deltagere, for eksempel dersom intervjueren kommer fra en bestemt institusjon som skal evalueres, kan også være en ulempe (Webb og Kevern 2001). Andre ulemper er innhenting av data innen sensitive tema, som seksuell aktivitet eller annen adferd som er sosialt sett på som avvikende, for eksempel rusmisbruk eller seksuelt misbruk. På en annen side er det også hevdet at fokusgruppen kan være innbydende til å kunne dele felles erfaringer, og på den måten skape trygghet i miljøet fra gruppen innen sensitive tema (Jayasekara 2012).

I denne studien er fokusgruppeintervjuer valgt fordi samspillet mellom en gruppe intensivsykepleiere kan bidra til å få frem mange synspunkter. Det er rom for både enighet og uenighet, og gruppens deltagere har muligheter for å besvare spørsmålene ved diskusjon seg i mellom for å trekke ut deres erfaringer og spontane synspunkter innen smertevurdering. Gruppedynamikken kan bidra til flere erfaringer synliggjøres. På den måten vil mer data produseres enn i en intervjusituasjon med enkeltpersoner, som er en av fordelene ved å bruke fokusgruppeintervju som metode.

2.4 KVALITATIV INNHOLDSANALYSE

Ulike analyseringsmetoder innen kvalitativ forskning er forankret i forskjellige forskningstradisjoner eksempelvis antropologi, psykologi, filosofi eller sosiologi. Analysering

av data skjer fortløpende og med etterfølgende strategier som etterhvert fastslår når datainnsamlingen er ferdig (Polit og Beck 2012). Beskrivende kvalitative studier som ikke har en grunnleggende teoretisk forankring, kan sies at det er gjort en innholdsanalyse (ibid). Den fremstår som en fleksibel, praktisk og nyttig analysemetode, for å utvikle og utvide kunnskap om menneskelige erfaringer knyttet til helse og sykdom (Hsieh og Shannon 2005). Målet er å oppnå en sammensatt og bred beskrivelse av fenomenet, og resultatet er oppfatninger eller kategorier som beskriver dette (Elo og Kyngas 2008). Innholdsanalyse har fått en etablert posisjon i sykepleie-forskning og kan brukes i både kvalitativ og kvantitativ forskning (Cavanagh 1997; Graneheim og Lundman 2004; Hsieh og Shannon 2005; Elo og Kyngas 2008; Krippendorff 2012).

Det er viktig med nøye beskrivelse av type innholdsanalyse som er utført, slik at det styrker studiens vitenskapelige metode (Hsieh og Shannon 2005). Elo og Kyngas (2008) beskriver en induktiv eller deduktiv måte som velges ut i fra studiens hensikt. En induktiv tilnærming omfatter ingen eller fragmentert kunnskap innen forskningsområdet slik at kategoriene vil stamme fra dataene i innholdsanalysen. Prosessen inkluderer åpen koding, dannelsen av kategorier og abstraksjon. Deduktiv innholdsanalyse brukes innen testing av tidligere teori eller modeller innen emnet. Videre må forskeren ta stilling til om analysen skal inkludere manifest eller latent analyse. Det latente trekkes inn i analysen nærmere abstraksjonen i organiseringsfasen. Målet med latent innhold er å merke seg stillhet, sukk, latter og kroppsholdninger (Elo og Kyngas 2008). Totalt vil det latente inkludere aspektene og en underliggende tolkning av budskapet etter analysen, mens det manifeste er det synlige som kommer frem av teksten (Graneheim og Lundman 2004). Det er omdiskutert om skjulte meningsenheter skal inkluderes i analysen, fordi analysing av dette inkluderer tolkning (Elo og Kyngas 2008).

Innholdsanalyse er aktuelt i denne studien fordi dette er en metode som er tydelig å følge tinn for trinn med tanke på forskerens erfaring i forskningssammenheng. Metoden er systematisk og tydelig med det mål at resultatene skal fremstå som troverdige. I kvalitative deskriptive fremgangsmåte sammenfaller innholdsanalyse godt med fokusgruppeintervjuer (Rothwell 2010). I denne studien er det valgt å bruke induktiv innholdsanalyse med latent tema, etter Elo og Kyngas (2008) beskrivelse.

2.5 INTERVJUGUIDE

En intervjuguide er et manuskript som er forberedt på forhånd, som strukturerer intervjuet. Den kan inneholde temaer som skal dekkes, eller detaljerte formulerte spørsmål. Intervjuerens skjønn og taktfullhet avgjør hvor nær han vil holde seg til guiden og hvor mye han skal følge opp deltagerens svar og nye retninger som kan oppstå (Kvale mfl. 2009).

Intervjuguiden (vedlegg 2) som ble utarbeidet til denne studien, ble formulert med totalt seks spørsmål. Spørsmålene ble utarbeidet i tråd med studiens hensikt og forskningsspørsmål. Enkelte spørsmål var spesifikke, mens andre var mer overordnede i den forstand at de ga deltagerne rom for å svare forskjellig. Intervjuguiden ble testet i et intervju av to intensivsykepleiere som ikke er inkludert i studien. Formålet med denne var å teste intervjuguiden, ikke gruppe-interaksjonen. Alle spørsmål i intervjuguiden ble diskutert og revidert etter innspill fra testen. Den som intervjuet ble på denne måten også testet i intervjusituasjon før de datasamlende intervjuene.

2.6 INKLUSJON OG EKSKLUSJONSKRITERIER

For å sikre at deltagerne hadde ensartet utdanning og kompetanse, ble det inkludert intensivsykepleiere som arbeider fast i intensivavdeling, og hadde nåværende arbeidsoppgaver knyttet til pasienter som behandles på respirator. Kjønn og antall år arbeidserfaring, ble forespurt ut fra hvordan disse var representert i den aktuelle avdeling. Målet med dette var å få en bredde i utvalget, slik at gruppene hadde variasjon, og kunne bidra med så mange aspekter som mulig innen temaet. Eksklusjonskriterier var deltagere som ikke snakket norsk, intensivstudenter og sykepleiere uten, eller med annen videreutdanning enn intensivsykepleie. Disse kriteriene ble valgt for å oppnå representative intervjugrupper for standen av intensivsykepleiere som behandler respiratorpasienter.

2.7 UTVALG

Litteraturen viser stor variasjon i anbefalinger og praksis når det gjelder antall deltagere i fokusgrupper (Twohig og Putnam 2002; Kvale mfl. 2009; Malterud 2012; Polit og Beck 2012). Malterud (2012) anbefaler, også på bakgrunn av hennes egne erfaringer med metoden, å tilstrebe grupper på fem til åtte deltagere, med en fleksibel rekrutteringsstrategi som gjør at man kan fylle opp gruppen dersom frafall på kort varsel, eller omvendt ved å plassere

deltagere i en annen gruppe dersom den første blir stor nok. Med tanke på hvor mange grupper som bør intervjues hevder Malterud (2012) at metodelitteraturen om fokusgruppeintervjuer viser stor variasjon når det gjelder dette. Forforståelse, problemstilling og teoretisk referanseramme bestemmer hvilke forhold å ta hensyn til for å oppnå data som omfatter det aktuelle temaet i tilstrekkelig dybde og bredde (Malterud 2011).

I denne studien er det strategisk rekruttert deltagere med forsøk på å få et representativt utvalg av intensivsykepleiere. Utvalget er sammensatt ut fra den målsetningen at materialet ville da ha best mulig potensial for å belyse problemstillingen.

Før rekrutteringen av deltagerne ble det innhentet godkjenning fra avdelingssjefer for tre forskjellige intensivavdelinger. Informantene i studien er intensivsykepleiere, altså sykepleiere med videreutdanning i intensivsykepleie, beskrevet av Norsk Sykepleierforbund Landsforening for Intensivsykepleiere (2002). Valget av intensivavdelinger var av praktisk betydning i forhold til reisevei og i forhold aktuelle godkjennelser, da alle avdelingene er innen samme helseforetak. Fagutviklingssykepleier- eller avdelingssykepleier rekrutterte deltagere etter inklusjons- og eksklusjonskriteriene, og det ble gjort avtale med intervjueren om tid og sted. Det ble forespurt grupper med seks intensivsykepleiere i hver gruppe, men to av intervjustedene kunne bare stille med fire i gruppen. Dette var på grunn av at det ble brukt deltagere som var på jobb samme dag og ble tatt ut av avdelingen den tiden intervjuet ble avtalt, og på grunn av personalsammensetningen kunne man ikke avse totalt seks intensivsykepleiere fra avdelingen samtidig. Deltagernes erfaring i intensivavdeling var spredt fra 1,5 år til 41 år. Noen hadde arbeidet i intensivavdelingen noen år før videreutdanning, og noen siden de var ferdige. Det var også noen som hadde jobbet en periode utenfor intensivavdelingen for så å komme tilbake. Flest hadde 100 % stilling, noen få hadde mindre stillingsprosent, men ingen lavere enn 75 %. Hele utvalget besto av kun kvinner. Årsak til dette er ikke kjent, men det kan tenkes at kvinner er overrepresentert i avdelingene og at det kunne være logistisk vanskelig å rekruttere menn til intervjuene. Opprinnelig hadde ett av intervjustedene en mannlig deltager, men han måtte trekke seg av personlige årsaker rett før intervjuet. Totalt besto utvalget av 14 intensivsykepleiere. Se tabell 1 av deltagerdata med median og mean, for å vise bredden i erfaring og stillingsbrøk.

Deltagerdata (n=14)				
	Min år	Max år	Median	Mean
Antall år siden utdanning i intensivsykepleie	1,5	41	12,75	13,8
Antall år erfaring i intensivavdeling	1,5	41	13	13,8
Stillingsbrøk	75 %	100 %	100 %	95 %

Tabell 1: Deltagerdata

2.8 DATAINNSAMLING

Tid og sted ble avtalt med rekrutteringsperson fra de enkelte avdelingene. Stedene som ble brukt var samtalerom som var avskjermet fra forstyrrelser i avdelingen, og i ett tilfelle ett kontor. Intervjuene ble gjennomført uten ytre forstyrrelser i underkant av en time på hvert sted. Intervjueren testet lyd kvaliteten før start og opplyste deltakerne om tema, studiens hensikt og praktiske opplysninger, blant annet at de måtte snakke en om gangen. Intervjuene ble gjennomført som planlagt etter den utarbeidede intervjuguide (vedlegg 2). Oppfølgingsspørsmål ble stilt da intervjueren følte det passet i forsøk på å få deltagerne til å utdype påstander de hadde. De to første intervjuene hadde deltagerne som ivrig snakket om temaet, mens det tredje intervjuet hadde noe mer forsiktig-talende informanter slik at dette intervjuet ble noe kortere enn de to andre. I enkelte tilfeller kom deltagerne inn på tema utenfor studiens hensikt, der intervjueren hentet deltagerne inn igjen, ellers hentet de også inn hverandre slik at alle intervjuer ble relativt selvgående. Målet med intervjuene var å samle data etter studiens hensikt, noe som gikk som planlagt.

2.9 DATAANALYSE

2.9.1 TRANSKRIBERING

Polit og Beck (2012) mener at transkribering av fokusgruppeintervjuer kan by på utfordringer med tanke på lyd kvalitet dersom deltagerne snakker samtidig eller i forskjellige lydnivå. Godt lydutstyr sikrer kvaliteten på opptaket og bidrar til å forenkle transkriberingen. Tiltak for å oppnå dette var god kvalitet på lydopptaksutstyr, og kontroll av denne før intervjuets oppstart. Til tross for dette var det tilfeller i intervjuet der deltagerne snakket samtidig innen temaer som skapte enighet eller uenighet i gruppen. Allikevel hadde lydopptaksutstyret god kvalitet på lyden slik at man klarte å transkribere meningene som kom frem. De tidspunktene i intervjuene der det ble snakket samtidig ble notert i det transkriberte materialet. Transkriberingen ble utført av intervjueren selv. Det ble brukt tegn som parentes,

komma og punktum der det var naturlig. Deltagerne ble merket som «D» og intervjuer som «I» i teksten, slik at deltagerne ble separert fra hverandre for at den transkriberte teksten for at det skulle bli oversiktlig og lettleselig. Goodwin og Happell (2009) anbefaler bruk av et «tracking sheet», et sporingsark i transkriberingen som nummererer deltagerne slik at individuelle responser vil bli notert og antall ganger den enkelte har snakket. I denne studien ble ikke et slikt sporingsark brukt når det gjelder antall ganger den enkelte deltager mente noe, men deltagerne ble skilt fra hverandre ved å merke «D1», «D2» og så videre i teksten. I enkelte tilfeller kunne det være vanskelig å skille en stemme fra en annen, så lydfilene ble avlyttet gjentatte ganger for å sikre riktig deltagermerking.

2.9.2 INDUKTIV INNHOLDSANALYSE

I denne studien er det valgt å bruke induktiv innholdsanalyse etter Elo og Kyngas (2008) beskrivelse der analyseprosessen beskrives i tre hovedfaser: Forberedelse, organisering og resultering. Videre inkluderer organiseringsfasen fem trinn med åpen koding, samling av kodene, gruppering, kategorisering og abstraksjon. Elo og Kyngas (2008) mener at det er ingen systematiske regler for fasene, men hovedpoenget er å kategorisere innholdet i teksten til mindre innholds-enheter og oppnå en sammensatt og bred beskrivelse av fenomenet med kategorier som beskriver dette (Elo og Kyngas 2008). Starten av forberedelsesfasen inkluderer valg av meningsenheter. Dette kan være en vanskelig og utfordrende prosess, dersom meningsenhetene er for små kan det resultere i fragmentering av teksten, mens for stor meningsenhet kan inneholde flere meninger. Dette er også kritisk for troverdigheten til en kvalitativ studie at meningsenhetene er passende (Graneheim og Lundman 2004). Problemstillinger rundt koding er viktige, da identifiseringen av kodene er sentrale for å ivareta så god beskrivelse som mulig (Cavanagh 1997).

Analysen i denne studien startet med transkribering av intervjuene som er gjort av forskeren selv. Deretter ble det transkriberte materialet grundig lest gjennom flere ganger. Neste trinn inkluderte åpen koding ved valg av meningsenheter som ble hentet ved bruk av tabell. Denne tabellen innebar ren intervjutekst, omformulering til redusert tekst og deretter formulert til kode. Hvordan dette er gjort vises i eksempel (Tabell 2).

Gjennom dette arbeidet ble koder og meningsenheter hele tiden vurdert ved gjentakende gå gjennom tabellen, fra tekst til kode og motsatt. På denne måten ble meningsenhetene nøye vurdert og revidert.

