



«ET HESTEHODE BAK» VED PROSEDYRESMERTER PÅ INTENSIVAVDELINGEN

– En kvalitativ studie av norske intensivsykepleieres utfordringer ved forebygging og behandling av prosedyresmerter hos intensivpasienten.

Tone Rosén

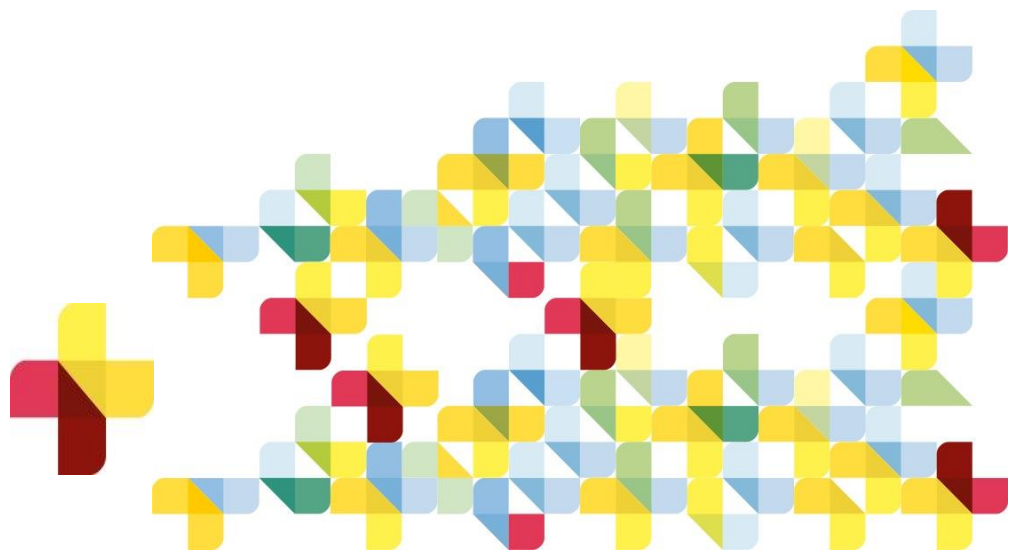
Kandidatnummer 104

Lovisenberg diakonale høgskole

Masteroppgave i avansert klinisk sykepleie

Antall ord: 15619

Dato: 1. desember 2014



ABSTRACT	Lovisenberg Diaconal University College Date: December 1 st 2014
<p>“DELAYED PAIN MANAGEMENT FOR PROCEDURAL PAIN IN THE INTENSIVE CARE UNIT”</p> <p>A qualitative study of Norwegian critical care nurses’ challenges regarding procedural pain</p>	
<p><u>Background:</u> Patients in intensive care units (ICUs) undergo several diagnostic and therapeutic procedures every day. These routine procedures have been reported by the patients to be painful. Critical care nurses (CCNs) both underestimate and undertreat procedural pain. Systematic review of literature found no qualitative studies regarding CCNs' challenges in procedural pain.</p> <p><u>Purpose:</u> Identify challenges related to procedural pain by interviewing CCNs and compare findings to existing research and theory of pain.</p> <p><u>Research question:</u> <i>What challenges do CCNs experience in the prevention and management of procedural pain for adult ICU patients?</i></p> <p><u>Methods:</u> An explorative qualitative study was conducted, interviewing three focus groups with CCNs at a university hospital. Kirsti Malterud’s Systematic Text Condensation was the method used for qualitative content analysis.</p> <p><u>Results:</u> Four categories of challenges were identified; (1) Challenging conditions and interaction on the ward, (2) Challenges regarding ICU patients and pain assessment, (3) Inadequate analgesics and (4) Lack of understanding. These categories were further condensed into the main theme: “Delayed pain management for procedural pain in the intensive care unit”.</p> <p><u>Discussion:</u> “Delayed pain management for procedural pain" may occur when CNNs are too late with pain treatment or pain treatment is absent, due to the listed challenges. The fourth challenge, Lack of understanding, could be interpreted to be a more significant challenge in the management of procedural pain than directly described in the interviews.</p> <p><u>Conclusion:</u> CCNs and the interdisciplinary team must address the lack of understanding by working evidence based with focus on knowledge, awareness and attitudes as well as implementing algorithms and guidelines. Short-acting analgesic may further prevent delayed pain management in a busy ICU.</p>	
<p>Key words: pain, procedure, analgesia, critical care nursing, focus group interview</p>	

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 1. desember 2014
<p>«ET HESTEHOE BAK» VED PROSEDYRESMERTER PÅ INTENSIVAVDELINGEN – En kvalitativ studie av norske intensivsykepleieres utfordringer ved forebygging og behandling av prosedyresmerter hos intensivpasienten.</p>	
<p><u>Bakgrunn:</u> Intensivpasienter gjennomgår flere diagnostiske og terapeutiske prosedyrer hver dag. Disse rutineprosedyrene blir rapportert som smertefulle av pasienter. Intensivsykepleiere både undervurderer og underbehandler prosedyresmerter. Systematisk litteratursøk viste ingen publiserte, kvalitative studier om intensivsykepleieres utfordringer ved prosedyresmerter.</p> <p><u>Hensikt:</u> Identifisere hvilke utfordringer intensivsykepleiere opplever knyttet til prosedyresmerter hos voksne intensivpasienter ved å intervju intensivsykepleiere og sammenligne resultatene med eksisterende forskning og teori om smerte .</p> <p><u>Problemstilling:</u> <i>Hvilke utfordringer opplever intensivsykepleiere ved forebygging og behandling av prosedyresmerter hos voksne intensivpasienter?</i></p> <p><u>Metode:</u> En eksplorativ kvalitetsstudie ble utført ved å intervju tre fokusgrupper med intensivsykepleiere på universitetssykehus. Kirsti Malteruds systematiske tekstkondensering ble brukt som metode for kvalitativ innholdsanalyse.</p> <p><u>Resultater:</u> Fire kategorier av utfordringer ble identifisert; (1) Utfordrende rammebetingelser og samhandling, (2) Utfordringer knyttet til intensivpasienten og smertevurdering, (3) Utilstrekkelige medikamenter og (4) Manglende forståelse. Disse kategoriene ble ytterligere kondensert til hovedtemaet: «"Et hestehode bak" ved prosedyresmerter hos intensivpasienten».</p> <p><u>Diskusjon:</u> "Et hestehode bak" kan beskrive situasjonen som kan oppstå når intensivsykepleiere er for sent ute på grunn av de nevnte utfordringene og smertebehandlingen forsinkes eller uteblir. Den fjerde utfordringen, Mangel på forståelse, kan tolkes å være en større utfordring ved prosedyresmerter enn det informantene fortalte direkte.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Intensivsykepleiere og det tverrfaglige teamet må jobbe kunnskapsbasert med fokus både på kunnskap, bevissthet og holdninger, samt implementere algoritmer og retningslinjer. Hurtigvirkende analgetika kan ytterligere bidra til at intensivpasienter ikke lider unødig i en travel intensivavdeling.</p>	
<p>Nøkkelord: smerte, prosedyre, analgetika, intensivsykepleie, fokusgruppeintervju</p>	

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikten med studien.....	3
1.3	Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål	3
2	Litteraturgjennomgang og sentrale begreper	4
2.1	Smertefulle rutineprosedyrer	4
2.2	Vanlig smertebehandlingspraksis	6
2.3	Smertevurdering	7
3	Teoretisk rammeverk.....	9
4	Design og metode	11
4.1	Valg av forskningsfelt	11
4.2	Utvalg og utvalgsprosedyre	12
4.3	Metode for datainnsamling.....	13
4.4	Metode for analysing av data	14
4.5	Forskerens forforståelse og påvirkning av resultatene (Refleksivitet)	17
4.6	Etiske vurderinger.....	19
4.6.1	Tillatelser.....	20
4.6.2	Informert samtykke	20
4.6.3	Anonymitet og konfidensialitet.....	20
5	Resultater	21
5.1	Utfordrende rammebetingelser og samhandling.....	21
5.1.1	Utilstrekkelige rammebetingelser	21
5.1.2	Utfordrende tverrfaglig samarbeid	23
5.2	Utfordringer knyttet til intensivpatienten og smertevurderingsverktøy.....	25
5.2.1	Vanskelig smertevurdering	25

5.2.2	Vanskelig dosering	27
5.3	Utilstrekkelige medikamenter.....	29
5.3.1	For sen anslagstid	29
5.3.2	For mange bivirkninger	30
5.4	Manglende forståelse	31
5.4.1	Manglende kunnskap.....	31
5.4.2	Manglende bevissthet	33
6	Diskusjon.....	35
6.1	«Et hestehode bak» ved prosedyresmerter?.....	35
6.2	Er manglende kunnskap og bevissthet en stor utfordring ved prosedyresmerter?	39
6.3	Diskusjon av studiens relevans, validitet og overførbarhet	43
7	Oppsummering og konklusjon	46
7.1	Implikasjoner for sykepleiepraksis	46
	Litteraturliste	47

Vedlegg 1. Godkjenning NSD

Vedlegg 2. Informasjonsskriv og samtykke-erklæring

Vedlegg 3. Intervjuguide

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Smerte blir ofte definert som en subjektiv, ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse (Helsedirektoratet, 2012). Det er veldokumentert at ubehandlede smerter kan forlenge og forverre pasientens sykehusopphold, samt føre til utvikling av kroniske smerter (Breivik H, 2008; Kehlet H, 2006; Møiniche S, 2003; Suzanne, 2005; Wu C, 2006; Wu & Raja, 2011). Til tross for økt fokus på kunnskapsbasert praksis samt retningslinjer og standarder for smertebehandling de siste årene, blir smerter underbehandlet (Pasero C, 2011; Wu & Raja, 2011). En nylig publisert studie av 215 inneliggende pasienter ved 14 norske sykehus fant at mange pasienter rapporterer sterke smerter og at det var et betydelig forbedringspotensial for kartlegging, dokumentasjon og behandling av smerte (Fredheim OM, 2011). Smertebehandling hos de over 10 000 intensivpatientene som årlig behandles i Norge, er særlig utfordrende (Barr et al., 2013; Flaatten, 2010; Herr, Coyne, McCaffery, Manworren, & Merkel, 2011; Pasero, 2009; Pasero C, 2011; Thompson et al., 2001).

Intensivpatienten kan oppleve smerte på grunn av sin underliggende sykdom eller skade, på grunn av kirurgi eller som resultat av andre ikke-kirurgiske intervensjoner eller prosedyrer. Prosedyrene kan være terapeutiske eller diagnostiske. Selve intensivmiljøet kan også være assosiert med smerter, for eksempel ubehag av medisinteknikk- og overvåkningsutstyr samt stell og pleie. Stress, engstelse og inadekvat sedering kan også forverre pasientens smerter (Freire & al, 2002; Mularski, 2004; Puntillo et al., 2001; Siffleet, Young, Nikoletti, & Shaw, 2007; Tietze, 2013; van de Leur et al., 2004).

Pasientundersøkelser viser at rutineprosedyrer som innleggelse/fjerning av ulike dren og invasive kateter, trachealsuging, sning/stillingsendring av pasienten, bandasjeskift og lungefysioterapi rapporteres som smertefulle av intensivpatienten (Arroyo-Novoa et al., 2008; Puntillo et al., 2014; Puntillo et al., 2004; Puntillo et al., 2001; K. A. Puntillo et al., 2010; Siffleet et al., 2007; Stotts et al., 2007; Summer & Puntillo, 2001). Denne smerten kan oppleves til tross for at intensivpatienten sederes (Chanques et al., 2014). Normal sedasjonspraksis består av sovemedisin (sedativa) og smertestillende (analgetika) (Payen et al., 2007; Randen & Bjork, 2010). De siste 10-15 årene har det vært økt fokus på fordelene

med lett sedasjon (Brattebo et al., 2003; Kollef et al., 1998). Dette kan gi ekstra utfordringer for intensivsykepleieren når det gjelder adekvat smertebehandling, men fordelene kan være at pasientene er mer våkne og lettere kan kommunisere sitt smertenivå.