Intervjutekst	Redusert tekst	Kode
Kunnskap om betydningen av å gi det kontinuerlig kontra gi det intermitterende, mange viktige ting som.	Vite betydning av å gi kontinuerlig kontra intermitterende smertelindring	Kunnskap om medikamentell smertebehandling
Mye, du må ha kunnskap på mange områder.	Man må ha kunnskap på mange områder	Må ha kunnskap på mange områder
Også er det og viktig at, om en pasient er satt på en type smertestillende, at det hele tida blir vurdert fra dag til dag, om vi kan forandre smertelindringen. Det er mer effektivt hvis pasienten skulle være mer våken for eksempel,	Det er viktig at smertestillende blir vurdert fra dag til dag hvis pasienten skal være mer våken	Smertestillende vurderes daglig
, å og det med aktivisering at de.. er viktig og i forhold til smertelindring det at de ikke blir liggende.	Aktivisering er viktig for smertelindring slik at pasientene ikke blir liggende	Aktivisering for sengesmerter
Det er kjempeviktig å ikke ha så tungt sedert pasient og, at du kan faktisk kommunisere og pasienten kan gi uttrykk for hvor det er vondt og om det er vondt,	Viktig med lettere sedert pasient for da kan man kommunisere med pasienten om smerter	Lettere sedering gir bedre kommunikasjon

Tabell 2: Eksempel på valg av meningsenheter til redusert tekst og koding

Dannelse av kategorier gjøres ved at kodene samles og grupperes til sub-kategorier, for deretter å kategoriseres til generiske kategorier og hovedkategorier (Elo og Kyngas 2008). Cavanagh (1997) hevder at målet med å danne kategorier er å beskrive fenomenet, øke forståelsen og generere kunnskap. Å kategorisere slik at hovedkategorier gjenstår til slutt er en del av abstraksjonsprosessen i organiseringsfasen (Elo og Kyngas 2008). Hele prosessen ble gjennomført i samarbeid med studiens veileder, der diskusjon av både koder, sub-kategorier, generiske kategorier og hovedkategorier ble utført. Dette førte til revidering

gjentatte ganger for å oppnå mest riktig resultat. Den endelige kategoriseringen fra subkategorier til hovedkategorier og tema, vises i resultatkapittelet (3.0). Til slutt ble resultatene trukket ut i resulteringsfasen under hver kategori og igjen kritisk vurdert slik at de ulike oppfatningene ble plassert i riktig kategori. Sitater fra intervjuene er inkludert for å oppnå troverdighet og vise at det informantene har sagt er gjennomgående i analysen.

2.10 TROVERDIGHET

I dette kapittelet vil begrepene troverdighet, samt reliabilitet og validitet presenteres slik de er aktuelle i dette forskningsprosjektet og hvordan de er planlagt ivaretatt gjennom studiens forløp. Selve evalueringen for oppnåelse av troverdighet vil granskes nærmere i kapittel for metodiske overveielser (kapittel 4.5).

Troverdighet er essensielt i kvalitativ forskning og Lincoln og Guba (1985) beskriver fire kriterier for å oppnå troverdighet: Tilforlattelighet (kredibilitet), pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet. Tilforlattelighet sier noe om tillitten til dataene og tolkningen av disse. Pålitelighet svarer til stabiliteten i dataene over tid, mens bekreftbarhet sier noe om objektivitet i innsamlingen og dataanalyse. Overførbarhet svarer til mulighetene for å overføre resultatene til andre settinger og grupper (Polit og Beck 2012). I følge Jayasekara (2012) er det blitt mer fokus på å vurdere reliabiliteten og validiteten, eller påliteligheten og gyldigheten, ved innhenting av data ved fokusgruppeintervju. Reliabiliteten er generelt definert som i den graden som resultatene fra studien kan måles eller repeteres igjen i andre sammenhenger. Validiteten refereres til det som studien viser eller mener i den konteksten som den er ment for å måle eller forske på. I kvalitativ forskning er troverdigheten essensiell, som også vil bidra til å ivareta reliabiliteten og validiteten i studien. Deltagere i gruppen og tidspunktet de er intervjuet på kan påpekes i reliabiliteten. Andre metoder for å bevare reliabilitet og validitet ved fokusgruppeintervju er å utarbeide en forskningsplan med presise forskningsspørsmål. Under intervjuene må intervjueren være bevisst, involvert og ikke blande seg eller hindre diskusjonen i gruppen. Beskrivende og tolkende validitet gjennom god opptaksfunksjon og transkribering bidrar til å oppnå nøyaktige data. Analysen må være rettet mot innhold og ikke statistisk, som betyr at kvaliteten av responsene og assosiasjonene som kommer frem er viktigere enn hvor mange som sa hva. Å beskrive responsene i en fokusgruppe omfatter en balanse mellom hva deltagerne sier og den

vitenskapelige tolkningen av dette gjennom beskrivende og tolkende validitet (Jayasekara 2012).

For å ivareta troverdighet for denne studien ble det planlagt tiltak for å oppnå tilforlatelighet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet, i tillegg til reliabilitet og validitet. Tilforlatelighet er påtenkt ved å bruke Elo og Kyngas (2008) beskrivelse av induktiv innholdsanalyse trinn for trinn, der alle analysens faser er gått igjennom sammen med studiens veileder. Pålitelighet er ivaretatt ved å vise til en bred og oppdatert forskningsfront i studiens bakgrunn, og sammenligne funn med nyere forskning og retningslinjer. Forskningsfronten viser at det er en stor utvikling rundt dette emnet, slik at å vise til og sammenligne med andre studier vil være essensielt for denne studiens pålitelighet. Bekreftbarhet er ivaretatt ved at egen forforståelse (kapittel 2.10.1) er reflektert over på forhånd og underveis som et tiltak for å ivareta tilliten til dataene og dets tolkning. Dermed med forsøk å bevare objektivitet i datainnsamlingen og analysen. Den intensivavdelingen som forskeren selv arbeider i, er ikke inkludert for å bevare bekreftbarhet ved objektivitet i datainnsamlingen og analysen. Studiens overførbarhet kan relateres til alle intensivsykepleiere som arbeider med respiratorpasienter og skal vurdere om pasienten har, og hvor sterke smertene er. Men det finnes også andre pasienter som har begrenset kommunikasjon av ulike årsaker, slik at resultatene kan overføres til bevisstgjøring av sykepleie til flere pasientgrupper og settinger i klinisk praksis. Det kan tenkes at reliabilitet har sammenheng med pålitelighet, og stabilitet i data over tid. Fokusgruppeintervjuene ble planlagt med tre intervju i tre forskjellige intensivavdelinger for å få et bredt utvalg av intensivsykepleiere og dermed ønsket om mer stabile data enn ved færre intervju. Validiteten er gjennomført ved utarbeidelse av forskningsplan og godkjenning av denne ved forskningsplan- seminar, og intervjuguiden ble utarbeidet som et instrument for å sikre at spørsmålene samsvarer med studiens hensikt. Under intervjuene ble rollen som intervjuer bevisstgjort og sørget for at deltagerne i fokusgruppen ikke snakket om andre tema enn studiens hensikt.

2.10.1 FORFORSTÅELSE

Forskeren har en stor rolle gjennom forskningsprosessen. Forskerens ståsted, faglige interesser, motiver og personlige erfaringer avgjør hvilken problemstilling som er mest aktuell, i tillegg til valg av metode, utvalg, hvilke resultater som besvarer de viktigste

spørsmålene og hvordan konklusjon formidles (Malterud 2011). Forforståelse er den «ryggsekken» vi bærer med oss inn i forskningsprosjektet. Innholdet i denne påvirker hele veien måten vi samler og leser data på. Denne bagasjen kan i beste fall gi næring og styrke til prosjektet, men i verste fall bli så tung at vi må avbryte fordi alt handler om hva vi bærer med oss og ikke hva vi ser. Bagasjen består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv, og den teoretiske referanserammen som prosjektets innledning består av. Forforståelsen er viktig som motivasjon for det forestående tema, men ulempene er at forskeren kan gå inn i prosjektet med begrenset horisont, eller manglende evne til å lære av sitt materiale. For å forebygge dette må forskeren ha et aktivt og bevisst forhold til sin forforståelse. Den vanligste fallgruven er å tillate forforståelsen å overdøve den kunnskapen det empiriske materialet kunne levert. Da vil det være vanskelig å skille prosjektets resultat-presentasjon fra prosjektbeskrivelsen (ibid).

Malterud (2011) anbefaler at forskerens innledningsnotat om forforståelse avsluttes med en opplisting av de funn hun regner med å finne, helst så konkret som mulig. Dette er et uttrykk for kunnskapen ved startstreken som underveis bør utfordres, konfronteres og utfylles med den levende kunnskapen fra det empiriske feltet.

Min forforståelse i prosjektet er preget av at jeg er selv intensivsykepleier og jobber klinisk med respiratorpasienter. Dette er både bakgrunnen og motivasjonen for studiens hensikt og problemstilling. Jeg har en oppfatning av at å vurdere smerte hos disse pasientene er vanskelig og jeg opplever selv at alle vurderer ulikt, både kollegaer og leger. At jeg av og til er uenig med legens vurdering om at pasienten ikke har smerte, er en del av forforståelsen min som er viktig å reflektere over. Som forsker har jeg en nærhet til materialet gjennom forforståelsen, og dermed faren med å påvirke resultatene. Samtidig vil også min forforståelse være en styrke ved at jeg forstår informantene, og i intervjuene skjønner umiddelbart hva deltagerne diskuterer. Min praktiske erfaring gjør også at jeg har en styrke ved at jeg vet hva intensivsykepleierne snakker om da de referer til ulike behandlingsmetoder, verktøy og medisinteknisk utstyr. På den måten slipper de å utbrodere elementer som ikke inngår i dybden av forskningsspørsmålene, men kan fortelle om kjernen i temaet i stedet. Men min forforståelse er også forsøkt tilsidesatt ved å reflektere grundig over mine egne meninger og tanker om temaet. I intervjusituasjonene kunne det være lett å være enig og uenig med det deltagerne diskuterte, men mine egne erfaringer ble her forsøkt

satt til side slik at jeg inntok intervjuerrollen i stedet. Gjennom analyseprosessen og bruk av innholdsanalyse ble veileder anvendt for å hente ut meningsenheter og inkludere minst mulig tolkning. Det samme ble gjort i kategoriseringen og resulteringen for å unngå å trekke inn mine egne meninger. Temaet er det latente budskapet, og innebærer min tolkning av materialet som på den måten også inkluderer min egen forforståelse, men hovedsakelig i stor grad hva jeg oppfatter som kjernen i alt informantene har sagt.

2.11 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER

Prosjektet er gjennomført etter forskningsetiske retningslinjer gjennom forskerens rolle til deltager, profesjon og samfunn slik Northern Nurses Federation (2003) beskriver. Anonymiteten til deltagerne er ivaretatt ved at det ikke er mulig å gjenkjenne den enkelte i presentasjon av studien (Polit og Beck 2012). Verken personer, avdelinger eller sykehus er gjengitt ved navn. Konfidensialitet er en lovnad fra forskerens side, og innebærer at forskeren ikke på noen måte offentliggjør informasjon om deltagerne (Polit og Beck 2012), og her innebærer forskerens taushetsplikt om hvem som er intervjuet og steder intervjuet er foretatt.

Studien ble søkt Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) med tanke på personvernet i forbindelse med behandling av personopplysninger i tråd med Personopplysningsloven (2000). De fant ikke prosjektet meldepliktig da studien innebar anonymisering av deltagere ved kun å innhente data som kjønn, alder, antall års erfaring i intensivavdeling og antall års erfaring som intensivsykepleier. Ingen navn er skrevet i prosjektets datamateriale, annet enn signatur i samtykkeerklæringen fra den enkelte deltager, og godkjenningen fra avdelingssjefer som er sikkert lagret og makuleres innen utgangen av 2018. Informasjonsbrev (vedlegg 1) ble sendt til avdelingene og deltagerne på forhånd og samtykkeerklæring ble hentet inn fra alle deltagere før intervjuets start som bevis på at deltagelsen i studien er informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart etter Helseforskningsloven (2009) § 13. Det informerte samtykket står også sentralt i Helsinkideklarasjonen, samt ivaretagelsen av forskning på sårbare grupper (Førde 2013). Begrepet sårbar gruppe innebærer personer eller grupper med omstendigheter rundt sykdom, uførhet, andre personlige forhold, miljø eller manglende resurser i følge Solbakk (2011), og intensivsykepleiere som reflekterer over utøvelsen av sitt eget arbeid kan dermed

ikke regnes som en sårbar gruppe. Regional Etisk Komité (2012) godkjenner prosjekter innen helseforskning, men siden dette prosjektet ikke innebærer helseopplysninger eller forskning på mennesker eller sårbare grupper, er ikke regional etisk komite søkt (Forskningsetikkloven 2006; Helseforskningsloven 2009).

Fordeler ved denne studien er at kunnskapen som kommer frem, kan være nyttig for klinisk praksis og kvalitetssikringen av sykepleien rundt pasienten. Den enkelte deltager kan også ha utbytte av intervjuet som en faglig diskusjon og refleksjon. Dette kan bidra til en økt bevissthet i de respektive avdelingene og det kan også komme fremtidige pasienter til gode. Anbefalingene fra dette prosjektet kan bidra til å utvikle opplæring og utdanning innen smertevurdering av respiratorpasienter hos sykepleiere og studenter i intensivsykepleie. På den måten kan resultatene brukes i videreutdanning i intensivsykepleie, både teoretisk og kan overføres til praksis. Det kan også finnes sykepleiere uten videreutdanning som arbeider i intensivavdelinger. Resultatene fra denne studien kan være spesielt fordelaktig for disse som arbeider med denne type pasienter uten den teoretiske rammen som en videreutdanning innebærer. Risikoen for deltagerne kan være ubehag dersom en deltager er uforberedt eller har en helt annen oppfatning enn de andre i gruppen. Alle har forskjellig personlighet som kan påvirke sammensetningen i en slik gruppe. På den måten kan det føles negativt for den enkelte deltager i et fokusgruppeintervju fordi gruppens meninger som helhet er lagt frem og den enkelte deltagers mening vil kunne inkluderes i dette. Til tross for at han eller hun kanskje ikke var helt enig i påstandene som ble lagt frem. I likhet med deltagelse i andre forskningsprosjekter er risikoen for deltagerne å bli gjenkjent i personidentifiserende opplysninger i materialet. Her er sikkerheten til deltagerne ivaretatt ved anonymisering i alt skrevet materiale og ved konfidensialitet fra forskerens side. Konfidensialiteten gjelder også innad i gruppen, da den enkelte deltager forplikter seg til å ivareta denne, for å skape trygghet og frihet i uttalelsene. Rettighetene til deltagerne er tydelig beskrevet i lovverket blant annet som samtykke, mulighetene for å trekke seg og beskyttelse av personvernet (Personopplysningsloven 2000; Helseforskningsloven 2009).

3.0 RESULTATER

Resultatene fremstår med ett overordnet tema i utfordringen og kompleksiteten ved det å vurdere smerte hos voksne intuberte pasienter som mottar respiratorbehandling. Det er tre hoved- kategorier som omslutter temaet, opparbeidede kunnskaper gjennom teori og erfaring, refleksjoner rundt daglig yrkesutøvelse og kvalitetssikring av smertevurdering. Videre har kategoriene totalt fem generiske kategorier som vist i tabellen og 14 sub-kategorier. Resultatene vil presenteres slik som de fremstår i tabellen som funn etter analysen.

SUB-KATEGORI	GENERISK KATEGORI	HOVED-KATEGORI	TEMA
Vitale observasjoner av smerte	Identifisering av smerte	Opparbeidede kunnskaper gjennom teori og erfaring	Smertevurdering av respiratorpasienter er utfordrende og komplekst
Fysiske observasjoner av smerte			
Ytre faktorer som påvirker smerte			
Ulik tilnærming av smertebehandling	Kunnskap og erfaring		
Forforståelse og forutinntatthet			
Erfart pasientopplevelse			
Holdninger relatert til smertevurdering	Tanker om egen smertevurderingspraksis	Refleksjoner rundt daglig yrkesutøvelse	
Økt bevisstgjøring for smertevurdering			
Kommunikasjon med pasient og pårørende			
Samarbeid i smertevurdering	Tanker om teamarbeid i smertevurdering	Kvalitetssikring av smertevurdering	
Arbeidsbelastning og kontinuitet			
Tillit til kollegers vurdering			
Behov for opplæring og trening i bruk av smertekartleggingsverktøy	Kartlegging og dokumentasjon	Kvalitetssikring av smertevurdering	
Viktigheten av dokumentasjon og rapportering			

Tabell 3: Kategorier, modell inspirert av Elo og Kyngas (2008).