Intensivpasienten kan ofte på grunn av sedering, sykdomstilstand eller respiratorbehandling ikke kommunisere og uttrykke egne behov, verken verbalt eller nonverbalt. Det er derfor utfordrende for intensivsykepleieren å vurdere smertenivået og behovet for smertelindring. Ulike kartleggingsverktøy (Makic, 2013) er utviklet for å prøve å finne pasientens smertenivå, men det er bare den eksisterende smerten som eventuelt fanges opp her. Å forutse intensivpasientens smertenivå under en fremtidig prosedyre kan synes å være umulig. Studier viser dessuten at intensivsykepleiere både underestimerer og underbehandler pasientenes prosedyresmerter (Ferguson, Gilroy, & Puntillo, 1997; Hall-Lord, Larsson, & Steen, 1998; K. Puntillo, 2003).

Jeg har som intensivsykepleier i lengre tid bekymret meg for at intensivpasienten ikke får tilstrekkelig smertebehandling ved smertefulle rutineprosedyrer. Jeg har forsøkt å forstå hvorfor man ikke er flinke nok til å behandle prosedyresmerter når det i utgangspunktet både er tilgjengelige medikamenter samt kunnskap om smertebehandling. Jeg ønsket å fordype meg i hva andre intensivsykepleiere tenker om dette temaet, siden intensivsykepleiere har en sentral rolle både i utføringen av rutineprosedyrer og i smertebehandling. Jeg ville intervjuer intensivsykepleiere for å identifisere hva de synes er utfordrende.

Systematisk litteratursøk oktober 2014 viste ingen publiserte kvalitative studier der intensivsykepleiere intervjues for å fange opp hvilke utfordringer de opplever i forebygging og behandling av prosedyresmerter hos intensivpasienten. Det ble funnet én kvalitativ studie som omhandlet intensivsykepleieres utfordringer med generelle smerter (Subramanian, Allcock, James, & Lathlean, 2012). Pasero et al (2009) lister i sin systemiske litteraturstudie opp ulike smertebehandlings-barrierer for helsepersonell på intensivavdeling når det gjelder generelle smerter; herunder kunnskapsmangel, mangel på smertevurderingsverktøy, inadekvat forordning og kommunikasjonsproblemer. Litteraturstudien er imidlertid basert på kvantitative studier, enkelte av dem utført på vanlige sengepostavdelinger. Det er gjort kvantitative studier som omhandler sykepleieutfordringer med smertevurdering (Gelinas, Fortier, Viens, Fillion, & Puntillo, 2004; Pasero, 2009) samt kartlegging av kunnskap og holdninger til generell smerte hos intensivsykepleiere (Glynn & Ahern, 2000). I Norge er det

gjort spørreundersøkelser hos intensivsykepleiere for å kartlegge hvilke vurderinger de gjør med tanke på sederingsbehov hos intensivpasienten, herunder også forebygging av prosedyresmerter (Randen & Bjork, 2010; Woien, Stubhaug, & Bjork, 2012). Det er også gjort kvalitativt studie av norske intensivsykepleieres erfaringer med vurderingsverktøy for smerte og sedasjon (Woien & Bjork, 2013).

Når det gjelder prosedyresmerter er det gjort flere studier der man undersøker hvilke rutineprosedyrer som kan være smertefulle for intensivpasienten (Arroyo-Novoa et al., 2008; Bruce, Howard, & Franck, 2006; Puntillo et al., 2002; Siffleet et al., 2007), samt studier der man kommer med behandlingsanbefalinger for prosedyresmerter (Ahlers et al., 2012; Bruce et al., 2006; Given, 2010; Pasero et al., 2009; Payen et al., 2007; Puntillo, 1996).

1.2 Hensikten med studien

Hensikten med denne studien er å intervju intensivsykepleiere for å identifisere hvilke utfordringer de står ovenfor når de skal forebygge prosedyresmerter hos intensivpasienten. Intensivsykepleiernes erfaringer diskuteres opp mot eksisterende forskning på området samt teori om smerte som fenomen.

1.3 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål

«Hvilke utfordringer opplever intensivsykepleiere ved forebygging og behandling av prosedyresmerter hos voksne intensivpasienter?»

- 1. «Hvilke utfordringer er knyttet til smertevurdering av prosedyresmerter?»*
- 2. «Hvilke utfordringer er knyttet til forebygging og behandling av prosedyresmerter?»*
- 3. «Hvilke utfordringer er knyttet til planlegging og samhandling i avdelingen?»*
- 4. «Hvilke utfordringer er knyttet til kunnskaper og holdninger hos den enkelte sykepleier?»*
- 5. «Finnes det andre utfordringer knyttet til prosedyresmerter?»*

2 Litteraturgjennomgang og sentrale begreper

Det er gjort systematiske litteratursøk i databasene CINAHL, Ovid Nursing, MEDLINE/PubMed og Swemed+. Det er også søkt i Cochrane og UpToDate for å finne systematiske oversiktsartikler knyttet til problemstillingen. Søkeordene var «Pain» «procedural pain» og «non-surgical intervention» i kombinasjon med «intensive care unit», «critical care», «critical care nursing» eller «critical illness». Disse søkeordene har videre blitt kombinert med «challenges», «assessment», «management», «decision making» eller «evaluation». Begrensninger ble gjort for språk (engelsk, norsk, svensk og dansk) samt at kun voksne intensivpasienter ble inkludert. Søkene ga totalt flere hundre treff. Abstraktene i søkeresultatene ble lest, duplikater og irrelevante artikler ble forkastet og jeg satt igjen med om lag 90 artikler som var relevante for studien, enten som referanse eller som inspirasjon i skriveprosessen. Referanselistene i aktuelle artikler ble gjennomgått for å finne enda flere artikler, samt at primærkildene til det som fremkom i artiklene ble sjekket. Både kvantitative og kvalitative studier er inkludert. De fleste artiklene ble publisert i perioden 2000-2014, men da det var begrensede studier om prosedyresmerter, er artikler helt tilbake til 1988 inkludert.

I det følgende vil jeg presentere sentrale begreper som omtales i oppgaven.

2.1 Smertefulle rutineprosedyrer

«The Europain study» (Puntillo et al., 2014) var en prospektiv tverrsnittsstudie utført i 28 land, på 192 intensivavdelinger. 3851 pasienter deltok i totalt 4812 prosedyrer. Smerteintensitet ble målt med NRS (Numeric rating scale 0-10) (Makic, 2013). Tolv ulike rutine-prosedyrer ble undersøkt (median NRS-skår under prosedyren i parentes): fjerning av thoraksdren (5), fjerning av sårdrain (4,5), innleggelse av arteriekran (4), trachealsuging (4), innleggelse av veneflon (3), venøs blodprøve (3), snuing (3), lungefysioterapi (3), stillingsendring (3), sårskift (3) og mobilisering (3). Alle prosedyrene ga økt NRS i forhold til baseline-NRS. Studien identifiserte flere risikofaktorer for prosedyresmerter; den spesifikke prosedyren, høyere pre-prosedyresmerter og stress, høyere «verste smerte»-intensitet før prosedyren og administrering av opioid for å forebygge prosedyresmerter. Forfatterne konkluderer med at kjennskap til hvilke prosedyrer som er smertefulle, i tillegg til å vite om risikofaktorer for prosedyresmerter, kan hjelpe intensivsykepleierne i behandlingen av prosedyresmerter. Det anbefales rutinemessig smertevurdering før prosedyrer, å administrere forebyggende analgetika, bruk av smertebehandling-protokoller og opplæringsprogrammer.

«Thunder Project II» var en prospektiv, deskriptiv studie fra 2001 (Puntillo et al., 2004; Puntillo et al., 2001; Puntillo et al., 2002). Her ble 6201 pasienter ved 169 avdelinger i USA, Canada, England og Australia undersøkt med tanke på prosedyrene snuing, trachealsuging, fjerning av femoraliskateter, innleggelse av sentralvenøst kateter og sårskift ved ikke-brannså. 5957 av pasientene var voksne og deres gjennomsnittlige smerte-score og stress-score ble målt med NRS-skala 0-10. En 30-trinns «Behavior Observation Tool» ble også brukt for å fange opp pasientenes eventuelle bevegelsesforandringer under prosedyrene. Grimasering, rigiditet (stivhet), knipe sammen øynene, verbale lyder, stønning og knuging med nevene ble observert. Pasienter med prosedyresmerter hadde tre ganger så høy bevegelses-score som pasientene uten prosedyre-smerter. Den mest smertefulle og plagsomme prosedyren var snuing (NRS $4,93 \pm 3,09$) og det nest mest smertefulle var trachealsuging (NRS $3,94 \pm 3,32$). 63 % av pasientene fikk ingen smertestillende og mindre enn 20 % av pasientene fikk opiatet før prosedyrene. Bare 10 % av pasientene fikk kombinasjonsterapi som er anbefalt. Konklusjonen var at de fleste pasienter ikke ble skikkelig smertebehandlet til tross for økt smerteintensitet under prosedyrene.

Payen et al (2007) utførte en prospektiv multisenter observasjonsstudie med 1381 voksne pasienter i 44 franske intensivavdelinger, der de blant annet undersøkte prosedyrer som trachealsuging, mobilisering, sårstell, fjerning av thoraxdren, innleggelse av arteriekran og endoskopi. Trachealsuging og mobilisering var de mest hyppige rapporterte prosedyrene som var smertefulle. Mindre enn 25 % av pasientene fikk spesifikk smertebehandling før disse prosedyrene. Forfatterne anbefaler protokoller og retningslinjer for å forbedre både smertevurderings- og smertebehandling-praksis.

Arroyo-Novoa et al (2008) undersøkte videre de 755 pasientene i «Thunder Project II» som ble trachealsugd. Selv om den gjennomsnittlige smerteintensiteten var nokså mild (NRS 3,96), hadde nesten halvparten av pasientene moderat til sterk smerte under prosedyren. Ord som ble brukt for å beskrive smerten var blant annet «Øm», «skarp», «verkende», «skremmende» og «utmattende». Få pasienter fikk smertestillende før eller under sugeprosedyren. I Bergbom-Engberg et al sin studie (1989), der intensivpasienter ble intervjuet 2-4 år etter sitt intensivopphold, rapporterte 57 pasienter (36 % av informantene) at smerte i forbindelse med respiratorbehandling hadde vært et stort problem. Trachealsuging ble husket som spesielt ubehagelig for 30 % av informantene. I en tilsvarende studie, (Hallenberg, Bergbom-Engberg, & Haljamae, 1990), rapporterte 41% av 59 tidligere

intensivpasienter at de husket smerter i forbindelse med respiratorbehandling, og at trachealsuging var en av årsakene. I Puntillo sin studie (1994) av 45 våkne, postoperative thoraxpasienter, rapporterte pasientene gjennomsnittlig NRS på 4,9 ved trachealsuging. Én av tre pasienter (n=17) oppga smerteintensitet på NRS 7 eller høyere

Andre mindre studier har også omhandlet prosedyresmerter; Stanik-Hutt et al (2001) fant i likhet med Puntillo (i 2001), at snuing var den mest smertefulle prosedyren for de 43 traumepasienter de undersøkte, innenfor deres 72 første timer på intensivavdeling. Sifflet et al (2007) fant at blant deres 61, våkne intensivpasienter, var det signifikant høyere smertescore for dremsfjerning, dyp respirasjon og hosteøvelser, trachealsuging, snuing og fjerning av invasive kateter (i riktig rekkefølge i forhold til gjennomsnittlig smertescore). Lettere sårskift ga ikke signifikant høyere smertescore enn preprosedyre smerteskår i denne studien. Carrol et al (1999) fant at pasienter som er godt forberedt med forklaring av forventet prosedyresmerte, rapporterte mindre smerte og stress under prosedyren, men dette var hos våkne pasienter. Intensivpasienten kan ofte ikke forberedes på prosedyresmerte grunnet sedasjon og/eller sykdomstilstand.