3.1 TEMA

Temaet er det latente hovedinntrykket som fremsto gjennom analysen, at smertevurdering av respiratorpasienter er utfordrende og komplekst ved at den er sammensatt. Det finnes

ikke en klar fasit eller mal for dette. Det er en oppgave som er flerdimensjonal og gir intensivsykepleieren kliniske faglige utfordringer, ikke bare for vurdering av smerten, men også å behandle den gjennom samhandling med lege og legens vurdering av smerte.

3.2 OPPARBEIDETE KUNNSKAPER GJENNOM TEORI OG ERFARING

3.2.1 IDENTIFISERING AV SMERTE

Å gjenkjenne smerte ved observasjoner kom frem i alle intervjuene. Intensivsykepleierne vurderer smerte ved å observere pasientens ansiktsuttrykk, rynker i ansiktet og om pasienten grimaserer. Tårer og svette hos pasienten ble også nevnt, klamhet i huden, og om pasienten har større pupiller enn det som er forventet. Det ble også beskrevet at hoste kan være et tegn, i den forstand at samarbeid med respiratoren kan indikere grad av smerte. I tillegg ser og kjenner de på anspenhet hos pasienten, om pasienten trekker til seg ekstremiteter ved berøring, stritter i mot ved snuing, generell uro, stresset og utilpass pasient. En intensivsykepleier trakk frem det at hun fikk en følelse av å se om pasienten har det behagelig, at pasienten ser rolig og avslappet ut:

(BD3) «Den følelsen at du ser om pasienten ser ut til å ha det veldig behagelig, for du ser det og, at det ser godt ut..».

Informantene mente også at dersom man har flere av disse observasjonene sammen så styrker dette vurderingen slik at man blir sikrere på om pasienten har smerter eller ikke. I forhold til vitale observasjoner ble stigning i blodtrykk og puls, men også respirasjonsfrekvens, beskrevet som tegn til smerte. Men bare puls og blodtrykk blir for uspesifikt og vektlegges ikke alene, men hvis eksempelvis pasienten ikke grimaserer, så vil puls og blodtrykkstigning vektlegges mer. Dersom det finnes andre observasjoner av smerte i tillegg til økte vitale tegn så vektlegges dette mer i mistanken om at pasienten har smerter. De som brukte smertekartleggingsverktøy sa at tidligere var vitale tegn noe de vektla mer før de startet å bruke smertekartleggingsverktøyet.

(AD5) «Jeg bare tenkte på en ting der du sier, og jeg vet og at blodtrykk og puls er, ikke er spesifikt, men det er noe med at hvis du ser, hvis du har, hvis du kjenner pasienten og har han over en hel dag, Da stoler jeg mer på det, enn hvis han helt rolig da, for da har du på en måte flere faktorer sammen som som bekrefter det, hvis han samtidig grimaserer, prøver å legge seg over på ryggen, og blodtrykket stiger, så blir jeg sikrere på at det ikke er bra».

Ytre faktorer som påvirker smerte kan være bråk og uro rundt pasienten, der flermanns-stue ble spesielt påpekt, at det er vanskelig å vite om pasienten er urolig på grunn av omkringliggende faktorer eller smerte. Pasientens oppførsel kan altså ha andre årsaker enn smerte, og det fysiske rundt pasienten vanskeliggjør smertevurdering.

(BD4) «...Jeg jobbet på intensiv (sted), og der var det ikke enerom, og da har du så mange andre ting rundt pasienten som gjør det blir, at det blir vanskelig da, å vurdere smerte, smertenivå».

Det ble også påpekt viktigheten av at pasienten må få ro innimellom, at døgnrytmen følges ved gjøremål og det å ha det ryddig rundt pasienten.

3.2.2 KUNNSKAP OG ERFARING

Alle intensivsykepleierne sa at det å ha kunnskap om smerte og smertevurdering er viktig. Man skal vite hva man skal se etter, og denne vurderingen krever kompetanse.

(CD1) «Kunnskap er jo veldig viktig, å kunne noe om smerte, smertebehandling. Det er kjempeviktig».

Intensivsykepleierne hevder at de kan være flinkere til å tilegne seg ny kunnskap gjennom å ta i bruk nye metoder som forskning viser. Kunnskaper om smertebehandling og medikamentell behandling, samt det å ha oppdatert kunnskap om medikamentene man gir, ble også trukket frem som viktig, for å vite hvordan man skal smertelindre. Med tanke på sedasjon kan god smertelindring lette sedasjon slik at pasientene trenger mindre å sove på, men samtidig er det erfart at pasienter kan sovne av smertestillende, men fortsatt ha vondt.

Informantene spesifiserte også områder innen sykepleie som det er viktig å ha kunnskaper om. Alle refererte spesielt til kirurgiske pasienter og kunnskapen om hvilken type inngrep pasienten har vært igjennom, større eller mindre invasiv kirurgi, og at dette påvirker vurderingen. Ellers trakk intensivsykepleierne frem at det er viktig å ha kunnskaper innen områder som de erfaringsvis har opplevd hos sine pasienter som: Costafrakturer, smerter ved forskjellige typer av brudd, smerter av ødemer hos pasienten, i tillegg til hodepine som følge av respiratorbehandlingen, og pasienter som er plaget med migrene. Betydningen av å ha kunnskaper om riktig leiring, riktig seng og hva som skjer med pasientens kropp ved et langt sengeleie ble diskutert. Kunnskaper om ikke-medikamentelle behandlingstiltak som musikkterapi ble også nevnt.

(BD3) «Også er det viktig at vi har god kunnskap om det når du har en pasient som blir liggende sengeliggende lenge, hva slags forandringer det gjør med ledd og muskler, og hva slags type smerter og ubehag det gir og det som har med opphopning av væske i kroppen som og gir et veldig intenst ubehag for enkelte, det trenger vi og god kunnskap om, og vi trenger og god kunnskap om betydningen av å ligge godt, bruke riktig senger, riktig puter, riktig leiring, det er kunnskap som skal til».

Flere refererte til teoretiske kunnskaper fra litteraturen at mye av det man gjør i en intensivavdeling er smertefullt for pasienten, og trakeal sugesykepleier ble gjentatt referert. En intensivsykepleier hadde opplevd at pasienten hadde vært svært urolig og smertepåvirket da det viste seg at han lå på et fremmedlegeme i sengen, så av og til kan det også være en helt konkret årsak til smerte. I tillegg ble det påpekt i alle intervjuene at det er viktig å finne ut om pasienten har med seg tidligere plager i sykehistorien sin som kan påvirke og forverre smertene. Å ha fokus på andre observasjoner i stedet for gjentagende spørre pasienten, slik at pasienten også blir veldig opptatt av å kjenne på smertene kan være lurt av og til. En intensivsykepleier trakk frem at å bruke avledningsmanøvrer også kan være viktig innimellom for å flytte fokus.

(BD3) «Så tenker jeg ofte noen ganger, så ha fokus på andre ting enn det som er ubehagelig og vondt og, det å bruke avledningsmanøvrer er jo viktig i noen tilfeller...»

Erfaring gir kunnskaper om smerter og ubehag i følge intensivsykepleierne. Det å ha mange pasienter og lang erfaring gjør vurderingen lettere og gir også lærdom til å tolke forskjellige typer smerte.

(AD1) « Trenger kanskje erfaringen vi og, altså jo flere pasienter du har hatt, jo mer har du lært deg til å tolke forskjellige typer smerter da. Ut i fra, blant annet hva dem er operert for eller hva de har vært igjennom...».

Mer erfaring gir også trygghet til å gjøre ting annerledes, men det tar tid å få nok erfaring til å bli trygg. Forslag til tiltak for å kvalitetssikre smertevurderingen er grundig opplæring av nyansatte og studenter som vil gi erfaring i klinikken. Som nyutdannet er egen avdeling der du lærer det grunnleggende før man blir trygg i vurderingen.

(BD1) «....men det er klart sånn som nyutdannet, jeg har jo ikke vært borti respiratorpasienter før jeg var ferdig med videreutdanningen min,da blir du at du lærer deg sånn dem gjør på avdelingen, ikke sant, sånne prosedyrer har vi, og det, det tar jo jeg til meg og lærer meg, fordi at det, det er sånn det er, også er det liksom det grunnleggende, den grunnleggende kunnskapen på en måte da. Men sånn etter hvert da, som ny og får litt mer fartstid så får vi jo litt erfaringer og vi diskuterer med de erfarne også ser vi, jo kanskje det er lurt å gjøre

litt annerledes og sånn, men det er alltid litt det å være nyutdannet, og.. og kunne liksom vurdere og være med å påvirke, hva er det som er viktig for denne respiratorpasienten, og det, det tar jo littegranne tid før en blir trygg på det».

Intensivsykepleierne med lang erfaring snakket om en stor utvikling i tiden når det gjelder smertelindring og sedasjon. Fra å gi medikamenter fast et visst antall ganger i døgnet til å blande smertelindring og sedasjon i samme sprøyte og gi kontinuerlig slik at pasientene ikke våknet på lang tid. Nå har det skjedd en stor utvikling med tanke på sedasjon og smertebehandling. I ett av intervjuene ble det hevdet at de startet ofte med en standard sedering og smertelindring på akutt dårlige pasienter, for deretter å raskt tilpasse regimet av sedering og smertelindring etter pasientens behov. Smertestillende vurderes daglig for å finne en balanse i den medikamentelle behandlingen. I respiratoravvenningsfasen ble det forklart at kontinuerlig intravenøs smertestillende fjernes og oral behandling vurderes.

(BD1) «...når vi får en dårlig pasient som blir lagt på respirator så har vi jo ofte prosedyrer på at han får, han får fentanyl, propofol, ikke sant, eller midazolam, fentanyl, vi har liksom sånn standardiserte som vi nesten bestandig starter med, når du legger en pasient på respirator, Okei, men skal vi, må vi fortsette med det her utover? Når ting har liksom stabilisert seg og roet seg og at en da er litt mer på hugget der med å tenke i de baner at, har han behov for akkurat dette her, er det noe annet vi kan gi og..»

Diagnose ble trukket frem fordi intensivsykepleierne mener at den sier noe om forventede og stryken av smerter. Dette gjelder spesielt med tanke på at det er erfart stor forskjell mellom medisinske og kirurgiske pasienter, nyopererte. Det ble også sagt at selv om man har en forventning til smerte, så er det vanskelig å vite styrken. Ved forventede smerter ble det hevdet at de gir bolus før en prosedyre, men også fordi de kan ha fått rapportert smerte fra vekten tidligere. Det var spesielt ved snuing og hos pasienter som har gjennomgått kirurgi som dette ble trukket frem, men også det med hvilken fysisk håndtering gjennom ulike prosedyrer pasienten gjennomgår. Dersom pasienten er rolig etter administrering av bolus så oppfattes det at han har det bra.

(CD3) «Det, altså før vi gjør noe, for eksempel snuing da på de nyopererte pasientene, så gir vi bolus faktisk med smertestillende før de gangene det.. (D2): Forventede smerter.(Flere) Ja, forventede smerter. (D2): Snuing og, mobilisering og».

Bolus blir også gitt ved å erfare pasientens oppførsel da man kjenner pasienten. Flere hevdet at tidligere så ga man mer bolus på forhånd enn nå, i en intervjugruppe sa

intensivsykepleiere at de gir ikke smertestillende på forhånd av prosedyrer. Nå vil man vurdere smertene før man administrerer mer smertestillende.

(AD5) «Jeg tror jammen at jeg suger en gang, før jeg.. for å se hvordan dem reagerer, før jeg gir smertestillende, eller gir noe på det jeg altså. Jeg er ikke sånn at jeg bare: Dette er vondt, så nå gir jeg smertestillende. Jeg gjør, jeg gjør ikke det».

(AD2) «Men jeg tror vel det at hvis pasienten ligger helt, altså ikke gir noe signaler om at noe er ubehagelig i stell, jeg tror ikke jeg gir noe bolus med noe da, jeg gjør ikke det».

Forventede smerter kan brukes som en bakgrunnsinformasjon, men flere trakk frem erfaringer om at både egne opplevde smerter og hva vi tror er vondt påvirker vurderingen i stor grad, våre egne referanser til hva vi tror er vondt. Det kan også være individuelt hos den enkelte intensivsykepleier hvordan egne opplevelser påvirker.

Intensivsykepleierne mente det er mange faktorer som påvirker vurdering av smerte. Å vurdere smerte hos respiratorpasienter går mye ut på synsing og tolking av pasienten. Underestimering av smerter er en fare, men samtidig overestimering også. Vanskeligheten med å skille smerte og ubehag fra drømmer og andre ting, samt det å skille smerter og bare ubehag også ble diskutert. At smertetoleransen hos den enkelte pasient er individuell vanskeliggjør dette. Det å få kartlagt pasienten med bevegelser for eksempel i stell er viktig. Sedasjonen vil hele tiden påvirke vurderingen ut fra hvilken våkenhetsgrad pasienten er i. I ett intervju ble det hevdet at i noen tilfeller kan det være mulig å skille smerter fra uro og stress.

(CD2) «Altså hvis pasienten rett og slett er redd for å falle ut av sengen, og dem blir, stritter i mot da du skal snu eller blir ansent så, er det ikke sikkert at det er Fentanyl han skal ha da, for eksempel. Men hvis du klarer å finne ut dette der, ved gjentatte ganger liksom så er pasienten griper tak i deg, eller er kjempestressa når du skal snu, så skjønner du kanskje at.. du må heller snakke til han da, og fortelle hva som skjer og prøve å roe han ned og, hvis han er såpass med og kanskje kan kommunisere på den måten. I stedet for å gi en bolus smertestillende, kanskje det du trenger da. Det tror jeg man kan skille på, hos visse pasienter hvertfall».

Intensivsykepleierne trakk frem pasientenes opplevelser i vurderingen av smerte. De refererte til litteraturen som sier noe om det å være intensivpasient, men også det tidligere pasienter har fortalt i etterkant av respiratorbehandling, og at dette er kunnskaper som man trenger som intensivsykepleier. Alle vil at pasienten skal ha det bra og møte han eller hennes opplevelse av smerter. Dersom pasienten er veldig redd kan dette forsterke smertene. Det

at pasientene er mer våkne nå gjør at de er bevisst det som skjer rundt og med de, selv om de kanskje opplever dette bare i øyeblikket og ikke husker det i etterkant. Erfaringsmessig forteller intensivsykepleierne at pasientene kan ha en amnesi og dermed variert hukommelse av ubehagelige prosedyrer. Allikevel hevdes det at vonde erfaringer kan bli sittende igjen i kroppen. Det at pasientene har mulighet til å snakke om opplevelsene sine i etterkant ble trukket frem som viktig.

3.3 REFLEKSJONER RUNDT DAGLIG YRKESUTØVELSE

3.3.1 TANKER OM EGEN SMERTEVURDERINGSPRAKSIS

Intensivsykepleierne mente at de har fått en økt bevissthet for kartlegging av smerter i avdelingen i den senere tid, både i forhold til at pasienten kan ha smerter, men også bevisstgjøring med å ha mer våkne pasienter.

(BD2) «...så jeg tror at vi mer og mer blir bevisst på at de pasientene som ligger på respirator som kan være mest mulig våkne, at vi har de mest mulig våkne, selv om det er kjempekrevende, mere krevende og ha en våken intensivpasient, enn en sovende ofte».