2.2 Vanlig smertebehandlingspraksis

Adekvat smertelindring er viktig selv om intensivpasienten får sederende medikamenter og tilsynelatende sover og har det bra. Vanlig sedasjonspraksis består derfor av både rent sederende medikamenter (propofol og benzodiazepiner) og analgetika (opioider). Opioider gir i tillegg til smertelindring også sederende effekt i større eller mindre grad. Sederer gis for å redusere smerte, ubehag, stress, angst og agitasjon slik at intensivpasienten kan tolerere respiratorbehandling, pleie og ulike undersøkelser og behandling relatert til sykdomstilstanden (Gulbrandsen, 2005; Rustøen & Klopstad, 2008). Mangelfull smertelindring kan gi angst, økt katekolaminutskillelse, immunsuppresjon, myokardiell ischemi, dårligere blodsirkulasjon, søvndepresjon og delirium (Jacobi et al., 2002; Wu & Raja, 2011). Angst kan videre føre til agitasjon hos intensivpasienter, men agitasjon kan også være et uttrykk for smerte.

Nyere medikamenter som remifentanil og dexmedetomidine virker både smertestillende og sederende og er lovende med tanke på dagens anbefaling om analgo-sedasjon (Barr et al., 2013; Raeder & Hoymork, 2010). Analgo-sedasjon innebærer en endring fra sedasjons-basert

til analgetika-basert sedasjon. Man vurderer smerte og analgetikabehov først, for deretter å gi sederende medikamenter bare hvis det er nødvendig (Egerod, Jensen, Herling, & Welling, 2010). Før smertefulle prosedyrer anbefales det å gi bolus med opioider som supplement til kontinuerlig (analgo-)sedasjon og gi dette i rett tid før prosedyrer (Pasero et al., 2009).

I “Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation and delirium in the adult patients in the ICU” fra 2013 (Barr et al., 2013), er det en sterk anbefaling å holde intensivpasienten lett sedert, samt bruke analgo-sedasjon som førstevalg. Videre anbefales det å gi forebyggende analgetika og/eller ikke-farmakologisk smertelindring (f.eks. avslapning) ved fjerning av thoraxdren eller andre smertefulle prosedyrer. De foretrukne opioidene er Fentanyl og eventuelt Fentanyl-derivatene; Sufentanil, Alfentanil and Remifentanil fremfor Morfin (Payen et al., 2007; Tietze, 2013). Opioider gir kardiopulmonal påvirkning og må derfor balanseres med pasientens hemodynamikk og respiratoravvenning (Siffleet et al., 2007). Andre analgetika som Paracetamol, NSAIDS og lokalanestesi bør brukes i en multimodal smertebehandling for å kunne bruke minste, effektive opioid-dose. I tillegg må nevroleptika vurderes dersom man mistenker nevropatiske smerter. Man bør også sørge for at intensivmiljøet ikke gir pasienten unødvendig angst, søvndepresjon og stress (Makic, 2013). I Retningslinjer for smertebehandling i Norge står det generelt om smertebehandling ved akutt- og postoperativ smerte, men ikke om prosedyresmerter (Legeforening, 2009).

Tverrfaglig samarbeid er viktig i smertebehandling. Intensivsykepleieren står i en unik posisjon overfor intensivpasienten fordi hun er ved pasientsengen hele tiden. Sykepleieren er avhengig av legens forordning, men administrering og tilrettelegging for god smertelindring er hennes ansvar. Eventuelle retningslinjer for den enkelte prosedyre må følges og intensivsykepleieren kontakter legen dersom medikamenter skal justeres eller suppleres. Når det gjelder smertelindring før smertefulle prosedyrer, må intensivsykepleieren ha kunnskap om hva som har fungert hos andre, tilsvarende pasienter ved tilsvarende prosedyrer, samtidig som hun må ta utgangspunkt i den helt unike pasienten hun står overfor (Given, 2010; Lindberg & Engstrom, 2011).

2.3 Smertevurdering

For å gi adekvat smertebehandling er det viktig med smertevurdering. Gullstandarden for dette er selvrapporing og bruk av NRS (Makic, 2013) men dette er vanskelig hos sederte

intensivpasienter. Mange sykepleiere bruker fortsatt forandringer i vitale tegn som puls, blodtrykk og respirasjonsfrekvens når de skal smertevurdere pasienter som ikke selv kan rapportere sin smerte (Connor, 2012; Herr et al., 2011; Lindberg & Engstrom, 2011). Vitale tegn alene er veldig usikre indikatorer på smerte siden disse forandringene kan skyldes intensivpasientens ustabile hemodynamikk, psykologiske faktorer eller en av mange medikamenter som pasienten får. Intensivpasienten får dessuten medikamenter for å normalisere og stabilisere disse vitale tegnene (Herr et al., 2011; Makic, 2013). Det anbefales at smerte rutinemessig blir vurdert hos alle intensivpasienter. «The Behavioral Pain Scale» (BPS) og «Critical Care observation Tool» (CPOT) er mest valide og reliable smertevurderingsverktøy til pasienter som ikke kan selv-rapportere (Barr et al., 2013; Echegaray-Benites, Kapoustina, & Gélinas, 2014; Makic, 2013; Tietze, 2013).

3 Teoretisk rammeverk

Som teoretisk rammeverk har jeg benyttet Nortvedt og Nortvedt (2001) sin teori om, og forståelse av smerte som fenomen sett i et moralfilosofisk perspektiv. Forfatterne beskriver fenomenet smerte som noe mer enn rene biokjemiske prosesser i nervesystemet. Grunnen til dette valget er at jeg gjennom analysen av mitt kvalitative materiale, forsto stadig tydeligere at bevissthet, verdier og holdninger til smerte er en viktig forutsetning for god smertebehandling. Smertens moralske betydning bør ikke undervurderes.

Nortvedt og Nortvedt påpeker at til tross for rikelig forskning på smerte vet vi nesten ingen ting om hva som gjør smerte til et så personlig, høyst variabelt og subjektivt fenomen. Den personlige opplevelsen av smerte vil ikke bli vektlagt i denne oppgaven, annet enn at det påpekes hvor viktig det er at intensivsykepleieren er bevisst smertens opplevelsedimensjon. Det er Nortvedt og Nortvedt sin smertebetraktning i relasjonen pasient-hjelper som vil bli presentert og diskutert.

Det fenomenologiske perspektivet på smerter er i følge forfatterne ikke et forsøk på å forstå smertens årsaker, men dens opplevelsedimensjon, den subjektive og menneskelige dimensjonen ved det å leve med smerter.

Den som arbeider med en pasient som har smerter, må ikke bare forstå hvor og hvorfor pasienten har smerter. En må forstå hva smerte som fenomen innebærer for den syke, og hvordan pasienten opplever smerten. Hvis ikke helsearbeideren kan se og føle hvordan og på hvilken måte smerten griper inn i pasientens liv (...), vil terapien i beste fall kunne bli ufølsom, og i verste fall skyter den i blinde (Nortvedt & Nortvedt 2001 s.54).

Videre skriver Nortvedt og Nortvedt om smerten som moralsk utfordring. Det smerter å se andres smerte og det smerter å påføre andre smerte.

Smertens innvirkning på andre enn dem som har smerter har viktige implikasjoner for hvordan sykepleieren forstår pasientens kliniske tilstand, og for hvordan hun utviser varsomhet og omtanke i stell og ved iverksetting av prosedyre. (...) Det kan være en grimase eller rødhet som tegn på stress i den bevisstløses ansikt, eller klientens utrop og motstanden i kroppen som setter grenser. Denne omtanken for personen er av moralsk natur, men den har også en viktig klinisk betydning (Nortvedt & Nortvedt 2001 s.88).

Forfatterne påpeker at intensivsykepleieren bør ha kunnskap om akkurat *sin* pasients eller *sin* pasientgruppes smertefulle situasjon og hun må være lydhør overfor pasientens selvopplevde smerte. Det handler om følelsesmessig oppmerksomhet og evnen til empati. Det dreier seg også om en profesjonell evne til å sette seg inn i andre menneskers erfaringsverden, og til å fornemme eller gjenkjenne deres smerte. Nortvedt og Nortvedt (2001) mener at den beste kliniker, er den følsomme kliniker som klarer å ivareta både moralske prinsipper og faglighet.

Dette perspektivet på smerte som fenomen blir brakt videre i diskusjonen av studiens funn.

4 Design og metode

Hensikten med studien var å utforske erfaringer. Det ble derfor valgt en eksplorerende kvalitativ metode som blant annet bygger på teorier om menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud, 2011). Fenomenologi er et omfattende felt innen filosofisk teori og representerer en forståelsesform der menneskers erfaringer regnes som gyldig kunnskap. Hermeneutikk handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk (Malterud, 2011; Polit & Beck, 2012). I kvalitativ forskning anses forskeren som aktiv deltaker og er selv det viktigste redskapet for tolkning. Derfor er det viktig å være bevisst sin forforståelse og denne vil bli beskrevet senere. Den kvalitative forskeren tar i bruk både beskrivelser og tolkninger, det ene kan ikke utelate det andre (Malterud, 2011). Studien er deskriptiv og bygger i hovedsak på beskrivelser, men tolkning har foregått i alle ledd av forskningsprosessen. Ambisjonen min har ikke vært å gjøre komparativ analyse eller produsere fulle beskrivelser. Kunnskapsutviklingen i kvalitativ forskning kan aldri bli fullstendig; Nye spørsmål reiser seg, ikke universelle sannheter (Malterud, 2011; Polit & Beck, 2012). Jeg har forsøkt å få tak i hva andre intensivsykepleiere opplever er utfordringer ved prosedyresmerter, sammenfattet dette, og forsøkt å gi en overordnet forståelse av meningsinnholdet.

Metode for datainnsamling var fokusgruppeintervju, som blant annet kan være en egnet metode til å studere felles erfaringer og synspunkter hos helsepersonell (Malterud, 2012). Fokusgrupper ledes av en moderator som presenterer emnene som skal diskuteres og legger til rette for ordveksling. Tanken er at gruppedynamikken i fokusgruppen kan skape flere assosiasjoner, historier og aspekter rundt et tema, enn individuelle intervjuer (forskningsetiske-retningslinjene, 2009; Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011). Jeg anså ikke temaet prosedyresmerter som spesielt sensitivt og tenkte at informantene kunne snakke fritt med hverandre og utveksle erfaringer. I en fokusgruppe kan forskerens rolle være mindre fremtredende enn i individuelle intervjuer sånn at forskerens påvirkning på funnene begrenses mest mulig (Malterud, 2012).

4.1 Valg av forskningsfelt

Forskningsfeltet var generell- og thoraks-kirurgisk intensivavdelinger på et universitetssykehus. Avdelingene har både medisinske og kirurgiske pasienter som innlegges

som øyeblikkelig hjelp eller elektivt. Fokus for studien var både våkne og sederte intensivpasienter over 18 år. En pasient defineres som en intensivpasient når det foreligger truende eller manifest, akutt svikt i én eller flere vitale organfunksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel. En intensivavdeling defineres som en sykehusenhet som behandler pasienter med svikt i flere vitale organfunksjoner (Trønnes, 2006).

4.2 Utvalg og utvalgsprosedyre

Inklusjonskriteriet var intensivsykepleiere med minst ett års erfaring med voksne intensivpasienter på intensivavdeling. De måtte kunne beherske norsk skriftlig og muntlig for å kunne samtykke i deltakelse samt unngå språkproblemer og misforståelser under intervjuet. En intensivsykepleier har etter norske forhold videreutdanning i intensivsykepleie med 90 studiepoeng, basert på minimum to års relevant praksis som autorisert sykepleier (forskningsdepartementet, 2005). Til sammen ble seksten informanter intervjuet i tre intervjuer, totalt 2 timer og 15 minutter. Gjennomsnittlig antall års erfaring med voksne intensivpasienter var 16,1 år (tabell 1).