Å sette fokus på et bestemt tema i avdelingen øker bevisstheten hos den enkelte og gir bedre observasjoner. På den måten blir man mer bevisst utøvelsen av sykepleien. En annen måte for å få til dette er ved hospitering i andre avdelinger som gjør at man kan øke egen bevissthet i yrkesutøvelsen. Det å være bevisst går også ut på å ikke dra direkte parallell til seg selv i vurderingen av smerte. Det at man selv synes ting er smertefullt eller godt, er ikke sikkert at pasienten synes. I ett intervju mente noen intensivsykepleierne at deres pasienter får nok smertestillende og de reflekterte over at det kanskje heller gis for mye.

(AD5) «... tror vi egentlig at intensivpasienten ligger og har så veldig mye vondt da? jeg tror kanskje at de fleste av oss har en oppfatning at vi gir nok smertestillende til intensivpasienten (Flere sier ja). (D2) Det tror jeg du har rett i, det tror jeg. (D5) Kanskje vi rett og slett gir for mye?».

Intensivsykepleierne ønsker ikke at pasientene skal ha smerter, og smertestillende gis uansett pasientenes mulige hukommelse i etterkant. Smertelindring anses viktigere enn sedasjon ble det hevdet i ett av intervjuene, der det også ble uttrykt empati for pasienten som uplanlagt kommer utfor respiratorbehandling. Den enkelte intensivsykepleiers holdninger om smerte er individuelt, både hva den enkelte mener at pasienten skal tåle av smerter og ubehag, om det er greit å føle ubehag, eller om ubehag også tolkes som smerter.

Om pasienten ligger litt vondt tolkes som smerter eller ikke. Egne holdninger vil påvirke smertevurderingen hevdes det, om man ønsker eller ikke.

(AD5) «Men jeg tror sånn holdningene våre til smerte, tror jeg, enten vi vil eller ikke er med å påvirke hvordan vi vurderer smertene hos en sedert pasient».

Det ble også trukket frem egen opplevelse i møte med en holdning av å ikke bli trodd i smertene sine, noe som ikke føltes greit. Det å diskutere om pasienten har vondt eller ikke ble trukket frem at gjøres oftere hos postoperative pasienter som kan utrykke selv at de har vondt enn hos den sederte pasienten. At egne holdninger påvirkes lettere da fordi man har en pasient som har muligheten til å formidle selv og da hender det seg at egen mening strider i mot pasientens.

(AD4) «...det har med holdninger å gjør til postop, hvis du har en pasient som ligger der å sover, også «hvordan har du det?» «og jeg har det så vondt», også får du han til å si VAS, så har han 8 i VAS, også liksom særlig det liksom».

Det ble også trukket frem hvordan holdningen er til kollegaer og deres kompetanse at det også påvirker smertevurderingen. Det å ha omtrent like holdninger som en kollega vil bidra til å stole mer på hverandres vurdering da man vet at man står for det samme. Et annet område som ble berørt i forhold til holdninger er innstillingen til nye satsningsområder i avdelingen. Da en innføring av en ny protokoll for sedasjonsstopp innebærer endringer av både rutiner og holdninger hos personalet, føler noen at det kan bli for mange ting på en gang å forholde seg til. Det hevdes at det er mer skepsis blant de eldre intensivsykepleiere.

(AD1) «Og det handler kanskje om at det blir for mange ting på en gang. At det kan bli litt sånn, hva skal jeg forholde meg til?».

På en annen side vil en positiv innstilling kunne bidra til å komme langt i prosessen. Det å formidle verdier og holdninger utad er viktig. Å ha gode kunnskaper og holdninger er viktig, fordi man som intensivsykepleier har stor påvirkningskraft på de rundt seg.

(AD5) «Bare vi er positive til noe, så tror jeg vi kommer langt jeg. Det er liksom det å bestemme seg for at det ikke er noe verdt, det er det som er bremsen, hvis en har den holdningen».

Sedasjon blir referert til som en barriere for å kunne kommunisere med pasienten da den fratar pasientene for å kunne gi uttrykk for smerter. Tube bidrar også til at kommunikasjon med respiratorpasienter er nedsatt da pasienten ikke kan snakke og bruke stemmen. Men

lettere sedering og våkne pasienter bedrer kommunikasjonen, spesielt også de som har en trakeostomi. Smertevurdering kvalitetssikres gjennom kommunikasjon non-verbalt, det å kunne spørre pasienten om smerter, og få et nikk tilbake. Det er også ønskelig med tanke på at pasienten kan svare på årsaken til smerten, men også kunne svare på mer åpne spørsmål som kan gi mer informasjon. Pasientene får også da muligheten til å kommunisere med andre hjelpemidler, som å skrive på en tavle.

(BD2) «Også jeg tror og at det er viktig at vi setter opp et mål, hva, hvor bør pasienten ligge sånn i våkenhet på dagtid og sånn i forhold til, hvis pasienten er så stabil at han kan være våken, så er jo det viktig i forhold til å kommunisere med pasienten, for da kan faktisk pasienten si selv hvor han har vondt og.. For det er forskjell på om du har vondt på grunn av sårmerter eller om du har vondt på grunn av at du ligger vondt liksom, det er to forskjellige måter og behandle det på....».

Intensivsykepleierne trakk også frem kommunikasjon som kan gi pasienten trygghet da man kan informere før en prosedyre for å forberede og da kanskje unngå ubehag. En måte å kvalitetssikre smertevurdering på, er å bruke pårørende for å hente ut informasjon om tidligere plager hos pasienten som kan være et godt erfaringsbasert redskap.

Intensivsykepleierne føler en stolthet i utøvelsen av sykepleie, ønsket for at pasienten skal få en god smertelindring og behandling, og at aldri må glemme det kliniske blikk i sykepleievurderingen.

(BD3) «Men ellers så tenker jeg, det går veldig mye på min stolthet som sykepleier og, for jeg er inne hos pasienten hele dagen, observerer og ser og da er det litt..mitt.. min jobb at pasienten skal ha det bra.....».

3.3.2 TANKER OM TEAMARBEID I SMERTEVURDERING

Det var bred enighet i alle intervjuene om at intensivsykepleiere samarbeider med hverandre om smertevurdering. Det ble trukket frem som både nyttig og praktisk da man står sammen i for eksempel stell. Dersom usikkerhet, eller hos de med mindre erfaring, fortalte at de følte de måtte konferere oftere med andre. Alle presiserte at dette var det gode kultur for i deres avdelinger og at dette er positivt. Intensivsykepleierne hevdet at de konferer seg i mellom først, før de kontakter anestesilege, men om pasienten har vondt så venter de ikke på legen med å gi mer smertestillende. Samarbeid med anestesilegen ble også trukket frem blant intensivsykepleierne. De gjenspeilte et godt samarbeid med disse legene, at de føler stor påvirkningskraft når det gjelder smertevurdering og forordning på smertestillende tiltak. Men det er ikke alltid at anestesilegen er enig i vurderingen, det

oppfattes heller ikke alltid like observasjoner mellom sykepleier og lege, men det hevdes at det å bli hørt på som intensivsykepleier kan også handle om hvor god man er til å formidle. Intensivsykepleieren må argumentere og begrunne godt hva og hvorfor sin mening. Totalt sett så opplever ingen av informantene å ikke bli hørt som et stort problem.

(BD4) «Jeg bruker nok veldig mye kollegaer, sånn intensivsykepleiere, før jeg spør på en måte, hva mener de også kan jeg dra med meg det inn i samtalen med, eller den dialogen jeg har med anestesilegen da. Fordi at jeg synes det er greit å ha flere vurderinger og, flere øyne som ser og, prate litt med den som har vært på vakt og, før meg».

Det foreligger et ønske om å gjøre smertevurdering mer likt, og for å kvalitetssikre dette kreves en felles forståelse. Tverrfaglig samarbeid blir hevdet som viktig, og en gruppe informanter foreslo etablering av smerteteam for akutt smerte som kan brukes hos disse pasientene. I en annen gruppe refererte informantene til såkalte superbrukere av smertekartleggingsverktøy i deres avdeling som har satt seg grundig inn i verktøyet og kan brukes inne hos pasienten og være behjelpelig for å bruke dette verktøyet.

Ett område som ble diskutert var tillitten til kollegaers vurderinger. Selv om ønsket er der for å vurdere smerte likt, mener intensivsykepleierne at man vurderer forskjellig ut fra erfarings ståsted. I tillegg ble det uttrykt usikkerhet med tanke på andres pålitelighet i vurdering, når det gjelder å kjenne sine kollegaers holdninger og kompetanseområde. Det at rapportgivingen er forskjellig fra person til person vil føre til at noen vil prøve ut mer prosedyrer hos pasienten uten ekstra smertestillende dersom rapporten er lite beskrivende. I ett intervju diskuterte intensivsykepleierne at selv om det er rapportert smerte i for eksempel ene sideleie, så vil man forsøke å snu pasienten dit allikevel. Dette fordi smertene kan endre seg, og fordi man må observere andre områder for eksempel respirasjon. Det er ønskelig å se med egne øyne om pasienten har smerter eller ikke. På en annen side kan dette føre til mye ekstra smerter for pasientene ble det også sagt.

(AD1) «Og vi ser jo hvor ofte det forandrer seg da. For vi kan jo si: Nå reagerer han litt på, ligger ikke godt på venstre side, det blir bare tull, da må han ha vondt da. Også neste natt, eller neste vakt, så viser det seg at det er andre siden. (D5) Jeg prøver jo alltid å legge han på venstre siden allikevel, for å se om det går. (D1) Ja, ikke sant. (Flere sier ja). (D1) For de trenger det for lungene, eller så må man prøve å se hvordan dem puster. Så er jo den sannheten gjort om».

Arbeidsbelastning ble hevdet som en faktor som påvirker smertevurderingen. Det å følge pasienten med kontinuitet i sykepleien gir bedre mulighet for å vurdere smerte. Det krever mer tid hos pasienten man ikke kjenner. Vurdering krever tilstedeværelse, og noen ganger handler det om å stå hos pasienten å se, og ikke handle. Det hevdes at arbeidsbelastning påvirker det å prioritere smertevurdering for mister man fokus på det så taper man små, men ikke uvesentlige ting.

(BD3) «Vi har lett for også glemme, andre ting som er viktig for pasienten, eller vi har ikke lett for å glemme det, men det kommer litt i bakrekka hvis du har, utsatt for ei stor ulykke eller havnet på respirator på grunn av KOLS, eller sånne ting som, så er det det som blir det dominerende,».

3.4 KVALITETSSIKRING AV SMERTEVURDERING

3.4.1 KARTLEGGING OG DOKUMENTASJON

Smertevurdering og dokumentasjon går blant annet ut på å videreformidle sine observasjoner av smerte til neste vakt. I dokumentasjonen ønsker informantene at man skal beskrive smertene mer i stedet for å bare skrive at pasienten har smerter, og dette er noe man bør bli flinkere til. De hevder det er lettere å beskrive hva de ser enn å sette et tall ved bruk av smertekartleggingsverktøy, en beskrivelse forteller mer. Dersom man må dokumentere dette vil det føre til økt bevissthet for pasientens smerter.

(BD2) «Og da tror jeg er viktig at den har det, hvis en må skrive det ned, så må en tenke på det, at det bevisstgjør en, at faktisk da må en tenke på det en gang per vakt, minimum liksom».

Som ny i en avdeling kan retningslinjer for å kvalitetssikre smertevurdering være nyttig. Slike retningslinjer bør innebære kunnskap om å skille sedasjon og smertelindring ble det hevdet i ett intervju.

Intensivsykepleierne hadde noe erfaring med forskjellige verktøy. Av smertekartleggingsverktøy ble VAS nevnt i alle intervjugruppene, mens sedasjons-skalaer som MAAS og RASS ble også nevnt i tillegg til CAM- ICU. Det var kun en gruppe som hadde erfaring med et smertekartleggingsverktøy til bruk hos respiratorpasienter, BPS. Andre var i implementeringsfasen for å innføre verktøy i forbindelse med protokoll for daglig sedasjonsstopp. De hadde ingen tilfredsstillende verktøy per dags dato for respiratorpasienter og så klart behovet for dette. Flere hadde synspunkter på implementering av verktøy med tanke

på at de følte behov for grundig opplæring og informasjon på forhånd før de tas i bruk. Dette for at verktøy skal læres inn riktig for at de skal kvalitetssikre bruken de er ment for.

(CD2) «..., det må orienteres over tid, vi kan nok ikke bruke dem. De har så vidt vært presentert på ei onsdagsundervisning, men det da har vi ikke nådd hele avdelingen enda, så så dem er ikke tatt i bruk enda nei, nei. Vi mener det at vi ikke kan ta de i bruk før det er informert ordentlig om dem».

En intensivsykepleier trakk frem RASS som indirekte kan si noe om smerter dersom pasienten er veldig urolig. CAM- ICU ble også beskrevet som noe forvirrende dersom man ikke forstår hvordan bruken skal være så erfaringene her var varierende. VAS ble i utgangspunktet referert til som et verktøy som brukes hos postoperative pasienter og går direkte på smerte. Intensivsykepleierne i en gruppe at de anga VAS på respiratorpasientens vegne, og på den måten ble endringer i smertestatus synligere og dokumentasjonen av smerte ble bedret.

(BD3) «Jeg bruker VAS, jeg prøver hvertfall en gang per vakt og angi en VAS og jeg ønsker at pasienten min skal ha en VAS på 3 eller mindre, og hvis det jeg mener er variasjon så prøver jeg også angi. Men et blir ut i fra mine observasjoner og ikke det pasienten sier selv. Men jeg tenker at det sier littegrann for de som skal ta over pasienten hvis jeg vurderer at VAS-en ligger på 3-4, også kanskje er det noen som vurderer at den er 6-7 så da er det jo en endring i et eller annet, for jeg tror vi observerer ganske mye likt. Og jeg tenker at det er en grei, en grei, kanskje en grei måte å dokumentere at vi har tenkt på det på. Også skriver vi om det i rapporten, og den effekt».

Erfaringene med bruken av BPS ble diskutert ved at dette er et smertekartleggingsverktøy som går ut på observasjoner og ingen spørsmål. Fordelene ved å bruke denne var at man kan se på verktøyet før og etter stell og deretter finne ut skår og se behovet for å gi smertestillende underveis. BPS kan brukes for å konkretisere smertevurderingen. Intensivsykepleierne hadde akkurat tatt i bruk dette verktøyet så flere beskrev at de hadde liten rutine i bruken og følte ingen systematisk bruk enda. Noen hadde fått opplæring, men ikke alle. Det ble hevdet at for å bli kjent med verktøyet trengs aktivt bruk og mye trening for å få det til.

(AD2) «Det varierer jo mye hvor mye en har å gjøre og sånn, du syns at du har andre ting som er viktigere å gjøre, også da skal du liksom sette seg ned å skulle prioritere å bruke tid på å liksom lese og studere hvordan dette er. Det kjenner jeg, er litt sånn, litt sånn tiltak for meg, å gjøre det. Hvis det er andre ting, som jeg tenker er viktigere å gjøre, med denne pasienten jeg har».