	Antall informanter	Gjennomsnittlig antall års erfaring med voksne intensivpasienter	Intervjuets varighet
«Pilotintervju»	3	11	25 min og 50 sek
Intervju 1	8	17,6	51 min og 51sek
Intervju 2	5	16,7	57 min og 31sek
Totalt	16	16,1	2 t, 15 m. og 12sek

Tabell 1 Demografiske data

For å kunne sikre best mulig strategisk utvalg, er det viktig med erfaringsbasert feltkunnskap (Malterud, 2012), noe jeg hadde etter over 10 år på intensivavdelinger. Informantene ble rekruttert via fagsykepleierne på avdelingene og utvalget var da dels strategisk, dels pragmatisk. Alle aktuelle intensivsykepleiere som skulle jobbe dag- eller kveldsvakt den allerede planlagte intervjudagen, fikk mail med informasjonsskriv fra fagsykepleier. De informantene som takket ja til deltakelse fikk deretter direkte brev fra undertegnede med informasjon om sted for intervju. Det var tenkt fem-åtte informanter per intervju, slik Malterud (2012) anbefaler. Ni av 15 forespurte sykepleiere meldte seg til første intervju og fem av 20 til andre intervju. Alle fikk delta, bortsett fra én sykepleier til første intervju. Hun

fikk ikke delta fordi vi kjente hverandre fra før og fordi jeg anså en gruppe på ni informanter som for stor. Det ble også rekruttert tre medstudenter til pilotintervju. De bidro med mye bra materiale, derfor valgte jeg å inkludere dette intervjuet i datainnsamlingen. Alle informantene i hvert intervju kjente hverandre fra før, hvilket i følge Malterud (2012), kan føre til mer flyt i diskusjonen.

4.3 Metode for datainnsamling

En seminstrukturert intervjustil ble valgt for fokusgruppeintervjuene. Det var ønskelig med spontanitet og åpenhet i intervjuene, samtidig som det var mulighet til å styre informantene inn på tema som var ønsket utdypet. En intervjuguide ble utarbeidet på bakgrunn av erfaring og problemstilling i samråd med veiledere (vedlegg 3). Forskningsspørsmålene ble også kort presentert i informasjonsskrivet. Før intervjuene ble det informert om at målet var åpen atmosfære, der man kunne uttrykke personlige og motstridene synspunkter om utfordringer med prosedyresmerter. Målet var ikke å bli enige om eller presentere løsninger (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2012). Det ble presisert at fortellinger om både gode og dårlige erfaringer var ønsket. Alle tre intervjuer bar preg av engasjerte og deltakende informanter. De snakket velvillig om intervjuguidens tema av seg selv, foruten punktet om kunnskap og bevissthet som ikke ble omtalt før moderator bragte det på bane. Alle informantene deltok, men noen snakket litt mer enn andre. Av og til måtte moderatoren gripe inn for å styre samtalen tilbake til det den skulle handle om. Flere ganger måtte moderatoren også be informantene om å utdype det de hadde sagt. Hvert intervju ble avsluttet med at forskeren gikk gjennom det som ble oppfattet som hovedtema for intervjuet slik at informantene fikk mulighet til å kommentere dette. De ble også avslutningsvis spurt om hva de ønsket seg i en «perfekt verden». På slutten av det siste intervjuet kom det ikke frem så mange nye aspekter, men jeg fikk bekreftet og utdypet mye av det de forrige informantene hadde fortalt om. Intervjuene ble holdt i vaktskift-tid på møterom på sykehuset, med minimal mulighet for forstyrrelse. Alle deltakerne satt rundt et bord, det var enkel servering og det ble gjort gode lydopptak med mobiltelefon. Demografiske data og skriftlig tillatelse ble samlet før intervjuene begynte. En medstudent fungerte som sekretær (co-moderator) under første intervju. En co-moderator noterer rekkefølgen for hvem som snakker og dokumenterer non-verbal kommunikasjon (Polit & Beck, 2012). Notatene ble med i datainnsamlingen. Co-moderatoren hadde litt erfaring med fokusgruppeintervju fra før og bidro med tips omkring intervjumetode.

4.4 Metode for analysering av data

Analysering av data fra fokusgruppeintervju har ulike tilnærminger. Jeg har valgt Malterud (2011) sin systematiske tekstkondensering som analysemetode fordi dette var min første kvalitative studie og Malterud beskriver analysemetoden enkelt trinn for trinn. Metoden er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og egner seg for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener for utvikling av nye beskrivelser og begreper. Transkribering er i følge Malterud en del av analyseprosessen og innebærer å oversette muntlig språk til skriftlig tekst. Dermed blir det mulig å strukturere for analyse. Lydfilene fra fokusgruppeintervjuene mine ble transkribert etter hvert intervju. Totalt ble det 38 tettekrevne sider med helt ordrett, transkribert tekst. Latter ble markert og alle pauser ble registrert i antall sekunder. Det ble ikke skrevet ned hvem som sa hva, siden hensikten ikke var å skille informantene fra hverandre. Uansett hadde informantene ulike dialekter og stemmeleie, så de kunne skilles fra hverandre på lydfilen. Transkribering innebærer blant annet at tonen i informantenes stemmer, med sine uttrykk, kan bli borte (Malterud, 2011). I prosjektloggen skrev jeg ned stemningen og inntrykk fra hvert fokusgruppeintervju for om mulig å avhjelpe dette problemet.

Systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011) foregår i fire trinn:

I første trinn skal man bli kjent med materialet ved å lese gjennom teksten for å få et helhetsbilde. Jeg leste igjennom tre ganger og forsøkte å sette egen forforståelse og teoretiske referanseramme i parentes. Sammen med min co-moderator diskuterte vi ulike tema som hver av oss fant ved å lese teksten i fugleperspektiv. Deretter ble vi enige om syv *foreløpige tema*.

Kodenummer	FORELØPIG TEMA
1	Tidsnød / travelhet / vanskelig planlegging
2	Manglende rutiner (inkl. kultur/ukultur)
3	Utfordrende tverrfaglig samarbeid (inkl. forordninger)
4	Dårligere og mer våkne pasienter
5	Vanskelig å smertevurdere
6	Utfordringer med selve medikamentene
7	Manglende bevissthet / kunnskap /vilje

Tabell 2: Oversikt over foreløpige tema trinn 1

I andre analysetrinn skal man skille relevant tekst fra irrelevant og man skal sortere teksten som kan belyse problemstillingen. Her tok jeg, i motsetning til Malterud, med det aller meste av teksten i redsel for å miste noe på veien. Kun «utenomstakk» som ikke omhandlet temaet, ble utelatt. Videre sier Malterud at man skal dekontekstualisere ved å identifisere meningsbærende enheter og sortere disse i koder med utgangspunkt i de foreløpige temaene fra trinn1. Jeg gikk gjennom linje for linje og satte de meningsbærende enhetene jeg fant inn i tabell. Jeg beskrev hver enkelt enhet med noen få ord (kode) og registrerte etterpå tallkode 1-7 fra de foreløpige tema. Flere meningsbærende enheter passet til flere tallkoder og i redsel for å miste noe på veien, lot jeg det stå to eller tre tallkoder til enkelte meningsbærende enheter. Videre valgte jeg å kondensere hver enkelt meningsbærende enhet slik at språket ble kortfattet og konsist. Alt materialet forelå nå i ett dokument, én stor tabell, inspirert av Graneheim og Lundman (2004). Til slutt sorterte jeg alle meningsbærende enheter med sine koder (ord og tall) i syv nye dokumenter. Siden mange meningsbærende enheter passet både i kode 1 og 2, slo jeg sammen disse. Resultatet var seks dokumenter til videre analyse.

MENINGSBÆRENDE ENHET	KONDENSERT MENINGSBÆRENDE ENHET	KODE
Også er det med sånne sederte, halvvåkne pasienter. Det er vanskelig å tolke signaler. Som du sier, du vet ikke om det er delir eller ikke og hvorfor? Er det angst eller smerte? Er det det at han ikke vil? Hvorfor?	Det er vanskelig å tolke signalene til sederte, halvvåkne pasienter. Er det delir, angst, smerte eller det at pasienten ikke vil?	5. Vanskelig å smertevurdere sederte, halvvåkne pasienter
Så er det vel noe med det at pasienten skal mobiliseres kanskje. Vil gjerne ha pasienten våken sånn at en ikke gir for mye da.	Vil gjerne ha våken pasient ved mobilisering, derfor gis ikke så mye.	6. Analgetika vs. mobilisering
Men det er jo som xxx sier. Vi venter jo ikke. Nei, vi begynner for tidlig. Maks 5 minutter. Så snur vi bare.	For dårlige til å vente på effekt. Begynner å snu etter maks fem minutter	1. Analgetika rekker ikke virke
Jeg stusser på at det blir brukt så lite Rapifen. Det hadde jo vært en mulighet, i hvert fall med tanke på snuing og sånn. Hadde vært perfekt å begynne å bruke det.	Rapifen brukes for lite. Hadde vært perfekt ved snuing og sånn	6. Ønsker Rapifen, brukes lite
Vi har faktisk mye å gå på, men vi gjør det ikke! Før ble det seponert mye tidligere, men nå står det der for at de skal slippe å ordinere igjen.	Mye forordning å gå på, men gjør det ikke. Seponert tidligere før.	2 og 7. Utnytter ikke forordning
Man glemmer det rett og slett. Sånn er det med mange ting. Med en gang man tar bort fokuset, så går det en viss tid, så er det ute.	Man glemmer det rett og slett en stund etter at fokuset er borte. Sånn er det med mange ting.	7 Glemmer. Fokuset holdes ikke oppe
Mye spesialister, det er mye hardt trøkk. Mye som skal gjøres på kortest mulig tid, og så blir pasienten sendt videre. Sånn er det hele tiden, og vi får beskjed om at det står fire i kø utfor porten her. En skvis!	Mye spesialister og mye som skal gjøres på kortest mulig tid før utskrivning. Pasienter i kø for å komme inn etterpå. En skvis	1 Svært travelt for pas og personell
Det er mange som tror at Propofol er smertestillende, dessverre. Du får rapport om at, «jo men har går jo på Propofol», men det er jo ikke smertelindring. Tvert i mot, det kan jo være et mareritt.	Mange tror dessverre at Propofol er smertestillende. Tvert imot, det kan jo være et mareritt	6 og 7 Mange tror at Propofol er smertestillende

Tabell 3: Eksempel på kondensering og koding av utvalgte meningsbærende enheter

I tredje analysetrinn skal man abstrahere kunnskapen videre. Man skal systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen. Først skal man sortere materialet i subgrupper. Min co-moderator var delvis med i prosessen. De doble og triple kodene fra andre analysetrinn ble fordelt der de best hørte hjemme. Her brukte jeg mye tid på å fordele riktig og det ble noen runder frem og tilbake i prosessen. Det pekte seg ut to-seks subgrupper under hver av de seks kodegruppe, senere ble det redusert til to-tre subgrupper per gruppe. Dette var nå de nye analyseenhetene. Til hver subgruppe ble det skrevet et kondensat, et kunstig sitat som i følge Malterud skal gjenfortelle og sammenfatte alt i den aktuelle subgruppen. Kondensatene ble skrevet i jeg-form og med bruk av informantenes egne ord og begreper. Til slutt valgte jeg ut «gullsiter» som best mulig illustrerte det abstraherte materialet i hver subgruppe.