Informantene var enige om at dette verktøyet kan bidra til å gjøre sykepleiervurderinger av smerte mer likt, at man trekkes vekk fra synsing og antagelser. De hevdet også at på en side ble dokumentasjonen ble lettere ved å bruke dette, mens på en annen side så beskrev tallet i skåren lite. Ønsket er å bruke verktøyet på en måte at det ikke bare blir et tall som ikke forteller så mye, og heller ikke bli for fokusert av tallet så man glemmer det andre. Informantene beskrev at de hadde fått en økt bevissthet på det at skår i forhold til smerte tolereres høyrere under utføring av prosedyrer enn i ro. Verktøy skal være til en hjelp og gjøre slik at man stoler mer på andres vurderinger. Allikevel ble det hevdet av en intensivsykepleier at det var ikke noe verktøy som var til hjelp for vedkommende.

(AD4) «Men skal vi bruke verktøyet så må vi.. som () sa i sta, så må jeg ha masse masse mer trening. Mange år, jeg syns.. Per i dag så er det ikke noe verktøy som hjelper meg med å vurdere smerten».

Flere følte en opplevelse av tiltak for å sette seg inn i det, samtidig som de følte forvirring da det var flere verktøy som hadde blitt innført i avdelingen samtidig. Det ble trukket frem at man må komme i gang med bruken av dette og fortsette å prøve og være positiv til man har det inne.

(AD5) «.....Æsj dette dette var noe træl, men vi skal da prøve videre til man på en måte har det inne».

4.0 DRØFTING

Studiens hensikt var å undersøke hvordan intensivsykepleiere vurderer smerter hos voksne, sederte respiratorpasienter. Resultater vil her drøftes rundt forskningsspørsmålene, der likheter og ulikheter med tidligere forskning og teori belyses. Metodiske overveielser med studiens styrker og svakheter vil også diskuteres. Studiens betydning for klinisk sykepleie avslutter oppgaven med en oppsummering av hensikt og forskningsspørsmål.

Som en oppsummering av studiens hovedfunn viser resultatene at smertevurdering av pasienter som mottar respiratorbehandling er utfordrende og komplekst. Hovedkategoriene viser at intensivsykepleierne utfører denne oppgaven gjennom å bruke opparbeidede kunnskaper gjennom teori og erfaring, gjennom refleksjoner rundt daglig yrkesutøvelse og ved kvalitetssikring av smertevurdering.

4.1 HVORDAN BRUKER INTENSIVSYKEPLEIERE KUNNSKAPER OG ERFARINGER I VURDERINGEN AV SMERTE?

Intensivsykepleiere identifiserer smerte gjennom å observere pasientens vitale og fysiske tegn til smerte. Ansiktsuttrykk, rynker i ansikt og grimaser, tårer, svette, klamhet i huden og større pupiller enn forventet. Samarbeid med respirator, ansenthet, trekker til seg ekstremiteter ved berøring, stritter i mot ved snuing, generelt urolig og utilpass pasient. De vitale tegnene som ble beskrevet var stigning i puls, blodtrykk og respirasjonsfrekvens, men disse alene brukes sjelden, men vektlegges mer da pasienten viser andre fysiske tegn til smerte. Mye av dette samsvarer med tidligere forskning (Rose mfl. 2011; Bjørknes og Rustöen 2012; Haslam mfl. 2012; Jeitziner mfl. 2012; Roulin og Ramelet 2012). Smertekartleggingsverktøyet BPS (Payen mfl. 2001), og CPOT (Gelinas mfl. 2006), baserer seg også på disse fysiske observasjonene som ble beskrevet. Når det gjelder vitale tegn samsvarer også dette med tidligere forskning og retningslinjer da det anbefales brukt kun som en indikator og ikke vektlegges for mye i smertevurderingen (Herr mfl. 2006; Arbour og Gelinas 2010). På en annen side vil resultatene fra denne studien ikke fortelle noe om i hvilken grad intensivsykepleiere vektlegger vitale tegn, der det kan være individuelle forskjeller i fokusgruppene, men også fra gruppe til gruppe. Bjørknes og Rustöen (2012) brukte kvantitativ metode med spørreskjema i sin studie der resultatene forteller at flest svarte at stigende blodtrykk, hjerterefrekvens, grimaser og økende respirasjonsfrekvens var

indikatorer for å gjenkjenne smerte og dette samsvarer ikke med at vitale tegn bare blir vektlagt i en totalvurdering. Barr mfl. (2013) har utarbeidet en retningslinje for klinisk praksis med håndtering av smerte, agitasjon og delir hos voksne pasienter i intensivavdelingen. Den anbefaler også at vitale tegn bør ikke brukes alene, men kan brukes som et hint i den videre vurderingen av smerte i likhet med resultatene fra denne studien.

Resultatene viser at det er viktig å ha kunnskap på mange områder for å vurdere og behandle smerte hos respiratorpasienter. Kunnskap om smertebehandling, medikamentell behandling og sedasjon i tillegg til forskningsbasert kunnskap om dette. Den forskningsbaserte praksis er i likhet påpekt av Shannon og Bucknall (2003). Det kan bety at intensivsykepleiere kan ha økt bevissthet om kunnskapen som kreves nå enn vist i en annen studie (Aslan, Badir og Selimen 2003). Kunnskap om forventede smerter har betydning i resultatene, og dette gjelder pasienter som har fått utført kirurgi, kunnskap om diagnose eller prosedyrer i utførelsen av sykepleie. Men det ble også påpekt at selv om forventningen til smerte er til stede, så er det fortsatt vanskelig å vurdere styrken. Connor (2012) beskriver at intensivsykepleiere bruker tegn til å se om pasienten er «i fare for» å ha smerter, eller «har smerter». Kombinasjonene mellom dette var i hovedsak å forebygge smerter, og observere smertene som begge var relatert til sykepleierens tilstedeværelse, samt teoretisk og praktisk forståelse av smerte. Dette kan sammenlignes med resultatene da forventningen av smerte er vektlagt sterkt i vurderingen, den teoretiske og praktiske forståelsen av smerten kan knyttes mot de kunnskaper og erfaringer som resultatene viser. Når det gjelder smertebehandling fant Hurlock-Chorostecki (2002) at beslutninger tatt av sykepleiere under respiratoravvenning er en kontinuerlig, dynamisk prosess. Den beskrives som en syklus som innebærer kunnskaps generering, kunnskaps tolkning og valg av handlinger. Syklusen gjenspeiler den problemløsende delen i sykepleieprosessen. Dette kan også sammenlignes til hovedkategorien «opparbeidede kunnskaper gjennom teori og erfaring» der intensivsykepleierne har tidligere tilegnet seg kunnskaper, tolker disse gjennom praksis og deretter velger handlinger ut fra dette. I tillegg viser resultatene at den erfaringsbaserte kunnskapen spiller en vesentlig rolle når det gjelder å opparbeide seg kunnskaper rundt smertevurdering. At klinisk erfaring gir økte kunnskaper og lengre erfaring gir også økt trygghet i vurderingen. Dette stemmer også med Martinsen (1990) som hevder at å bli en faglig dyktig sykepleier handler ikke om teori og vitenskap, men å kombinere fag og

menneskekunnskap i praktisk handling. Intensivsykepleierens kompetanse er opparbeidet gjennom mange år med både utdanning og erfaring. Benner (1995) beskriver opparbeidelsen av ferdigheter gjennom å bruke Dreyfusmodellen i sykepleien. Hun bruker fem nivåer i utviklingen fra novise til ekspert som innebærer en gradvis tilegning av ferdigheter blant annet gjennom lærebøker, arbeidsinnsats og klinisk erfaring over tid. Intensivsykepleierens utvikling mot ekspert kan knyttes til resultatene ved at det å ha kunnskaper sammen med mange pasienter og lang erfaring gir lærdom og økende trygghet i å vurdere smerte. Som nyutdannet intensivsykepleier viser resultatene at egen avdeling er der det grunnleggende læres før intensivsykepleieren blir trygg i vurderingen av smerte. Det betyr at utviklingen mot ekspert er en kontinuerlig prosess som fortsetter gjennom erfaring over tid og avdelingens miljø for kompetanseutvikling er av betydning. Benner, Tanner og Chesla (2009) beskriver også klinisk dømmekraft i sykepleien gjennom at erfarne sykepleiere oppnår en forståelse av pasienten ved å kjenne den enkelte pasient, han eller hennes typiske responser, historien bak og hvordan sykdommen har påvirket denne historien. Dette gjør sykepleieren ved bruk av klinisk kunnskap som er opparbeidet gjennom erfaring med mange pasienter i samme situasjon. Denne kliniske kunnskapen gjør sykepleieren mer sensitiv for mulige forløp og farer i visse situasjoner (Benner, Tanner og Chesla 2009). Dette underbygger at å vurdere smerte hos respiratorpasienter krever erfaring med å ha denne typen pasient, og også følge opp samme pasient over tid. Det viser også resultatene med tanke på at kontinuitet i sykepleien er påpekt. Både gjennom å følge samme pasienten over flere vakter, men også ved å ha ansvar for respiratorpasienter over måneder og år. Erfaringer med å undersøke hva pasienten har med seg av tidligere plager er viktige å bruke i vurderingen viser resultatene. Dette kan også relateres til å kjenne historien bak pasienten og hvordan denne påvirker situasjonen slik Benner, Tanner og Chesla (2009) beskriver. Dette kan inkludere tidligere plager som pasienten kan ha med seg fra før, som også vil påvirke smertene ved langvarig sengeleie. Resultatene forteller om team eller ressurspersoner innen smerte, som har muligheten til å sette seg grundig inn i temaet, og kan dermed brukes som ressurspersoner for resten av avdelingen. Dette kan være en metode for å styrke kunnskapsnivået for å utvikle den kliniske dømmekraften i vurderingen av smerte i en intensivavdeling.

Erfaring som tidligere pasienter har opplevd og fortalt intensivsykepleieren gir god kunnskap å ta med seg videre, selv om pasienten har amnesi for oppholdet og er ikke sikkert husker smertene forteller resultatene. Forskning av pasientopplevelser viser at pasientene opplever i forbindelse med respiratorbehandling (Wong og Arthur 2000; Rotondi mfl. 2002; Siffleet mfl. 2007; Aslan mfl. 2009; Samuelson 2011; Karlsson, Bergbom og Forsberg 2012; Barr mfl. 2013). I denne studien viser resultatene at det er en oppfatning blant enkelte intensivsykepleiere at de ikke tror at pasientene har mye smerter i forbindelse med oppholdet. Dette er stor kontrast i forhold til hva tidligere forskning viser, som kanskje kan være en av årsakene til at det konkluderes i både litteratur og forskning at det er et behov for økt bevissthet og bedre rutiner rundt smertevurdering og behandling (Hurlock-Chorostecki 2002; Aslan, Badir og Selimen 2003; Shannon og Bucknall 2003; Svendsrud og Kvarstein 2008; Payen mfl. 2009; Subramanian mfl. 2011; Wadensten mfl. 2011). Barr mfl. (2013) er tydelige i sine anbefalinger at alle voksne pasienter bør rutinemessig monitoreres for smerte i intensivavdelingen, men beskriver lite om hvordan dette skal gjøres annet enn bruk av smertekartleggingsverktøy som også har sine begrensninger.

4.2 HVILKEN BETYDNING HAR INTENSIVSYKEPLEIERENS HOLDNINGER I VURDERINGEN AV SMERTE?

Holdninger, bevisstgjøring, kommunikasjon, samarbeid, arbeidsbelastning og tillitt til kollegers vurdering, faller inn under hovedkategorien «refleksjoner rundt daglig yrkesutøvelse». Den innebærer tanker om egen smertevurderingspraksis og om teamarbeid i smertevurdering. Resultatene forteller at egen smertevurderingspraksis kan bevisstgjøres ved å øke fokus i avdelingen. Bevisstgjøring innebærer også å ikke dra direkte parallell til seg selv, selv om egne holdninger vil påvirke smertevurdering basert på hva man tror er smertefullt selv. Egne opplevelser av smerte påvirker også dette. Resultatene viser også at noen mener det er forskjell på ubehag og smerte, og det blir den enkelte intensivsykepleier som bestemmer hva pasienten må tåle. Martinsen (1990) tar opp begrepet «moralsk praksis» som beskrives ved innlevelse og refleksjon som til sammen uttrykker omsorgsbegrepet i sykepleien. Dette læres gjennom håndverks eller eksempellæringen som forener fagkunnskaper, praktiske ferdigheter og ønskede holdninger. Å finne ut hva som er best for andre gjennom innlevelsens objektivitet er sentralt i moralsk praksis. Innlevelse, refleksjon, åpenhet og saklighet er motsetninger som betinger hverandre i dette. Med tanke

på holdninger i vurderingen av smerte, vil makt og avmakts- situasjonen være tilstedeværende. Pasienten er avmaktet med lite eller ingen mulighet for å kunne uttrykke ønsker eller behov, mens intensivsykepleieren står i stor makt for å vurdere, og dermed bestemme det hun mener er pasientens smerter, og derav behandling av disse. Moralsk praksis ved innlevelsens objektivitet etter Martinsen (1990), må kunne være et mål for å kunne ivareta respiratorpasienten gjennom innlevelse og empati, refleksjon over teoretiske og faglige kunnskaper, ved en åpenhet og ved å gjøre en saklig vurdering. På den måten ivaretas hele forsvarligheten med behandlingen, sammen med den enkelte pasients verdighet og integritet, rett til helhetlig sykepleie, rett til medbestemmelse og rett til å ikke bli krenget. Dette i tråd med Norsk Sykepleierforbund Yrkesetiske retningslinjer (2011) og intensivsykepleierens lindrende funksjon (Norsk Sykepleierforbund Landsforening for Intensivsykepleiere 2002). Resultatene viser at å sette fokus på et bestemt tema i avdelingen øker bevisstgjøring, som også Shannon og Bucknall (2003) foreslår innen vurderingen av smerte. Dette kan brukes til å synliggjøre betydningen av intensivsykepleierens moralske ansvar i vurderingen av smerte.

Resultatene viser at holdninger til andre intensivsykepleiere og deres kompetanse er en del av teamarbeid i smertevurdering. Å kjenne hverandre og deres kompetanseområde bidrar til å stole på hverandre eller ikke i smertevurderingen. Men til tross for dette viser resultatene stor enighet i at intensivsykepleiere vurderer smerte sammen i situasjoner. Når det gjelder samarbeidet med anestesileger viser resultatene at de ikke alltid er enig med intensivsykepleieres vurdering. Sykepleierens autonomi i beslutningsprosessen er et av fire hovedutfordringer ved smertehåndtering i intensivavdelingen hevder Subramanian mfl. (2011) i tillegg til mangel på kliniske retningslinjer, mangel av smertekartleggingsverktøy og pasientens tilstand i seg selv. Resultatene forteller at intensivsykepleierne opplevde ikke dette som et stort problem selv om det kunne skje. Det kan skyldes individuelle forskjeller hos anestesileger når det gjelder samarbeid og holdninger til sykepleiere. I tillegg kan det være forskjell i forhold til kultur og arbeidsmiljø. Resultatene viser også at å samarbeide med lege handler også mye om hvordan intensivsykepleieren formidler sine påstander, slik at kommunikasjon mellom intensivsykepleier og lege er også en faktor. Intensivsykepleierens autonomi i beslutningsprosessen for smertebehandling som Subramanian mfl. (2011) beskriver reguleres gjennom det delegerte ansvaret i den behandlende funksjon (Norsk

Sykepleierforbund Landsforening for Intensivsykepleiere 2002). Det betyr at medikamentell smertebehandling til syvende og sist beror på legens ansvar. Dersom det er uenighet mellom sykepleier og lege, kan dette påvirke hvordan pasienten behandles for smerte.