I fjerde analysetrinn skal man rekontekstualisere, altså sammenfatte det dekontekstualiserte materialet fra andre og tredje analysetrinn. Med basis i kondensatene og gullsitatene lages en analytisk tekst for hver kodegruppe som representerer resultatene i forskningsprosjektet. Deretter skal det lages en treffende overskrift, navnet på kategorien for hver tekst. Under dette arbeidet ble det mye omrokking og forandring av navn på kategorier og subgrupper. Jeg gikk frem og tilbake i prosessen og prosjektloggen ble brukt flittig for å se hva jeg hadde tenkt tidligere om ulike valg underveis. Inndelingen av kategorier og subgrupper ble også diskutert med co-moderatoren, andre medstudenter og veiledere. Enkelte forandringer ble gjort på bakgrunn av dette. De seks kodegruppene fra andre analysetrinn, ble etterhvert til fire kategorier med to subgrupper til hver kategori. Kategoriene ble ytterligere abstrahert til temaet «et hestehode bak», et begrep som kan beskrive hvorfor smertebehandlingen blir forsinket eller uteblitt (tabell 4).

For å validere funnene, leste jeg avslutningsvis hele det transkriberte materialet på nytt mens jeg samtidig lyttet til lydfile. Malterud (2011) anbefaler å utfordre resultatene ved å lete systematisk etter data som motsier de konklusjonen man er kommet fra til. Så vidt jeg kunne se, stemte de fire kategoriene og temaet godt med innholdet i intervjumaterialet. I resultatkapitlet vil de fire kategoriene bli presentert og i diskusjonskapitlet vil begrepet «et hestehode bak» bli presentert og diskutert opp mot teori og forskningsartikler.

KODER	SUBGRUPPE	KATEGORI	TEMA
Manglende tid (mye å passe på, for lite bemanning) Vanskelig planlegging (Vet ikke når prosedyre, mange avbrytelser) Mangelfulle rutiner (Ikke faste prosedyrer eller tidspunkt)	Utilstrekkelige rammebetingelser	Utfordrende rammebetingelser og samhandling	«Et hestehode bak» ved prosedyre-smerter
Manglende lege-kontinuitet og tilstedeværende leger Manglende autonomi. Personavhengig forordning Nyutdannede sykepleiere argumenterer bedre, får gehør	Utfordrende tverrfaglig samarbeid		
Utfordrende kommunikasjon, (Sederte og halv våkne pasienter, individuelle forskjeller) Utilstrekkelig smertevurderingsverktøy	Vanskelig smertevurdering	Utfordringer knyttet til intensiv-pasienten og smertevurdering	
Når pasienten skal ha minst mulig (Ustabile pasienter, oppvåkings- og mobiliseringsfase, ukjent pasient, analgosedasjon, når pasienten nekter behandling). Når pasienten gruer seg/ har urealistiske forventninger	Vanskelig dosering		
Analgetika rekker ikke virke lite bruk av hurtigvirkende analgetika	For sen anslagstid	Utilstrekkelige medikamenter	
Opioider (sedasjon, hemodynamikk, respirasjon) Paracet maskerer feber, NSAIDS oftest kontraindisert. Lite bruk av ikke-medikamentelle metoder	For mange bivirkninger		
Om medikamentene (anslagstid, dose og effekt) Overrasket over prosedyresmerter. Tror Propofol er smertestillende. Propofol for egen del Føler nok kurs, men ikke plass til alt	Manglende kunnskap	Manglende forståelse	
Glemmer. Kortvarig forbedring etter fokus. Sedert pasient ser smertefri ut.. Utnytter ikke forordninger Ikke smertekontakt.	Manglende bevissthet		

Tabell 4: Oversikt over tema, endelige kategorier og subgrupper med tilhørende koder

4.5 Forskerens forforståelse og påvirkning av resultatene (Refleksivitet)

I kvalitativ forskning vil forskeren være synlig i alle ledd (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011). Både datainnsamlingen, analysen, tolkningen og presentasjonen har blitt påvirket av meg som person og yrkesutøver. Jeg vil derfor gjøre rede for mitt faglige ståsted og forforståelse.

Jeg er selv intensivsykepleier med over ti års erfaring fra feltet, men jobber ikke på samme intensivavdeling som informantene. Som intensivsykepleier har jeg et omsorgsfaglig

perspektiv og i flere år har jeg hatt en utvidet interesse for smertebehandling. Jeg mener at smertevurdering og smertebehandling bør prioriteres like høyt som andre viktige observasjoner, stell, medisiner og intervensjoner intensivsykepleiere gjør med pasientene. Jeg har tidligere deltatt på kvalitetsforbedringsprosjekt med temaet smerter, samt gjort to ulike kvantitative studier knyttet til smerter fjerning av retrosternale thoraxdren. Denne kunnskapen og erfaringsbakgrunnen kan i større eller mindre grad ha påvirket hva jeg har fokusert på, hva slags spørsmål jeg har stilt eller latt være å stille, hva jeg har tolket og hvordan jeg har fremstilt resultatene. I følge Malterud (2011) kan dette på den ene siden åpne opp, på den andre siden lukke igjen for innsikt og kunnskap. Nærhet til stoffet kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon, man kan risikere å identifisere seg sånn med stoffet at man ikke klarer å se alternativer (Malterud, 2011). Jeg har forsøkt å innta metaposisjoner og sette forforståelsen min i parentes. Jeg har vært kritisk reflekterende underveis i forskningsprosessen og bevisst lett etter det som motsier forforståelsen min. På denne måten håper jeg å ha oppdaget alt det informantene ville si meg, for ønsket har vært å være trofast mot informantenes opplevelser. Det er deres erfaringer som skal komme tydelig frem. Intensivsykepleie er et komplekst arbeidsfelt som det kan være vanskelig for den uinnvidde forsker å forstå. Som Malterud (2011) hevder, håper jeg at min feltkunnskap kan ha bidratt til økt innsikt og forståelse heller enn til å «gjøre blind».

Forforståelse for temaet var at intensivsykepleiere ikke er flinke nok til å forebygge prosedyresmerter og at grunnen kanskje fantes i manglende tid og uvitenhet om at prosedyrene er smertefulle. Forskningsspørsmålene mine gikk utover dette for å peke på flere mulige utfordringer. Jeg hadde ikke tenkt at ikke-medikamentelle metoder var aktuelt, men det snakket informantene om.

Jeg hadde ingen erfaring med fokusgruppeintervju som metode. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver seks kvalitetskriterier for intervju. Det legges særlig vekt på at meningen med det som blir sagt både blir tolket, verifisert og kommunisert før lydopptaket stoppes. Dette krever håndverksmessig dyktighet og ekspertise. En dyktig intervjuer er ekspert på intervjutemaet og menneskelig interaksjon. Intervjueren bør hele tiden vite hvilke svar som skal følges opp og utdypes, eller hvilke spørsmål som skal tolkes eller ikke tolkes. Det bør tilstrebes å være kunnskapsrik, strukturert, klar, vennlig, følsom, åpen, styrende, kritisk, erindrende og tolkende (Kvale & Brinkmann, 2009). Hvorvidt jeg har klart å etterkomme disse kvalitetskriteriene er usikkert, men til tross for manglende erfaring med fokusgruppeintervju

fra før, mener jeg at jeg i løpet av de tre intervjuene utviklet meg og fikk til gode intervjusituasjoner. Co-moderatoren som var med på det ene intervjuet hadde litt erfaring med fokusgruppeintervju fra før og bidro med råd og tips.

Under intervjuene følte forhåpentligvis informantene at de kunne åpne seg, siden de visste at jeg i stor grad forsto hva de mente. Svarene jeg har fått kan bære preg av ønsket om å være flink overfor meg. Imidlertid ser jeg ikke på dette som et større problem, siden hensikten med studien var å få frem utfordringer. Et av forskningsspørsmålene handlet om manglende kunnskap og bevissthet. Her kan selvsagt noe informasjon ha gått tapt, siden de fleste intensivsykepleiere som skal ivareta svært syke pasienter, sikkert ønsker å fremstå som kompetente og kunnskapsrike.

Selv om jeg ikke kjente informantene fra før, kjente sykepleierne fra den ene intensivavdelingen meg igjen fra forelesning og presentasjon av funn fra en av mine tidligere studier. Dette kan være grunnen til at informantene snakket mye om temaet drens fjerning med meg. Jeg forsøkte flere ganger å snakke generelt om prosedyresmerter, men de hadde stort fokus på thoraxdren og fjerning av disse. I ettertid ser jeg at jeg kunne ha valgt en annen intensivavdeling for å unngå dette problemet.

Senere i oppgaven, på slutten av diskusjonskapittelet, vil jeg diskutere studiens styrker og svakheter samt relevans, validitet og overførbarhet.

4.6 Ethiske vurderinger

Fortrolighet med verdspørsmål og etiske retningslinjer kan hjelpe forskeren med å treffe valg som veier etiske hensyn opp mot vitenskapelige hensyn i undersøkelsen. Likevel er det forskerens kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet som er den avgjørende faktor. Det stilles strenge, etiske krav til den vitenskapelige kvaliteten på kunnskap som legges frem. Rapportering av funn må være så nøyaktige, troverdige og representative som mulig (forskningsetiske-retningslinjene, 2009; Kvale & Brinkmann, 2009).

4.6.1 Tillatelser

Da denne studien ikke direkte berørte pasienter eller helseopplysninger, krevdes ikke søknad til Regional etisk komité. Godkjenning hos Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) ble gitt 7. november 2013, prosjektnummer 36165. Det ble også gitt godkjenning fra avdelingslederne om rekruttering av informanter fra avdelingene og tillatelse for at intervjuene ble gjort i informantenes arbeidstid.

4.6.2 Informert samtykke

Informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studiens hensikt og metode, samt at deltakelse i studien var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen. De ble også informert om fortrolighet og hvem som ville få tilgang til intervjuet eller annet materiale, forskerens rett til å publisere hele eller deler av intervjuet og informantenes adgang til å se på transkripsjonen og analyseprosessen (Kvale & Brinkmann, 2009). Deltakerne måtte dessuten godkjenne at båndopptaker ble benyttet under intervjuene. Informantene var voksne, friske, frivillige og kunne samtykke (Ruyter, 2007).

4.6.3 Anonymitet og konfidensialitet

Forskeren har taushetsplikt og informantene ble bedt om varsomhet overfor de andre i fokusgruppen slik at personlige eller sensitive opplysninger ikke ble spredd. Alle lydopptak, sekretærens notater, samt alle transkriberte data ble lagret etter gjeldende regler (forskningsetiske-retningslinjene, 2009) og konfidensialitet og anonymisering ble ivaretatt ved at ingen navn ble brukt under intervjuet eller i transkriberingen. Underskrifter ble oppbevart innelåst og adskilt fra det andre materialet. Jeg hadde ansvar for at deltakerne følte seg ivaretatt og at de ikke utleverte seg på en måte de selv ikke ønsket. Fra et nytteperspektiv bør summen av potensielle fordeler for deltakerne og betydningen av den oppnådde kunnskap veie tyngre enn risikoen for å skade deltakerne, og dermed var det berettiget å gjennomføre undersøkelsen. Målet var at informantene opplevde det som positivt å delta i forskning (Kvale & Brinkmann, 2009). I etterkant av intervjuet ga informantene uttrykk for at intervjuet hadde bidratt til refleksjon over egne opplevelser, og at dette hadde vært positivt.

5 Resultater

I det følgende presenteres de fire hovedkategoriene som ble utviklet gjennom analyseprosessen, systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011).