Resultatene forteller at implementering av nye satsningsområder i avdelingen tvinger frem endringer i både holdninger, rutiner og blir møtt med skepsis hos noen, men også positiv innstilling hos andre. Noe reservasjon hos sykepleierne ved implementering av verktøy for smerte, sedasjon og delir ble også funnet av Woien og Bjork (2013). Det faktum at intensivsykepleierne ikke hadde brukt smertekartleggingsverktøy lenge, i tillegg til implementering av andre verktøy samtidig må ses i sammenheng med tidspunktet intervjuet ble foretatt. Det kan tenkes at disse funn kan endres dersom man skulle gjennomført studien på ny etter en lengre tidsperiode da intensivsykepleierne har fått mer erfaring i bruk.

Resultatene forteller om en stolthet i sykepleien om å utføre sitt arbeid ved ønske om at pasienten skal være godt smertelindret ved hjelp av det kliniske blikk. I følge Benner (1995) hevder Yankelovic tre psykologiske fordeler i sitt arbeid. Mulighetene for å avansere til mer interessante områder, ønsket om å gjøre et godt arbeid og ønsket for å kunne realisere seg ved å gjøre noe som oppleves meningsfylt og gi muligheter for fordypning, interesse og rom for beslutningsprosesser. Dette kan relateres til identiteten som intensivsykepleier med de mulighetene og meningen det gir i arbeidet med akutt kritisk syke pasienter.

4.3 HVILKE ANDRE FAKTORER KAN PÅVIRKE INTENSIVSYKEPLEIERENS VURDERING AV SMERTE?

Resultatene viser at intensivsykepleierne mener at ytre faktorer rundt pasienten kan påvirke vurderingen, slik at det kan være vanskelig å vurdere om pasienten er urolig på grunn av smerter, eller av andre årsaker. Flermanns-rom ble trukket frem, i tillegg til andre situasjoner som bringer med seg støy rundt pasienten derav medisinteknisk utstyr. I beskrivelsen av betydningen av å ligge godt ble det trukket frem en historie der det viste seg at pasienten lå på et fremmedlegeme i sengen og hadde smerter og uro på grunn av dette. En faktor her er altså å ha det ryddig slik at forholdene er optimale for å smertevurdere pasienten. Andre forhold som ble hevdet er at gjøremål følges i døgnets tider i tillegg til å gi pasienten ro jevnlig. At pasientene utsettes kontinuerlig for lys, støy og søvnløshet kan bidra til å forsterke smerter hevder også Aslan mfl. (2009). Det kan tenkes at tiltak for å unngå dette er avdelingens fysiske oppbygging der respiratorpasienter har mulighet for å ligge i rolige

omgivelser, for eksempel enerom der det er mindre fysisk aktivitet, samt at døgnrytme følges i gjøremål. Dette ble også hevdet i resultatene. På en annen side kan dette være også et spørsmål om intensivsykepleiernes arbeidskapasitet, og avdelingens ledelse i forhold til bemanning og logistikk hos pasientene. Arbeidsbelastning er en faktor som påvirker vurderingen av smerte viser resultatene, som også kan være et resultat av hvordan intensivavdelingen er strukturert i bemanning og logistikk.

En annen faktor er at det kan være vanskelig å skille drømmer fra smerte. Å vurdere smerte innebærer syensing og tolkning, der underestimering er en fare, men også overestimering. Den individuelle smertetoleransen hos pasienten kan være vanskelig å vite hvor er, sier også resultatene. Oppslagsverket Up to date hevder at smerte kan være underestimert og dermed underbehandlet, men også overestimert basert på fysiologiske responser. Uansett bør det helles mot at smerte er tilstedeværende og dermed sørge for behandling uansett om pasienten klarer eller ikke klarer å bidra i vurderingen. Dette gjelder uansett om tegn til smerte er i konflikt med hverandre eller at smerten kan komme av andre årsaker hevder Tietze (2012), så dersom det skulle være usikkerhet, så er disse anbefalingene tydelige.

Sedasjon er også en faktor som påvirker smertevurdering viser resultatene, selv om sedasjon og smertelindring i dag blir skilt på, vil disse naturlig påvirke hverandre. I likhet med resultatene viser litteratur viser at nedsatt kommunikasjon som følge av sedasjon er en barriere som vanskeliggjør smertevurdering (Aslan, Badir og Selimen 2003; Puntillo mfl. 2009; Rose mfl. 2011; Tietze 2012). Sedasjonen vil spesielt påvirke kommunikasjonen ved at en mindre sedert pasient er det lettere å kommunisere med, slik at pasienten kan svare på spørsmål og dermed bidra i kartleggingen av smerte ved hjelp av nikk, eller å skrive på en tavle. Kommunikasjon kan gi pasienten trygghet ved at informasjon kan mottas og pasienten har bedre mulighet for å forstå, viser resultatene. Svekket kommunikasjon var et av hovedfunnene til Schou og Egerod (2008) som opplevdes ubehagelig ved respiratoravvenning. Karlsson, Bergbom og Forsberg (2012) fant også at å ikke ha stemme var regnet som den verste erfaringen under respiratorbehandling. Pasienter foreslår at lidelsen kan lindres ved kommunikasjon, deltagelse i pleien og gjennom samvær med andre. Oppsummert forteller litteraturen at nedsatt kommunikasjon er både et hinder for smertevurdering, men oppleves også som et hinder hos pasienter. Barr mfl. (2013) anbefaler et lettere nivå av sedasjon enn et dypere, hvis det ikke er klinisk kontraindisert. Lett sedasjon

er assosiert med kortere respiratorbehandling og kortere tid i intensivavdelingen. Opprettholdelse av lettere sedasjon vil kunne øke den fysiologiske stressresponsen, men omfanget av dette mot sedasjonsdybde er fremdeles noe uklart, derfor anbefales en titrering til lettere søvn (Barr mfl. 2013).

4.4 HVA ER INTENSIVSYKEPLEIERES ERFARINGER MED SMERTEKARTLEGGINGSVERKTØY?

Av smertekartleggingsverktøy viser resultatene at intensivsykepleiere bruker VAS og den norske oversatte BPS av Fosser Olsen og Rustøen (2011), i smertevurdering av respiratorpasienter. En intensivsykepleier trakk også frem RASS av Sessler mfl. (2002), for indirekte bruk til smerter dersom urolig pasient. VAS hevdes hovedsakelig brukt hos postoperative pasienter, men er også brukt hos respiratorpasienten av intensivsykepleieren på vegne av pasienten. NRS blir ikke brukt i det omfanget den bør brukes hevder Wadensten mfl. (2011), men på en annen side er ikke VAS eller NRS validert til å bruke hos respiratorpasienter (Tietze 2012). RASS av Sessler mfl. (2002) er et verktøy for mål av dybde av sedasjon til agitasjon og er ikke gyldige eller pålitelige for vurdering av smerte (Fuchs og Bellamy 2013).

Resultatene viser at den norske BPS (Fosser Olsen og Rustøen 2011), er et smertekartleggingsverktøy som er ønskelig å bruke for å kvalitetssikre smertevurdering ved at den blir utført mer likt. Barr mfl. (2013) hevder at validiteten og reliabiliteten av BPS og CPOT er best for å monitorere smerte hos voksne medisinske, postoperative og traumepasienter, med unntak av hodeskadepasienter, forutsatt at pasienten har sine motoriske funksjoner intakt og atferden kan observeres. Det behøves mer testing av oversatt skala til andre språk enn engelsk og fransk (Barr mfl. 2013). Det betyr at den norske versjonen av BPS som Fosser Olsen og Rustøen (2011) har oversatt trenger mer testing, eventuelt at CPOT (Gelin mfl. 2006) oversettes til norsk, og testes i en eller flere større studier. I tillegg må det tas i betraktning at skåren kan bli ukorrekt og må brukes med forsiktighet hos de pasientene med begrensninger som Barr mfl. (2013) beskriver med hodeskader, tilstander med nedsatt motorisk funksjon og adferd. For eksempel kan respiratorpasientene utvikle «critical illness polyneuropati», en neuro- muskulær tilstand som kan oppstå hos pasienter med sepsis og mulitorgansvikt. Den fører til nedsatt muskelkraft eller fravær av muskeltonus (Bakkeland og Thorsen 2010). Dette kan føre til at

pasienten ikke fysisk klarer å reagere på de items som omhandler bevegelse i overekstremiteter eller samarbeid med respirator som smertekarteggingsverktøyene inneholder.

For å implementere verktøy i en avdeling viser resultatene at det må informeres og opplæres grundig før bruk. Intensivsykepleierne i denne studien hadde lite rutine i verktøyet og følte ingen systematikk i å bruke det enda. Tallet i skåren ga liten mening samtidig som innføring av flere verktøy samtidig ga en følelse av forvirring og tiltak i arbeidsmengden. Dette samsvarer med Woien og Bjork (2013) funn der mange av deltagerne følte de var i begynnelsen av læringskurven. At intensivsykepleierne følte en konflikt mellom å sette et tall i stedet for å beskrive med ord er også et funn av Woien og Bjork (2013) som samsvarer med denne studien. Resultatene viser at det er ønskelig med beskrivelse av smertene som er observert hos pasienten i dokumentasjonen. At smertevurdering ved bruk av verktøy øker dokumentasjonen ved økt bevissthet for pasientens smerte samsvarer også med Woien og Bjork (2013) sine funn. Men siden det her var bare en av fokusgruppene som hadde erfaring med BPS og det faktum at de ikke hadde hatt denne i bruk lenge, kan det settes spørsmål til resultatene i dette forskningsspørsmålet. På en annen side forteller resultatene at grundig innføring og opplæring av smertekartleggingsverktøy er nødvendig, mens samtidig som det gir en økt bevisstgjøring hos intensivsykepleierne for smertevurdering som også er vist i flere studier (Gélinas mfl. 2011; Woien mfl. 2012; Woien og Bjork 2013).

4.5 METODISKE OVERVEIELSER

I dette kapittelet vil gjennomføringen av studien belyses, med dens styrker og svakheter som påvirker troverdighet, reliabilitet og validitet.

Valg av kvalitativ metode med fokusgruppeintervjuer ble valgt ut fra hensikt og forskningsspørsmål. Dette var for å kunne innhente data innen dette spesifikke tema på en effektiv og økonomisk måte, som innebærer både fordeler og ulemper ved studien. En av fordelene ved å gjøre fokusgruppeintervjuer er interaksjonen mellom deltagerne i gruppesettingen (Goodwin og Happell 2009; Rothwell 2010; Malterud 2012; Polit og Beck 2012). En av ulempene er maktforholdet mellom intervjuer og deltagere (Kevern og Webb 2001). I dette tilfellet kan det tenkes at informantene tror at intervjueren mener smertevurdering og dermed jobben som utføres må endres, og på den måten kan svar fra

deltagerne påvirkes for å vise at deres vurdering av smerte gjøres på en riktig og hensynsfull måte for pasienten. At ærligheten hos deltagerne påvirkes både for å fremstå bedre selv ovenfor de andre deltagerne og intervjuer, på den måten kan både troverdighet og validitet påvirkes. Med tanke på forskningsspørsmålene er det ett spørsmål som går ut på betydningen av intensivsykepleierens holdninger i smertevurdering. Å snakke om holdninger i en gruppesammensetning kan være vanskelig, og den enkelte deltager kan her ha tilbakeholdt sin mening om dette på grunn av sensitiviteten i spørsmålet. Ingen ønsker at pasientene skal ha smerter, og noen vil kanskje ikke innrømme at deres holdninger påvirker vurderingen fordi ordet holdninger i seg selv kan være negativ ladet. Holdninger kan dermed være en ulempe å diskutere i en fokusgruppe som kan ha påvirket både bekreftbarhet og validitet ved at objektiviteten i dataene er påvirket.

Webb og Kevern (2001) trekker også frem at tidligere sykepleieforskning ved bruk av fokusgruppeintervjuer har vært noe overfladisk og ukritisk, i tillegg til at metoden ikke passer sammen med fenomenologi. Dette kapittelet med metodiske overveielser er grunnlaget for å ivareta det kritiske aspektet for denne studien. Dersom alternative metoder skulle vært brukt i stedet for fokusgruppeintervjuer, kunne individuelle intervjuer med enkelte intensivsykepleiere vært aktuelt. Men på grunn av arbeidsmengde måtte utvalget vært mindre, og uten gruppesammensetningen ville spontane reaksjoner og meninger kanskje manglet, med tanke på at dataene fra denne studien handler om hva gruppen mener i en diskusjon med både enigheter og uenigheter. Til tross for fokusgruppeintervjuet var det rom for den enkelte intensivsykepleiers mening. I individuelle intervju ville tillitsforholdet mellom intervjuer og deltager kanskje kunne bidratt mer spesielt til spørsmålet om holdninger, uten å vite dette sikkert.

Dataene fremstår som i en helhet fra gruppen, men individuelle synspunkter er også inkludert som er en styrke i studien. For å øke tydeligheten av dette kunne man analysert hvor mange som mente hva, noe som ikke er gjort annet enn å bemerke tydeligere felles og individuelle utsagn. For å hente data av selve interaksjonen i gruppen presenterer Rothwell (2010) et system for dette: «The Emotional Group Culture Categorization System» (EGCCS). Dette systemet er ikke brukt som kan resultere i at data omkring interaksjon mellom informantene i gruppen har gått tapt. På en annen side kan dette innebære å hente skjulte meningsenheter, som omfatter en stor del tolkning og er omdiskutert i bruk (Elo og Kyngas

2008). «Tracking sheet» som Goodwin og Happell (2009) anbefaler, kunne også vært brukt for å notere mer systematisk individuelle responser og hvor mange som har sakt hva, men på en annen side hevder Jayasekara (2012) at hva som blir sakt er viktigere enn å vite hvor mange som sa hva.

Utvalget i denne studien var tre grupper, en gruppe på seks personer og to grupper inneholdt fire personer. Malterud (2012) anbefaler grupper på fem til åtte deltagere, slik at to av gruppene kan ha hatt for få deltagere. Derimot refererer Doody, Slevin og Taggart (2013) til at antall personer i gruppen kan variere helt ned til fire. Uansett kan for få deltagere ha påvirket resultatene, da flere personer kunne tilført mer interaksjon og diskusjon i intervjuet, og dermed mer data omkring temaet. Dette kan være årsaken til at det tredje intervjuet gikk noe mer forsiktig enn de to første. Det faktum at det er kun kvinner som har deltatt i studien må også påpekes. Menn kan ha andre synspunkter i utøvelsen av eget arbeid og hadde om mulig bidratt til flere eller andre meninger. Doody, Slevin og Taggart (2013) viser til flere oppfatninger om hvor mange deltagere som bør inkluderes i hver fokusgruppe ut fra tema og sensitivitet i spørsmålene, og størrelsen på gruppene vil også bero på hvor mye informasjon hver deltager kan bidra med i en diskusjon. Dersom deltagerne hver bidrar med få synspunkter, vil det være vanskelig med en tilfredsstillende dialog med en mindre gruppe (Doody, Slevin og Taggart 2013). Temaet for denne studien var relatert til intensivsykepleierens daglige arbeid, og var innbydende til både refleksjon og eksempler fra erfaringer som deltagerne hadde opplevd, samtidig var temaet snevret inn til voksne og sederte respiratorpasienter slik at det heller ikke ble for omfattende. To av intervjuene hadde seks og fire personer i gruppene, som bidro til selvgående diskusjon og mye datamateriale, mens ett intervju med fire personer i gruppen kunne fordelaktig hatt en eller to personer til for å bidra til diskusjonen, fordi dette intervjuet hadde kortere svar og mindre diskusjon enn de andre. Det må også påpekes som en svakhet at dersom intervjueren hadde hatt mer erfaring i denne situasjonen kunne kanskje dette også ført til mer data fra dette intervjuet. Å intervju avhenger av intervjuerens praktiske ferdigheter, personlige vurderinger og krever erfaring (Kvale mfl. 2009). På en annen side er styrken til intervjueren bakgrunnskunnskapen, slik at informantene kan forstås, ivaretas og mer informasjon hentes. Tiltak for å bevisstgjøre forforståelsen som er både positiv og negativ for studien er beskrevet i kapittel 2.10.1. Når det gjelder antall år erfaring og stillingsbrøk i

utvalget, viser deltagertabellen (tabell 1) at det var bred spredning i både år erfaring i intensivavdelingen, ganske likt med år siden videreutdanning i intensivsykepleie, og alle deltagerne hadde 75 % stilling og høyere. I tillegg viser resultatene også poeng som har med både kort og lang erfaring som viser en styrke i utvalget siden realiteten i norske intensivavdelinger kan innebære intensivsykepleiere med både kort og lang erfaring. På den måten er reliabiliteten i studien styrket med tanke på arbeidserfaring og stillingsbrøk da utvalget er representativt, men ikke med tanke på kjønn. Det kan også tenkes at det finnes avdelinger som har sykepleiere uten og med annen videreutdanning enn intensivsykepleie, som kan utgjøre en forskjell i pasientbehandlingen. Dette er det ikke tatt høyde for i denne studien siden det var ønskelig å intervju kun intensivsykepleiere for å sikre ensartet utdanning i utvalget. Summert ga utvalget et rikt datamateriale som besvarte forskningsspørsmålene.

For å styrke forskerens rolle og kvalitetssikre arbeidet er veileder brukt i stor grad gjennom hele prosessen, fra utarbeiding av forskningsspørsmål, intervjuguide, analysering og kategorisering, til kritisk analyse av oppgavens innhold. Dette gir også troverdighet i analyseprosessen. For å oppnå troverdighet ved bruk av innholdsanalyse hevder Graneheim og Lundman (2004) at ivaretagelsen av tilforlidelighet (kredibilitet) er valg av best egnet metode for å samle data vesentlig. Mengden av data som er nødvendig for å besvare forskningsspørsmålene beror på kompleksiteten av fenomenet som studeres og datakvaliteten. Dette er også tidligere påpekt med tanke på valg av fokusgruppeintervjuer som metode. Valg av meningsenheter er også kritisk for studiens tilforlidelighet (Graneheim og Lundman 2004). Med tanke på valg av meningsenheter er dette gjort i samarbeid med veileder, der enhetene er gjentatte ganger lest igjennom og revidert om noen har vært for store eller for små. Eksempel på hvordan meningsenheter er hentet ut fra det transkriberte materialet er vist (tabell 2). Analysen er gjennomført etter Elo og Kyngas (2008) sin beskrivelse av kvalitativ innholdsanalyse og styrker studiens analysemetode siden dette er en trinnvis og oversiktlig måte å analysere data med tanke på forskerens erfaring. En måte å øke påliteligheten i studien er å tydeliggjøre hvordan data har blitt til resultatene ved å beskrive analyseprosessen så detaljert som mulig (Elo og Kyngas 2008). Arbeidskravenes struktur fra emneheftet for Masteroppgave i klinisk sykepleie, Høgskolen i Gjøvik, med påfølgende seminarer for prosjektplan, analyseseminar og masterseminar, styrker kvaliteten

av studien. Det er da flere øyne som har sett, vurdert og analysert det pågående arbeidet slik at strukturen er tydelig og fulgt. Demonstrasjon av funn og tolkningene gir andre muligheten til å følge prosessen og prosedyrene. Autentiske sitater kan brukes for å øke troverdigheten for å vise det originale som dataene har oppstått fra og kategoriene er formulert ut av. Dersom det presenteres mer sitater enn tekst gir det et inntrykk av en uferdig analyseprosess (Elo og Kyngas 2008). I resultatkapittelet (kapittel 3.0) er sitater inkludert i mange påstander for å vise troverdighet, men det er ikke mer sitat enn tekst. En styrke er at det er inkludert sitater der flere i gruppen har synspunkter som også viser at metoden med fokusgruppeintervju følges gjennom hele studien. Det kan diskuteres om noen av sitatene er for lange. Nøye beskrivelse av forskningsprosessen styrker også bekreftbarheten i studien ved objektivitet i innsamlingen og analysen. Forforståelsen gjør at det er umulig med fullstendig objektivitet, både med tanke på valg av teoretisk rammeverk, og egne opplevelser av temaet. Men den er reflektert over og forsøkt bevisstgjort i hele prosessen, og tilsidesatt i den grad det er mulig. At det finnes litteratur som samsvarer med flere av funnene i studien, styrker studiens bekreftbarhet.

Studiens reliabilitet vil være umulig å graderes som i en kvantitativ studie, siden dette er en kvalitativ studie som omfatter ord og tekst fremfor tall og statistikk. Men denne studiens reliabilitet og validitet slik Jayasekara (2012) beskriver, kan oppsummeres ved at reliabiliteten, som også har sammenheng med påliteligheten, er ivaretatt ved at fremgangsmåten i studien er nøye beskrevet slik at det er mulig for å gjenta metoden i andre sammenhenger. Men det bør påpekes at temaet smerte og smertebehandling i intensivavdelinger er et område i rask utvikling, der intensivsykepleiere i klinisk praksis stadig blir utfordret til endring, utvikling i kunnskap og ferdighetsnivå i forhold til dette temaet. Implementering av smertekartleggingsverktøy er et eksempel på dette som deltagerne i denne studien referer til at de har fått økt fokus og kunnskap for smertevurdering gjennom innføringen av dette. En styrke med stabiliteten i dataene er at det ble valgt å intervju tre fokusgrupper, fremfor en eller to, i tillegg til at intervjuene ble holdt i forskjellige intensivavdelinger, slik at utvalget ble større og kan representere et mer nøyaktig bilde av oppfatningene som finnes. Når det gjelder validitet ble forskningsplan utarbeidet med presise og tydelige forskningsspørsmål. Denne planen ble godkjent på forskningsplanseminar før datainnsamlingen kunne starte. At intervjuguiden ble testet i et pilotintervju og deretter

revidert er også en styrke for validiteten med tanke på spørsmålene, men på en annen side ble intervjuguiden bare testet i en diskusjon med to deltagere, slik at gruppe-interaksjonen kunne ikke vurderes. Beskrivende validitet er ivaretatt ved ordrett transkribering fra lydopptak av intervjuene, men at deltagerne snakket samtidig er et faremoment med tanke på nøyaktigheten av hva som ble sakt. Den tolkende validiteten gjenspeiles i analyseprosessen der veileder har deltatt for å ivareta objektiviteten i dataene og for best mulig måte unngå tolkning.

Studiens overførbarhet ligger i styrken ved å bruke fokusgruppeintervjuer som har gitt et rikt materiale som ikke kan generaliseres, men som burde kunne overføres til lignende situasjoner. Det finnes mange intensivsykepleiere som arbeider med respiratorpasienter, men funnene kan også overføres til å vurdere andre typer pasienter som har nedsatt evne for kommunikasjon. Temaet å vurdere smerte kan knyttes til svært mange områder innen sykepleien.

4.6 BETYDNING FOR KLINISK SYKEPLEIE

Denne studien kan bidra til å øke kunnskapen og bevisstgjøringen for vurdering av smerte hos voksne, sederte pasienter som mottar respiratorbehandling. Funn skal med forsiktighet generaliseres, men de er et viktig bidrag i forståelsen om hvordan smerten vurderes av intensivsykepleiere. De kan bidra til kvalitetssikrende arbeid, og om ønskelig også bidra i utarbeidelsen av anbefalinger for smertevurdering. Videre kan funn brukes i undervisnings-sammenheng for videreutdanning i intensivsykepleie. De kan også brukes i intensivavdelinger for opplæring og undervisning av nyansatte intensivsykepleiere og sykepleiere som arbeider med respiratorpasienter med, uten eller annen videreutdanning enn intensivsykepleie. Totalt vil studiens funn bidra til bevisstgjøring i intensivavdelinger og dermed sekundært bidra til å kunne øke behandlingskvalitet og pasientsikkerhet.

Studiens hensikt var å undersøke hvordan intensivsykepleiere vurderer smerte hos voksne sederte pasienter som mottar respiratorbehandling med fire følgende forskningsspørsmål som her besvares kort:

1: Hvordan bruker intensivsykepleiere kunnskaper og erfaringer i vurdering av smerte?

Intensivsykepleiere identifiserer smerte gjennom å observere pasientens vitale og fysiske tegn til smerte, der pasientens atferd vektlegges mest. Teoretisk og erfaringsmessig opparbeidet kunnskap som diagnose, kirurgi og behandling anses som viktig i både vurdering og håndteringen av smerte, selv om graderingen av smerten kan være vanskelig. Kunnskapen som bygger på erfaring er viktig i utviklingen av klinisk dømmekraft.

2: Hvilken betydning har intensivsykepleierens holdninger i vurderingen av smerte?

Intensivsykepleierens holdninger er av betydning i smertevurdering. Både ut fra hva intensivsykepleieren tror er smertefullt selv, i tillegg til egne opplevelser av smerte, hva pasienten skal tåle og holdninger til andre kollegers vurdering. Holdninger til satsningsområder i intensivavdelingen for eksempel ved implementering av smertekartleggingsverktøy påvirker hvordan intensivsykepleieren tar det i bruk. Intensivsykepleieren har et moralsk ansvar i vurderingen av smerte.

3: Hvilke andre faktorer kan påvirke intensivsykepleierens vurdering av smerte?

Faktorer som påvirker vurderingen kan være avdelingens oppbygging, logistikk og intensivsykepleierens arbeidsbelastning, men også ryddighet rundt pasienten. Dette gjelder både omfanget av medisinsk teknisk utstyr rundt pasienten, og intensivsykepleierens evne til å arbeide ryddig. Grad av sedasjon er også en faktor som påvirker vurderingen, da lettere sedasjon øker kommunikasjonen med pasienten og bidrar da sterkere i vurderingen.

4: Hva er intensivsykepleieres erfaringer med smertekartleggingsverktøy?

Erfaringene med smertekartleggingsverktøy var bruk av VAS og BPS. Førstnevnte er ikke validert for bruk hos respiratorpasienter. BPS brukes med det ønske om å kvalitetssikre vurderingen ved å gjøre den mer likt, og det fører også til økt bevisstgjøring for smertevurdering. Men det er et behov for tilstrekkelig informasjon og undervisning i verktøyet før det tas i bruk, i tillegg til behovet for trening.

Svar på studiens hensikt kan oppsummeres ved at å vurdere smerte hos voksne, sederte pasienter som mottar respiratorbehandling er utfordrende og komplekst som gjenspeiles ved at intensivsykepleieren må bruke klinisk dømmekraft. Denne må opparbeides gjennom å tilegne seg kunnskaper om smerte og respiratorbehandling, og ved utvidet reflektert erfaring ved å ha mange pasienter i samme situasjon. Denne evnen må utvikles over tid, ikke uten

pasientene, men heller ikke uten teoretisk kunnskap. Dersom det finnes usikkerhet i intensivsykepleierens vurdering, bør det helles mot at smerte er tilstedeværende. Det etiske aspektet må også inkluderes, der intensivsykepleieren har et moralsk ansvar for å utføre en saklig vurdering basert på innlevelse og empati, refleksjon over teoretiske og faglige kunnskaper. Den enkelte intensivsykepleiers holdninger er av betydning i det etiske aspektet. Totalt vil målet være å dyrke frem den kliniske kompetansen i utøvelsen av intensivsykepleie, både gjennom holdnings- skapende, kunnskaps- skapende og lederskaps- bevisstgjøring som en tilnæringsmetode for å ivareta dette, både på individ og avdelingsnivå.

Veien videre er interessant med tanke på at det er en stor utvikling i området for smerte og sedasjon. Flere nye studier av pasientopplevelser i forbindelse med respiratorbehandling og opplevelse av smerter og ubehag vil være interessant, spesielt innen norske forhold. Ett aspekt som viser seg er hva smertevurderingen brukes til videre når det gjelder medisinsk og medikamentell behandling. Det ville vært interessant å se om det finnes en sammenheng mellom å vurdere smerte hos respiratorpasienter, mot respiratortid og liggetid i intensivavdelingen. Videre uttesting av smertekartleggingsverktøy er også aktuelt slik at disse blir kvalitetssikret for bruk under norske forhold.

LITTERATUR

Aissaoui, Y. mfl. (2005) Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. I: *Anesth Analg*, 101(5), s. 1470-6.

Arbour, C. og C. Gelin (2010) Are vital signs valid indicators for the assessment of pain in postoperative cardiac surgery ICU adults? I: *Intensive Crit Care Nurs*, 26(2), s. 83-90.

Arslanian-Engoren, C. og L. D. Scott (2003) The lived experience of survivors of prolonged mechanical ventilation: a phenomenological study. I: *Heart Lung*, 32(5), s. 328-34.

Aslan, F. E., A. Badir og D. Selimen (2003) How do intensive care nurses assess patients' pain? I: *Nurs Crit Care*, 8(2), s. 62-7.

Aslan, F. E. mfl. (2009) Patients' experience of pain after cardiac surgery. I: *Contemp Nurse*, 34(1), s. 48-54.

Bakkelund, J. og B. H. Thorsen (2010) Lungesvikt. I: Stubberud, D.-G. (red.) b. 2 *Intensivsykepleie*. [Oslo]: Akribe, s. 311-442.

Barr, J. mfl. (2013) Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. I: *Crit Care Med*, 41(1), s. 263-306.

Benner, P. (1995) *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: TANO.

Benner, P., C. A. Tanner og C. A. Chesla (2009) *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics*. New York: Springer.

Björknes, G. og T. Rustöen (2012) Assessing pain in sedated, ventilated patients. I: *Sykepleien Forskning*, 7(1), s. 32-40.

Cade, C. H. (2008) Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. I: *Nurs Crit Care*, 13(6), s. 288-97.

Cavanagh, S. (1997) Content analysis: concepts, methods and applications. I: *Nurse Researcher*, 4(3), s. 5-13.

Connor, L. O. (2012) Critical care nurses' judgement of pain status: a case study design. I: *Intensive Crit Care Nurs*, 28(4), s. 215-23.

Devlin, J. W. mfl. (2001) Sedation assessment in critically ill adults. I: *Ann Pharmacother*, 35(12), s. 1624-32.

Doody, O., E. Slevin og L. Taggart (2013) Focus group interviews in nursing research: part 1. I: *Br J Nurs*, 22(1), s. 16-9.

Elo, S. og H. Kyngas (2008) The qualitative content analysis process. I: *J Adv Nurs*, 62(1), s. 107-15.

Ely, E. W. mfl. (2001) Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). I: *Crit Care Med*, 29(7), s. 1370-9.

Forskningsetikkloven (2006) *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*. [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-20060630-056.html> (12.10.13).

Fosser Olsen, B. og T. Rustøen (2011) Er den norske versjonen av "Behavioral Pain Scale" pålitelig og brukervennlig? I: *Sykepleien Forskning*, 11(3), s. 264-272.

Fuchs, B. og C. Bellamy (2013) *Sedative-analgesic medications in critically ill patients: Selection, initiation, maintenance, and withdrawal*. [online]. I: Parsons, P. og G. Finlay (red.) UpToDate. URL: http://www.uptodate.com/contents/sedative-analgesic-medications-in-critically-ill-patients-selection-initiation-maintenance-and-withdrawal?detectedLanguage=en&source=search_result&search=sedation+in+icu&selectedTitle=1~150&provider=noProvider (14.12.13).