5.1 Utfordrende rammebetingelser og samhandling

5.1.1 Utilstrekkelige rammebetingelser

De aller fleste informantene pekte på at det var *travelt* på avdelingen og at fokuset på smertebehandling dermed kunne bli borte. Intensivpasientene var komplekse og det var mye å passe på i tillegg til visitt, medisiner, undersøkelser og andre intervensjoner pasientene skulle igjennom. Dagvaktene ble ansett som spesielt travelt. Til tross for travelt, var det ikke mer bemanning og en informant hevdet at det ble en slags resignasjon for et system med høyt tempo; Skjemaer ble fylt ut uten så mye refleksjon, og det var en følelse av manglende kontroll på alt rundt og med pasienten. Flere informanter mente at de ikke hadde tid til å vente på effekten av smertestillende medikamenter selv om de var enige om at hensynet til pasienten bør gå foran hensynet til driften.

«På vår avdeling er det svært travelt og vi drukner i gjøremål. Vi har ikke tid til å la smertestillende få virke skikkelig før prosedyrer. Vi har heller ikke tålmodighet til å avbryte en prosedyre for å gi mer medikamenter og vente på at de virker»

Intensivsykepleierne hevdet at det også var travelt for pasientene. Utrykket «skal bare, skal bare» ble brukt hele tiden. Pasientens stell ble utført svært raskt og det var ikke tid til å snakke skikkelig med pasienten og gjøre god smertevurdering. Noen savnet tidligere tider da man hadde mer fokus på gode, observerende stell og man kunne tilby pasienten massasje og annen alternativ smertelindring.

Planlegging ble ansett som svært vanskelig på grunn av mange avbrytelser og man måtte prioritere riktig i situasjonen. Informantene sa at de prøver å samle prosedyrer mens pasienten er sedert, men at alt kan ikke planlegges. Mange påpekte at det ofte var vanskelig å finne personell til å hjelpe til ved stell og sning.

«Plutselig kommer det noen for å hjelpe til ved snuing og da må vi skynde oss og medikamentene rekker ikke å virke.»

En informant mente man må bli flinkere til å gi smertestillende mens man vasker pasienten foran, slik at medikamentene rekker å virke til pasienten skal snus og bli vasket bak. Hun syntes dessuten at man bør være tre personer for mer skånsom snuing. Både pasient og sykepleier kan få prosedyresmerter. Flere var enige i dette.

Smertebehandling før fjerning av thoraksdren var, i følge informantene, spesielt vanskelig å planlegge.

«Selv om jeg prøver å planlegge til det beste for pasienten, vet jeg ofte ikke om drenene skal fjernes og i så fall når kirurgen kommer for å gjøre det. De kommer plutselig for å fjerne dren. Da gis smertestillende rett før drenene fjernes og da rekker de ikke virke. Kirurgene venter jo ikke.»

Flere informanter påpekte manglende rutiner for ulike prosedyrer. For de pasientene som har ligget en stund lages en dagsplan, da kan man planlegge litt bedre, men ellers var det ingen standarder verken for tidspunkt eller forordning.

På spørsmål om de ønsket seg tydeligere algoritmer og retningslinjer, svarte informantene på den anestesilege-«drevne» avdelingen at de ikke orket flere skjemaer. I hvert fall hvis det bare ble noe sykepleierne drev med på egen hånd. På den andre avdelingen pekte noen informanter på viktigheten med klare standarder slik det var på deres «søsteravdeling». Der var det faste tidspunkt og medisinerer før drensfjerning, men de hevdet også at pasientene på denne avdelingen var mindre ustabile slik at planlegging var lettere. Likevel foreslo noen at man kunne bli flinkere til å avtale med nattevakten slik at pasienten fikk en analgetika-kombinasjon som virket over tid, for eksempel ketobemidon tabletter eller suppositorier, hvis man tror drenene skal fjernes. En sykepleier mente også at sykepleierne burde begynne og fjerne thoraksdrenene selv sånn som mange andre steder. Da kunne man lettere tilpasse tidspunkt for smertelindring. De fortalte også om den endrede strukturen på avdelingen sin. Tidligere var det nattevaktene som stelte pasientene og da hadde dagvaktene det litt mindre travelt enn det de har nå.

Intensivsykepleierne pekte også på manglende rutiner for videre rapportering om hva som hjelper og hva som ikke hjelper. Ved smerteproblem var fokuset der og man var noe bedre. Hun hevdet at smerteskåring bør stå i den skriftlige rapporten, men at man ikke alltid rekker å lese der. Informantene hevdet å være flinke til skriftlig rapportering av generell smerte, men smerteskåring før og etter prosedyrer anså de seg for dårlige til.

5.1.2 Utfordrende tverrfaglig samarbeid

Legeorganiseringen ble ansett som utfordrende. I følge informantene jobbet legene mye, men pasienten kunne ha ny lege hver dag og det ble lite kontinuitet. Flere sykepleiere påpekte at lite bruk av PAL (pasientansvarlig lege) gjorde at kontinuiteten og smerteoppfølgingen ble for dårlig. Informantene på den anestesilege-«drevne» avdelingen fortalte at de stort sett får gehør hos anestesilegene for smertelindring av pasienten, men savnet at legene var mer til stede hos pasientene for god vurdering.

«Legene bør ha mer tid sammen med oss til å gjøre vurderinger av pasienten. Det å kunne gå i gjennom totalsituasjonen og diskutere seg gjennom et reelt og måloppnåelig smerte- og sedasjonsregime. Legene er veldig kort innom pasienten, så det settes ofte urealistiske mål».

Informantene på den kirurgdrevne avdelingen fant det utfordrende at kirurgene var på operasjonsavdelingen største del av dagen og dermed nesten ikke til stede ved fortløpende vurderinger og diskusjoner. Kirurgene overlot ofte smertebehandling til anestesilegene. I følge informantene tenker anestesileger bredere og alternativt og de syntes de fikk gjennomslag og støtte hos anestesilegene dersom de var med på visitten. De ønsket seg to faste anestesileger på avdelingen, som kunne følge opp smertebehandling og som var tilgjengelige hele dagen. Da hadde planlegging, tidskjema og tiltak når ting skjedde, vært lettere.

Informantene på den kirurgdrevne avdelingen syntes det ofte var *vanskelig å få gehør* for at pasienten hadde vondt og trengte smertestillende. De hevdet at kirurgenes holdning var at pasienten er smertefri etter operasjon. Kirurgene argumenterte ofte med at smertestillende virker kardiodepressivt, at det går utover sirkulasjonen, samt at pasientene blir så obstiperte.

Man fikk ingen annen forklaring, i følge informantene. Flere informanter skisserte et veldig *ulikt fokus for sykepleiere og kirurger*; Det viktigste for sykepleierne var at pasientene hadde det bra og opplevde minst mulig smerte, mens kirurgene var mest opptatt av om medikamentet forsvant raskt ut av kroppen. En informant syntes hva slags forordning hun fikk, kom an på sammensetningen og stemningen på visitten. Hennes erfaring var at det var helt *personavhengig*, noe hun også syntes var skremmende. En annen sykepleier hevdet at kirurgene var glade for smørbrødlister, da kunne de bare signere. Hvis de selv måtte tenke ut noe, så gjorde de det enklest mulig. Det fordret at sykepleieren hadde en del kunnskap for å vite hva man skulle spørre etter. Hun mente også at nyutdannede intensivsykepleiere var mer reflekterte og argumenterte kunnskapsbasert. De fikk oftere gehør hos kirurgene.

«En del nyansatte kommer rett fra intensivutdanningen og de er mer reflekterte enn oss gamle. De setter legene på plass slik at de må tenke seg mer om. Jeg opplever at kirurgene ikke tør å svare dem ubehagelig tilbake. Jeg blir imponert hva de nyutdannede spør om, hva de forlanger og hva de får gehør for. Men de er altså mer reflekterte. De nyutdannede spør mer på visitt om tiltak i forhold til ulike ting som kan skje, i stedet for at man må ta så mange selvstendige avgjørelser når kirurgen er opptatt med andre ting. Vi må også begynne å argumentere».

En informant mente det kunne være utfordrende for de med mindre «tyngde» i avdelingen å be kirurgen om å vente til man har fått smertelindret skikkelig før en prosedyre. Et annet aspekt var at det for tiden var mange nye assistentkirurger og at disse ikke torde fjerne thoraksdren før operatøren hadde sett røntgen thoraks. Informantene mente at dette var en av grunnene til tilfeldige tidspunkt for drens fjerning.

Informantene på den anesthesi-«drevne» avdelingen mente det var mer behovsforordning enn tidligere, men at sykepleierne var for dårlige til å gi og at legene trodde at pasientene ikke trengte så mye. De pekte på at det kunne være vanskelig å få gehør hos ett av anestesiteamene. De var mer restriktive, ville ha kontroll og tålte pasientens smerte bedre. Disse anestesilegene ble visstnok påvirket av at kirurgene sa noe ikke var vondt. Noen ganger syntes informantene det ble vurdert riktig å bare gi ketobemidon ved behov, fordi man ville ha pasienten mer våken, men det var vanskelig å vite om/når pasienten hadde vondt.

«Jeg synes det er viktig med planlegging og samarbeid med legene og felles forståelse og bruk av algoritmer som skal følges. Det gjelder både oss og alle anestesiteamene. Uten tverrfaglig samarbeid blir det ikke diskutert på visitten og det blir noe sykepleieren bare gjør på egen hånd og da er det til ingen nytte».

En informant syntes det kunne være vanskelig å vite om legen hadde gitt lokal-bedøvelse på forhånd når han begynte før hun selv fikk kommet. Hun hadde en ubehagelig opplevelse der legen «skulle bare stikke et stikk til» og gjorde det flere ganger mens hun så at pasienten hadde smerter. Hun hevdet å tåle pasientens smerter bedre i situasjonen enn etterpå.

Når det gjaldt samarbeid med andre profesjoner, syntes flere informanter det hadde vært fint med farmasøyter på visitt som kunne hjelpe til ved forordning av analgetika. En informant syntes dessuten det var trist at man ikke brukte smerteteamet mer. Kanskje skyldtes det at de ikke var fysisk «på huset» lenger. Smerteteamet hadde fungert bra før, så lenge legene fikk være på smerteteamet og ikke måtte vikariere for andre anestesileger ved sykdom. En annen informant hevdet at det ofte ikke var naturlig å trekke inn smerteteam, siden pasienter som skulle til sengepost og intermediæravdeling som regel var ganske trøtte fortsatt. Pasienter som skulle fraktes til lokalsykehus, var dessuten oftest intubert og sedert.

5.2 utfordringer knyttet til intensivpasienten og smertevurderingsverktøy

5.2.1 Vanskelig smertevurdering

Informantene var enige i at det var *vanskelig å smertevurdere sederte pasienter*, siden man ikke kunne observere de vanlige tegnene på smerte. De syntes også det var utfordrende å tolke signalene til sederte, halv våkne pasienter.

«Er det delir, angst, smerte eller det at pasienten ikke vil? Det er vanskelig å vite om det er smerter så lenge man ikke får kontakt? Prøver de å våkne? Hva er smerte, hva er voldsomt ubehag og hva er redsel? Har pasienten mange ubesvarte spørsmål?»

En annen sykepleieutfordring var når pasienten var *intubert og ikke kunne snakke*. Da var det vanskelig for pasienten å si hva som var vondt. Kanskje var det generelle ryggsmarter som plaget pasienten og ikke nødvendigvis sårsmarter etter operasjon.

Informantene fortalte at de *ikke hadde et egnet verktøy for smertevurdering* av sederte pasienter, men på den anestesilege-drevne avdelingen var de i ferd med å innføre et slikt verktøy, CPOT (Critical-care Pain Observation Tool). For halv våkne og våkne pasienter ble det gjort smerteskårning med NRS/VAS (Makic, 2013), men det var i følge informantene ikke så lett.

«Vi oppfatter de som klare, men forstår at de ikke er det når det er 10 hele tiden. Aldri noe forskjell. Tilbakemeldingen er på en måte klar, men de klarer ikke helt å... de bråvåkner, prøver å forklare, de er redde, lurer på mye, ubesvarte spørsmål. Jeg synes vi får en del informasjon med NRS, men vi må også være kritiske til hva vi får som svar. NRS er ok når pasienten kan gi et inntrykk, ellers er den av null verdi».