Førde, R. (2013) *Helsinkideklarasjonen*. [online] De Nasjonale forskningsetiske komitéer. URL: <http://www.etikkom.no/no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> (14.12.13).

Gelinas, C. mfl. (2006) Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. I: *Am J Crit Care*, 15(4), s. 420-7.

Gelinas, C. (2010) Nurses' evaluations of the feasibility and the clinical utility of the Critical-Care Pain Observation Tool. I: *Pain Manag Nurs*, 11(2), s. 115-25.

Gélinas, C. mfl. (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. I: *Int J Nurs Stud*, 48(12), s. 1495-1504.

Goodwin, V. og B. Happell (2009) Seeing both the forest and the trees: a process for tracking individual responses in focus group interviews. I: *Nurse Res*, 17(1), s. 62-7.

Graneheim, U. H. og B. Lundman (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. I: *Nurse Educ Today*, 24(2), s. 105-112.

Gulbrandsen, T. (2010a) Sedasjon. I: Stubberud, D.-G. (red.) b. 2 *Intensivsykepleie*. [Oslo]: Akribe, s. 148-163.

Gulbrandsen, T. (2010b) Smertelindring. I: Stubberud, D.-G. (red.) b. 2 *Intensivsykepleie*. [Oslo]: Akribe, s. S. 127-147.

Haslam, L. mfl. (2012) Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. I: *J Adv Nurs*, 68(5), s. 1082-9.

Helseforskningsloven (2009) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. [online] Lovdata. URL: http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20080620-044.html&emne=helseforskningslov*&& (12.10.13).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html> (12.10.13).

Herr, K. mfl. (2006) Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. I: *Pain Manag Nurs*, 7(2), s. 44-52.

Hsieh, H. F. og S. E. Shannon (2005) Three approaches to qualitative content analysis. I: *Qual Health Res*, 15(9), s. 1277-88.

Hurlock-Chorostecki, C. (2002) Management of pain during weaning from mechanical ventilation: the nature of nurse decision-making. I: *Can J Nurs Res*, 34(3), s. 33-47.

Jayasekara, R. S. (2012) Focus groups in nursing research: methodological perspectives. I: *Nurs Outlook*, 60(6), s. 411-6.

Jeitziner, M. M. mfl. (2012) Assessment of pain in sedated and mechanically ventilated patients: an observational study. I: *Acta Anaesthesiol Scand*, 56(5), s. 645-54.

Karlsson, V., I. Bergbom og A. Forsberg (2012) The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study. I: *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(1), s. 6-15.

Kevern, J. og C. Webb (2001) Focus groups as a tool for critical social research in nurse education. I: *Nurse Educ Today*, 21(4), s. 323-33.

Krippendorff, K. (2012) *Content analysis: an introduction to its methodology*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Kvale, S. mfl. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Li, D., K. Puntillo og C. Miaskowski (2008) A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. I: *J Pain*, 9(1), s. 2-10.

Lincoln, Y. S. og E. G. Guba (1985) *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage.

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.

Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.

Martinsen, K. (1990) Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie. I, *Sykepleiens grunnlagsproblemer: etikk, vitenskapsteori, ledelse og samfunn*. Oslo: Gyldendal Forlag, s. 60- 84.

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. [Oslo]: Universitetsforl.

Merkel, S. I. mfl. (1997) The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. I: *Pediatr Nurs*, 23(3), s. 293-7.

Norsk Sykepleierforbund Landsforening for Intensivsykepleiere (2002) *Funksjonsbeskrivelse for Intensivsykepleier*. [online]. URL: <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/125359/Funksjonsbeskrivelse-for-intensivsykepleier> (22.10.13).

Norsk Sykepleierforbund Yrkesetiske retningslinjer (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Northern Nurses Federation (2003) *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*. [online]. URL: <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf> (13.12.13).

Nurnberg Damstrom, D. mfl. (2011) A preliminary validation of the Swedish version of the Critical-Care Pain Observation Tool in adults. I: *Acta Anaesthesiol Scand*, 55(4), s. 379-86.

Nygaard, A. M. og T. Gulbrandsen (2010) Den postoperative pasienten. I: Stubberud, D.-G. (red.) b. 2 *Intensivsykepleie*. Oslo: Akribe, s. 621-665.

Odhner, M. mfl. (2003) Assessing pain control in nonverbal critically ill adults. I: *Dimens Crit Care Nurs*, 22(6), s. 260-7.

Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html> (10.10.13).

Payen, J. F. mfl. (2001) Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. I: *Crit Care Med*, 29(12), s. 2258-63.

Payen, J. F. mfl. (2009) Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: a post Hoc analysis of the DOLOREA study. I: *Anesthesiology*, 111(6), s. 1308-16.

Personopplysningsloven (2000) *Lov om behandling av personopplysninger*. [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-20000414-031.html> (12.10.13).

Polit, D. F. og C. T. Beck (2012) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.

Puntillo, K. og M. D. Tesler (1993) Pain. I: Carrieri-Kohlman, V., A. M. Lindsey og C. M. West (red.), *Pathophysiological Phenomena in Nursing, Human responses to illness*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, s. 303-339.

Puntillo, K. mfl. (2009) Evaluation of pain in ICU patients. I: *Chest*, 135(4), s. 1069-74.

Regional Etisk Komité (2012) *Helseforskning*. [online] Regionale Komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. URL: http://helseforskning.etikk.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt?p_dim=34997&_ikbLanguageCode=n (23.10.13).

Rose, L. mfl. (2011) Survey of assessment and management of pain for critically ill adults. I: *Intensive Crit Care Nurs*, 27(3), s. 121-8.

Rothwell, E. (2010) Analyzing focus group data: content and interaction. I: *J Spec Pediatr Nurs*, 15(2), s. 176-80.

Rotondi, A. J. mfl. (2002) Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. I: *Crit Care Med*, 30(4), s. 746-752.

Roulin, M. J. og A. S. Ramelet (2012) Pain indicators in brain-injured critical care adults: an integrative review. I: *Aust Crit Care*, 25(2), s. 110-8.

Samuelson, K. A. (2011) Adult intensive care patients' perception of endotracheal tube-related discomforts: a prospective evaluation. I: *Heart Lung*, 40(1), s. 49-55.

Schou, L. og I. Egerod (2008) A qualitative study into the lived experience of post-CABG patients during mechanical ventilator weaning. I: *Intensive Crit Care Nurs*, 24(3), s. 171-179.

Sessler, C. N. mfl. (2002) The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. I: *Am J Respir Crit Care Med*, 166(10), s. 1338-44.

Shannon, K. og T. Bucknall (2003) Pain assessment in critical care: what have we learnt from research. I: *Intensive Crit Care Nurs*, 19(3), s. 154-62.

Siffleet, J. mfl. (2007) Patients' self-report of procedural pain in the intensive care unit. I: *J Clin Nurs*, 16(11), s. 2142-8.

Solbakk, J. H. (2011) *Sårbare grupper*. [online] De Nasjonale forskningsetiske komitéer. URL: <http://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Sarbare-grupper/> (12.10.13).

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* [online] Lovdata. URL: http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-061.html&emne=SPESIALISTHELSETJENESTELOV*& (22.10.13).

Stubberud, D.-G. (2010) Delir. I: Stubberud, D.-G. (red.) b. 2 *Intensivsykepleie*. [Oslo]: Akribe, s. S. 208-220.

Stubhaug, A. og T. M. Ljoså (2008) Hva er smerte? I: Rustøen, T. og A. K. Wahl (red.), *Ulike tekster om smerte Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. S.22-50.

Subramanian, P. mfl. (2011) Challenges faced by nurses in managing pain in a critical care setting. I: *J Clin Nurs*, 21(9-10), s. 1254-62.

Svendsrud, A. og G. Kvarstein (2008) Smerte og intensivpasienten. I: Rustøen, T. og A. K. Wahl (red.), *Ulike tekster om smerte Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. s. 290-306.

Tietze, K. J. (2012) *Pain control in the critically ill adult patient*. [online]. I: Parsons, P. E., S. B. Jones og K. G. Doucette (red.) UpToDate. URL: http://www.uptodate.com/contents/pain-control-in-the-critically-ill-adult-patient?source=search_result&search=pain+control+in+the+critically+ill+adult+patient&selectedTitle=1~150 (14.12.13).

Twohig, P. L. og W. Putnam (2002) Group interviews in primary care research: advancing the state of the art or ritualized research? I: *Fam Pract*, 19(3), s. 278-84.

Wadensten, B. mfl. (2011) Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden. I: *J Clin Nurs*, 20(5-6), s. 624-34.

Webb, C. og J. Kevern (2001) Focus groups as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research. I: *J Adv Nurs*, 33(6), s. 798-805.

Whittemore, R. og G. D. Melkus (2008) Designing a research study. I: *Diabetes Educ*, 34(2), s. 201-16.

Woiien, H., A. Stubhaug og I. T. Bjork (2012) Analgesia and sedation of mechanically ventilated patients - a national survey of clinical practice. I: *Acta Anaesthesiol Scand*, 56(1), s. 23-9.

Woiien, H. mfl. (2012) Improving the systematic approach to pain and sedation management in the ICU by using assessment tools. I: *J Clin Nurs*, 10.1111/j.1365-2702.2012.04309.x.

Woiien, H. og I. T. Bjork (2013) Intensive care pain treatment and sedation: nurses' experiences of the conflict between clinical judgement and standardised care: an explorative study. I: *Intensive Crit Care Nurs*, 29(3), s. 128-36.

Wong, F. Y. og D. G. Arthur (2000) Hong Kong patients' experiences of intensive care after surgery: nurses' and patients' views. I: *Intensive Crit Care Nurs*, 16(5), s. 290-303.

Young, J. mfl. (2006) Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. I: *Intensive Crit Care Nurs*, 22(1), s. 32-39.

VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKEERKLÆRING

Forespørsel om deltagelse i masterprosjekt i klinisk sykepleie

Bakgrunn

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie ved Høgskolen i Gjøvik. Hensikten med studien er å undersøke hvordan intensivsykepleiere vurderer smerte hos voksne, sederte pasienter som mottar respiratorbehandling. Prosjektet er et samarbeid mellom Sykehuset Innlandet HF og Høgskolen i Gjøvik. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste har vurdert studien og avdelingssjefene ved de akuttmedisinske avdelingene i Sykehuset Innlandet HF har samtykket i at ansatte kan kontaktes.

Hva innebærer studien?

Hvis du sier ja til å delta, betyr det at du blir med i et gruppeintervju med til sammen seks intensivsykepleiere fra samme avdeling som deg. Tid og sted vil bli avtalt med koordinerende avdelingssykepleier eller fagutviklingssykepleier og undertegnede. Du bestemmer selv hvor aktiv du vil være under gruppeintervjuet som antas å ta ca. 60 min. Samtalen blir tatt opp på bånd og deretter skrevet ned. Poenget med gruppeintervju er gjennom drøfting å få frem så mange sider ved temaet som mulig. Temaet omhandler hvordan man som intensivsykepleier vurderer smerte hos voksne pasienter som mottar respiratorbehandling. Dersom avdelingen har tatt i bruk smertekartleggings-verktøy for disse pasientene, kan det også knyttes til temaet.

Mulige fordeler og ulemper

En mulig fordel ved å delta i gruppeintervjuet kan være å dele med andre intensivsykepleiere hvordan man vurderer smerte. Dette kan bidra til økt bevissthet og refleksjon rundt et tema man møter i praksis. Resultater fra studien kan også brukes i kurs og videreutdanning i intensivsykepleie. Det kan være en fordel å ha tenkt gjennom temaet på forhånd, slik at det kan oppleves meningsfylt å delta i dialogen under intervjuet.

Hva skjer med informasjonen fra deg?

Informasjonen som registreres skal kun brukes som beskrevet i hensikten med studien. Ingen personidentifiserbare opplysninger vil samles inn, og det vil ikke være mulig å identifisere deg eller din avdeling når resultatene i studien publiseres. Dersom du trekker deg fra studien, må du gjøre det før intervjuet starter, fordi når intervjuet er gjennomført vil det ikke være mulig å slette enkelte innspill i gruppen. Tekstmaterialet og lydopptak vil slettes senest ved utgangen av 2018 og vil inntil da lagres innelåst hos prosjektleder som er ansvarlig for all innsamling og håndtering av data.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn. Dersom du ønsker å delta, signerer du samtykkeerklæringen på neste side og tar denne med til det avtalte intervjuet. Dersom du har noen spørsmål, er du velkommen til å ta kontakt med undertegnede eller veileder.

Med Vennlig Hilsen

Tone Kristine Amundgaard, Masterstudent i klinisk sykepleie, tone.amundgaard@hig.no

Tlf: 990 12 163

Veileder og prosjektleder: Ingrid Landgraff Østlie, Førsteamanuensis Høgskolen i Gjøvik: ingrid.oestlie@hig.no

Tlf: 611 35 360

Samtykkeerklæring:

Jeg er villig til å delta i studien «Intensivsykepleieres vurdering av smerte hos voksne, sederte pasienter på respirator»

Navn, sted, dato

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:

Navn, sted, dato

VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE

Hvordan vurderer intensivsykepleiere smerter hos voksne, sederte respiratorpasienter?

Briefing først:

1: Kort introduksjon til tema: Vurdering av smerte hos den voksne, sederte pasient som mottar respiratorbehandling. Hensikten med studien: Hva som ligger til grunn for hvordan intensivsykepleieren vurderer smerte hos disse pasientene? Ivareta en sårbar gruppe som ikke har ressurser til å si ifra selv.

2: Kort om Fokusgruppeintervju: Man er ikke ute etter en løsning eller konklusjon, men så mange aspekter som mulig innen de spørsmål som oppgis. Diskusjon er ønskelig for å få frem så mange aspekter og poeng som mulig. Presisere at man holder seg til de spørsmål og emner som oppgis og at det er viktig at en og en snakker om gangen. Dersom noen har innspill, gi tegn til intervjuer.

3: Kort om at intervjuet blir tatt opp på lyd og deretter transkribert. Innsamling av data: Kjønn, når utdannet som intensivsykepleier og antall år arbeidserfaring som intensivsykepleier.

4: Spørre om noen har spørsmål om det forestående intervjuet.

Intervjuspørsmål:

1: Hva er nåværende rutiner i deres avdeling i forhold til vurdering av smerte hos disse pasientene? (Egen prosedyre/protokoll?)

2: Hva ser dere etter hos pasienten når dere vurderer om en pasient har smerter eller ikke? (Faktorer som påvirker vurderingen? Utføring av vurderingen systematisk?)

3: Hos dere som er intensivsykepleiere, hva mener dere må til for å gjøre en god smertevurdering når det gjelder.. Kunnskaper? Holdninger? Erfaringer?

4: Hvordan foregår kommunikasjonen med andre som er på vakt med tanke på vurdering av smerte? (Dersom usikkerhet?)

5: Har dere forslag til tiltak i forhold til å kvalitetssikre vurderingen av smerte?

6: Hvilke erfaringer har dere med smertekartleggingsverktøy hos denne pasientgruppen?

Oppfølgingsspørsmål: Kan du forklare nærmere? Kan du si noe mer om...? Har dere flere eksempler på det?

Fortolkende spørsmål: Har jeg forstått det riktig at....? Dere mener at det er slik at...? (oppsummere innimellom)

Tilslutt: Spørre om noen har noe mer de ønsker å si, avsluttende innspill og kommentarer.