Når pasienten ikke selv kunne skåre NRS, kunne sedasjons-skåringsverktøyet RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) i følge en informant indirekte si noe om smertenivået. Dersom RASS plutselig endret seg og det ikke var en ønsket endring på grunn av nedtrapping av medikamenter, så kunne det være en smerterelatert årsak. Smertelindring er jo en del av sedasjonen.

Informantene mente at det var mer kultur for å bruke både NRS (smerteskårning), RASS (sedasjons-skårning) og CAM-ICU (delir-skårning) nå enn tidligere, men det var for generell smerte. Samtlige informanter erkjente manglende smerteskårning ved prosedyresmarter. En informant mente at NRS var vanskelig ved prosedyresmarter, men moderator fikk dessverre ikke bedt informanten om å utdype dette utsagnet.

En informant mente at smertevurderingsskjemaer kunne gå på bekostning av å bruke egne sanser og virkelig se på pasientens situasjon. Hun hevdet at de «druket» i skjemaer; Jo mer man skulle fylle ut, jo mindre rakk man å tenke på det, man bare gjorde det for å få det unna. I følge informantene skulle legene forordne både smertegrad og sedasjonsgrad hos pasientene. RASS ble forordnet innimellom, men de mente at NRS aldri ble forordnet. En informant

tydeliggjorde nok en gang hvor viktig det var med legesamarbeid og felles forståelse og bruk av algoritmer og smertevurderingsverktøy som skulle følges.

5.2.2 Vanskelig dosering

Informantene hevdet at det var vanskelig å vurdere riktig dose til den enkelte pasient, blant annet fordi *smerteterskel og toleranse var så individuelt*. Enkelte hevdet at eldre pasienter hadde høyere smerteterskel enn yngre. De syntes det var stor forskjell på en 20-åring og en 80-åring. En informant mente at menn i 40 årene ofte var raske til å si at de hadde vondt, mens hun syntes at damer oftere måtte bli spurt før de sa at de har smerter, de gjorde det ikke på eget initiativ. En annen informant syntes at blant de vanlige postoperative pasientene, som det gikk veldig bra med, var det få som snakket om smerte på eget initiativ hvis man ikke spurte.

«Ofte kan de benekte smerter når vi spør om dette, også tar man dem opp på sengekanten og så har de sååå vondt. Kanskje er det første gangs mobilisering og så hoster dem og da er det vondt. Der må man jo nesten alltid bare gi, selv om de sier at de ikke har vondt. Det kan være greit å gi litt ekstra likevel, da».

Informantene syntes også det var utfordrende *når pasienten ikke burde eller kunne få så mye analgetika*. Informantene fortalte at pasientene raskest mulig skulle komme av respirator, være våkne, følge med og være med på mobilisering.

«Det er for tiden en trend at pasienten skal være mest mulig våken og få minst mulig sedasjon. Dette tror jeg fører til minst mulig analgetika ved prosedyrer også, selv om vi har lært at man først skal gi smertestillende, deretter sedasjon».

Noen sykepleiere fortalte at dette var *utfordrende når pasienten var ukjent*. Da prøvde man kanskje først uten smertestillende, så stresset pasienten og man måtte gi likevel. I følge informantene måtte man i løpet av veldig kort tid bli kjent med pasienten, og det krevdes erfaring for å vite hva man skulle gjøre. Når man ble kjent med dårlige intensivpasienter og visste reaksjonen på ulike tiltak og prosedyrer, ga man kanskje noe før snuing og andre

prosedyrer uansett. Sykepleierne hevdet imidlertid at det kunne være lett å overdosere pasientene.

«Min erfaring er at mange pasienter uansett ikke tåler så mye smertestillende pga hemodynamisk påvirkning og nyresvikt. De er ustabile og fokuset på smerter kan forsvinne på grunn av veldig komplekst sykdomsbilde. Enkelte av de eldre tåler jo nesten ikke noe ketobemidon».

Et annet aspekt var *når pasienten nektet smertebehandling*. To informanter fortalte historier om pasienter som nektet å motta smertestillende. Én pasient bekreftet at han ble svimmel av ketobemidon, mens andre pasienter var redde for å miste kontrollen. Da måtte man akseptere kortere mobilisering, siden pasienten var smertepåvirket. Sykepleierne syntes dette var utfordrende, for de visste ikke om pasienten hadde delir eller oppfattet spørsmålet riktig.

Informantene fortalte også om *pasienter som gruet seg veldig* og ønsket ekstra mye smertestillende før prosedyrer. Dette kunne, i følge sykepleierne, spesielt gjelde pasienter som hadde blitt operert tidligere. Kanskje husket de for eksempel drens fjerning som veldig grusomt. De kunne også ha adheranser og sammenvoksinger, som ga mer smerter. Når de grudde seg og var redde, virket smerten mye verre, i følge informantene. Disse pasientene trengte god forberedelse. Det kunne skape trygghet at man inngikk en avtale på forhånd, for eksempel at pasienten ble sedert av anestesilege ved fjerning av thoraksdren. Utfordringen var de gangene man hadde inngått avtale med pasienten, men at anestesilegen ikke hadde tid når det ble aktuelt. Andre informanter fortalte erfaringer om intensivpasienter som ble hypersensitive i huden og hadde kjempevondt når de ble vasket, snudd eller fikk revet av plaster. Informantene mente det var viktig å forberede pasienten godt før prosedyrer, men at det ikke var så lett hos sederte pasienter.

En informant fortalte at hun syntes det var problematisk dersom pasienten hadde *urealistiske forventninger*. Hennes erfaring var at mange pasienter opplevde at intensivoppholdet ikke ble som forespeilet. Kanskje trodde de at alt skulle gå så fort og greit. Andre pasienter hadde kanskje hørt skremselshistorier fra andre pasienter og gruer seg ekstra mye. Informanten mente at sykepleierne på intensivavdelingen burde hatt den pre-operative informasjonen i stedet for sykepleierne på sengeposten, for å gi pasienten mer realistiske forventninger til smerte- og smertebehandling etter operasjonen.

5.3 Utilstrekkelige medikamenter

5.3.1 For sen anslagstid

Mange av informantene fortalte at medikamentene de brukte i forbindelse med prosedyrer, tok *for lang tid før de virket*, opptil 20 minutter for full effekt. Etter ansiktsuttrykk å bedømme, virket imidlertid noen fokusgruppedeltakere overrasket over dette.

«Hvis prosedyren plutselig skal skje, gir man en bolus som kanskje ikke rekker å virke før en stund etter prosedyren. Vi bør starte med å gi smertestillende for de virker så lenge at de har effekt dersom noe ikke skjer før om tre kvarter».

Lite bruk av hurtigvirkende analgetika var også en utfordring. En informant fortalte at på sykehuset hun jobbet tidligere, hadde de ferdig optrukket alfentanil-sprøyte tilgjengelig. Alfentanil virker nesten med det samme og dermed kunne man gi rask smertelindring når det ikke var tid til å planlegge. Dermed kunne man ikke bruke tid som unnskyldning, mente sykepleieren. Informantene fortalte at det var tradisjon på deres sykehus å bruke veldig mye fentanyl og ketobemidon, eventuelt remifentanyl til leverpasienter. En informant hadde en gang etterspurt alfentanil som fast prosedyre, men fikk da til svar at det var for omstendelig og kaotisk å endre prosedyre. Enkelte informanter hevdet at kirurgene var skeptiske til alfentanil, men de mente det burde være ønskelig for kirurgene med noe som virket fort og gikk fort ut igjen.

«Hvis det er sånn som vi snakker nå, så er det vanskelig å planlegge, ikke sant, og da er det ypperlig med et sånt medikament som man kan gi rett i forkant og virker godt smertelindrende og går raskt ut. Det må jo være det beste hos oss, da. Det hadde vært perfekt ved snuing, dremsfjerning og andre prosedyrer».

Flere informanter mente at de var flinkere til å være i forkant når pasienten fikk kontinuerlig fentanyl-infusjon enn når ketobemidon kun skulle gis ved behov. Da trykket de bare for en ekstra bolus på sprøytepumpen, i stedet for å måtte trekke opp medikamentet i en sprøyte. Dessuten hadde jo pasienten analgetika i kroppen hele tiden ved kontinuerlig infusjon.

5.3.2 For mange bivirkninger

Mye bivirkninger av de smertestillende medikamentene, ble påpekt som utfordrende hos flere informanter.

«Pasienter reagerer forskjellig og man ønsker ikke å påvirke bevissthet og kraft som pasienten trenger ved mobilisering. Man vil heller ikke påvirke nyrene og hemodynamikken og pasienten bør puste selv. Det kan gjøre at man gir for lite opioider.»

NSAIDS var i følge informantene ofte kontraindisert og ble lite brukt pga fare for blødning og nyresvikt. Unntaksvis fikk noen ketorolac. Paracetamol kunne maskere feber og skulle ikke brukes ved leversvikt.

Noen informanter syntes det var utfordrende når man først aksepterte bivirkninger og slo pasienter helt ut med masse sedasjon og smertelindring, for deretter å nesten ikke gi noe fordi pasienten skulle våkne slik at mental status kunne vurderes.

«Vi føler at de stresser og er tachypnoiske uten at vi får lov til å gi mer. Det gjør også at vi ikke gir så mye ved prosedyrer heller. Legene vil jo ha beskjed om alt som gis. Dette er avhengig av hvor i forløpet pasientene er, hvilken fase de er i».

Det virket som det var enighet blant informantene at det var for *lite bruk av ikke-medikamentelle metoder*. Da kunne man jo unngå bivirkninger.

«Før var det mer tid til å sette seg ned og bruke tid ved smerte og man kunne prøve litt forsiktig massasje. Det er nedprioritert nå, det er synd, men man kan jo be pårørende, det hadde kanskje hjulpet».

Flere av sykepleierne mente at man burde tenke litt alternativt og for eksempel ringe fotpleier eller frisør. Velvære kan gjøre at smerteopplevelsen blir annerledes. De etterlyste også flere intensivsenger, noe som kunne gjøre snuingen mer skånsom, samt varmeflasker til bruk ved muskelsmerter. De hevdet å bruke mye tid for å få pasienten til å ligge godt og var positive til at pasientene for eksempel hadde med seg egen tempurpute dersom de hadde nakkeproblemer.

5.4 Manglende forståelse

5.4.1 Manglende kunnskap

To informanter fortalte at de kunne ha *manglende kunnskap om smerte- og smertebehandling*.

«Jeg tror jeg kunne hatt nytte av kurs og oppfriskning. Jeg tror jeg flyter litt på tradisjon og det jeg har lært her. Jeg er nok litt rusten, tror jeg. Ikke helt «up to date». Jeg tror jeg ville ha slitt med å argumentere sånn veldig forskningsbasert på visitt i forhold til smerte. Det har vært hengt oppe tilbud, så det går litt på eget initiativ også».

Noen informanter pekte også på at de måtte *lære noe nytt hele tiden* og at det ikke var plass til alt; Noe falt ut hver gang noe var nytt. De syntes det ble tilrettelagt for smertekurs og at det var endel fokus på smerte både på temadager og klinisk stige, men det ble for mye og man orket ikke mer. I følge informantene prioriterte man det man måtte ha mye kunnskaper om. De nevnte ECMO-behandling som eksempel på dette.

En gjentakende informasjon fra informantene var et de syntes dosering av analgetika var vanskelig, samt at det virket som enkelte ble overrasket over anslagstiden til ketobemidon. Dette kan tolkes som *manglende kunnskap om medikamentene*. Noen informanter antydde imidlertid at det ikke var problem med verken kunnskap eller vilje til å smertelindre:

«Til tross for kurs, kunnskap og vilje smertelindres det ikke godt nok likevel. Fremdeles kommer det kirurger og andre i det tverrfaglige teamet uten at du aner det. Jeg ønsker meg bedre planlegging, forutsigbarhet og kontinuitet».

Kunnskap om hva som var smertefullt for intensivpatienten ble ansett som vanskelig, men viktig. Enkelte informanter uttrykte overraskelse over at rutineprosedyrer som trachealsuging og snuing var smertefullt.

«Jeg tenker ikke på trachealsuging som en smertefull prosedyre, mer at det er irritabelt. Men hvis mange pasienter har blitt intervjuet og sier det er vondt, så er jo det en vekker».

Både hun og andre hevdet å ikke gi smertestillende før trachealsuging, men kanskje kunne man gi et støt fentanyl, og eventuelt propofol, hvis pasienten ble stresset.

«Jeg synes det er overraskende at snuing er sååå vondt. Vi har litt å jobbe med i forhold til snuing og stell på morgenen. Kan bli mer bevisst på det og gjøre det mer skånsomt».

Andre hadde inntrykk av at snuing ofte kunne være vondt, særlig hos de som var operert eller hadde generelle ledd- og muskelsmerter. Intensivpasienter blir stive, støle og slitne i kroppen og det er sikkert fryktelig vondt for dem, mente enkelte informanter. Man må finne gode liggestillinger og sykepleierne syntes det var ille å snu pasienter når de endelig hadde funnet hvile. Informantene sa også at de forventet at ødematøse og hypersensitive pasienter hadde ekstra vondt ved stell, snuing og bandasjeskift.

Pleuradren og fjerning av thoraksdren ble også oppfattet som smertefullt og informantene på det ene intervjuet snakket mye om mangelfull smertebehandling ved fjerning av retrosternale thoraksdren.

Sykepleierne fortalte at pasienter noen ganger formidler hva som er mest vondt og at det er nyttig å høre ulike pasienthistorier:

«CVK-stell var i følge en pasient veldig slitsomt og en påkjønning. Han ønsket at dette ble planlagt. Det er ofte sånn vi sykepleiere pusler med når alt annet er ferdig. Sikkert mer vondt for pasienter å rive av plaster enn for friske, fordi pasientene blir hypersensitive».

Enkelte informanter påpekte at det var en *misoppfatning i praksisfeltet om at propofol var smertestillende*. Disse informantene sa at de frykter at pasienter blir sedert i stedet for smertelindret, noe som kunne være et mareritt. En sykepleier kommenterte at propofol kunne bli gitt for å «behandle» seg selv, siden pasienten da lå rolig og så ut til å ha det bra. Under intervjuene kom det flere utsagn om at pasientene skulle få propofol eller sederes før prosedyrer. Dette kan tolkes som at misoppfatningen om propofol som smertestillende, også kunne gjelde informantene. Imidlertid trodde informantene på den anestesilege-«drevne» avdelingen at de var bedre enn før til å gi analgetika til sederte pasienter, siden de hadde fått undervisning om analgo-sedasjon.

5.4.2 Manglende bevissthet

Enkelte informanter hevdet at de lett kunne *glemme* hvor viktig smertelindring var ved prosedyresmerter. Som tidligere nevnt kan *sederte pasienter se smertefri ut* og det kan fort skje at man ikke oppdager at pasienten har smerter.

«Smerte er en veldig stor del hos intensivpasientene, men det er veldig mange andre ting å ha fokus på. Jeg synes det er utfordrende å holde fokuset oppe. Man glemmer det rett og slett en stund etter at fokuset er borte. Sånn er det med mange ting. Man kan se en liten topp etter fokus på smertevurdering, så daler det igjen».

En informant ga eksempel på at skjemaer som ble hengt opp med konkrete tall på hvor mye smerteskåringer man gjorde, ga *økt fokus en stund, men så ble det glemt*. En annen informant mente oppmerksomheten rundt prosedyrer ble noe bedre etter at en forskningssykepleier hadde hatt prosjekt i avdelingen med fokus på analgo-sedasjon.

Flere informanter var tydelige på at de selv var ansvarlige for å utøve god smertebehandling. Man kunne ikke skylde på manglende tid og forordninger. De mente at de selv måtte reagere, man kunne ikke skylde på andre. Flere pekte på at både sykepleiere og leger var for dårlige til smertebehandling ved prosedyresmerter.

«Vi er for dårlige ved prosedyresmerter. Jeg har opplevelse både av at sykepleierne er for dårlige til å gi ved å ikke utnytte forordninger og at legene tror at pasientene ikke trenger så mye. Vi har mye å gå på, men gjør det ikke».

Informantene på den kirurgdrevne avdelingen påpekte flere ganger kulturen som rådet i avdelingen om å være restriktiv med smertestillende. Det påvirket i følge informantene det man selv gjorde også. Ofte burde man gitt mer, men man følte man ga for mye. Avdelingen hadde i lengre tid hatt *problemer med å få rekruttert smertekontakt*, noe som kunne tolkes som at fokuset på smerte- og smertebehandling ikke var så sterkt. Sykepleierne påpekte igjen det ulike fokuset hos sykepleiere og kirurger; mens sykepleierne tenkte på pasientopplevelse, tenkte legene mest på hvordan medikamentene fortest mulig gikk ut av kroppen. Det ble også påpekt at det var en ukultur at kirurgen ikke ville vente med dremsfjerning til sykepleierne hadde fått smertelindret skikkelig. Kirurgene mente, i følge informantene, at det ikke gjør

vondt å fjerne dren. En sykepleier undret seg hvorfor enkelte øvrighetspersoner i Norge likevel får propofol i forkant av smertefulle prosedyrer; «skal ikke alle likebehandles?»

En informant fortalte om pasienter som etter oppvåkning lurte på hvorfor de måtte ha det så vondt. Hun syntes det var kjempeubehagelig å tenke på at hun hadde påført smerte. Hun tenkte tilbake på de stumme ropene til pasienten som hun tålte bedre i situasjonen enn etterpå. Informanten fortalte også om pasienter som bare lukket øynene selv om de ikke sov, kanskje for å skjerme seg selv mot alt de måtte forholde seg til. Det kunne i følge informanten være en gedigen feiltolkning å tro at de slappet godt av når man for eksempel rev av plaster».

Informantene mente at sykepleierne må ta seg tid til å smertelindre pasienten skikkelig, pasienthensyn burde gå foran drift.

«Kanskje er pasienten smertefri i ro, også prøver man først. Så får pasienten smerter, man gir analgetika, men gjør seg ferdig før det virker. Effekten kommer etterpå og da ligger de godt og blir smertelindret. Jeg tror alle har gjort det mange ganger selv om vi vet det er ille».

En informant mente at man kan bli litt kreativ også, at man kan tenke litt annerledes innimellom. Hun mente det går an å endre praksis, selv om noen hevder at det er alt for omstendelig og nærmest umulig.

Disse fire hovedkategoriene var altså resultatet etter å ha utført systematisk tekstkondensering av hele det transkriberte materialet. I neste kapittel presenteres og diskuteres begrepet «et hestehode bak» samt de to siste subgruppene.

6 Diskusjon

I det følgende vil jeg gjøre rede for begrepet «et hestehode bak», begrepet jeg syntes trådte frem da jeg så på det analyserte materialet og de fire kategoriene under ett. Å være et hestehode bak gjør at smertelindringen kan bli forsinket, eller utebli. I første delkapittel diskuterer jeg begrepet i lys av mine funn, forskningslitteratur og egen praksisforståelse. I neste delkapittel diskuterer jeg min tolkning av det latente budskapet til informantene ved å fordype meg i den siste kategorien «Forståelse». Jeg vil drøfte hvorvidt de to siste subgruppene, altså manglende kunnskap og manglende bevissthet, kan være en større utfordring ved prosedyresmerter enn det informantene fortalte meg direkte. Nortvedt og Nortvedts (2001) moralfilosofiske betraktning av smerte vil være et perspektiv i denne sammenheng.

6.1 «Et hestehode bak» ved prosedyresmerter?

Som intensivsykepleier lærer man å ha handlingsberedskap dersom pasientens tilstand forverrer seg eller en akuttsituasjon oppstår. Man skal være «et hestehode foran» i betydningen av alltid å tenke et skritt fremover og være forberedt på hva som kan skje med pasienten den nærmeste tiden. Det anbefales å være i forkant med smertebehandling i stedet for å vente til smerten kommer (Barr et al., 2013; Czarnecki et al., 2011)

Om det motsatte er tilfellet, kan dette beskrives som å være «et hestehode bak». Man er bakpå og for sent ute med både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak. Det kan resultere i både forsinket og uteblitt smertebehandling. Det kan bli vanskeligere å behandle smerten når den først har kommet, derfor bør intensivsykepleieren være tidlig ute med både smertevurdering og smertebehandling for å unngå en forverret smertesituasjon (Pasero et al., 2009; Puntillo et al., 2014).

Manglende rammebetingelser var noe informantene i denne studien snakket mye om. De beskrev travelhet på intensivavdelingen, i tillegg til vanskelig planlegging fordi de ofte ikke visste når ulike prosedyrer skulle skje. De påpekte manglende faste tidspunkt og rutiner for ulike prosedyrer og dermed ble planlegging vanskelig. De beskrev også en slags «plutselighet», der det plutselig dukker opp en lege eller annen fra det tverrfaglige teamet og smertestillende medikamenter gis samtidig som prosedyren begynner. Siden de typene

analgetika som informantene bruker mest, har lang anslagstid, blir intensivpasienten ikke adekvat smertelindret før prosedyren starter. Effekten kommer etter at den smertefulle prosedyren er over. Intensivsykepleierne er altså for sent ute, de er «et hestehode bak» i smertebehandlingen. En intensivavdeling er tidvis travel og intensivpasientene er komplekse. Det er mye som skal passes på hele tiden. I travle perioder kan man på grunn av lav bemanning føle at man står alene om alle gjøremålene rundt pasienten. I situasjoner der man utøver livreddende behandling, må selvsagt smertebehandling vike for viktigere tiltak (Subramanian et al., 2012). I andre situasjoner, kan man ikke bare skylde på travelhet og vanskelig planlegging. Mye kan forbedres med små justeringer. Som enkelte informanter påpekte, virker for eksempel ketobemidon såpass lenge (halveringstid 2,3 timer) (Felleskatalogen, 2012) at det kan gis ganske lang tid i forveien. Man kan gi det når man begynner å stille pasienten og da er sannsynligheten stor for at effekten er god når man etter hvert skal snu pasienten for å stille «bak».

Vanskelig samarbeid med legene ble beskrevet som en stor utfordring. I tillegg til at leger og andre kunne komme uten forvarsel, ble det pekt på at kirurgene ikke ville vente på effekten av medikamenter før de begynte på en prosedyre. De kunne være tvilende til at prosedyren var smertefull og lite villige til å ta i bruk hurtigvirkende medikamenter. Assistentleger med manglende erfaring ble også beskrevet som utfordrende, samt at man ikke benyttet smerteteam eller hadde farmasøyter med på visitt. Alt dette kan resultere i at smertebehandlingen blir forsinket; man er «et hestehode bak». I Manias et al (2005) sin observasjonsstudie av 52 sykepleiere ble det blant annet beskrevet utfordrende samarbeid mellom leger og sykepleiere i smertebehandlingen. Det kunne være motvilje i medikamentforordning og smertebehandlingsplan, eller misforståelser i evaluering av pasientens smertenivå. Intensivsykepleiere har også i kvalitative intervjuer pekt på manglende autonomi og medbestemmelse (Subramanian et al., 2012), samt dårlig kommunikasjon mellom anestesileger og intensivsykepleiere vedrørende sedasjon og smertebehandling (Storaker A. , 2012). I likhet med noen av informantene, mener jeg også at intensivsykepleiere i større grad bør argumentere kunnskapsbasert overfor legene når de ønsker forordning av ulike medikamenter som kan bedre pasientens prosedyresmerter. Dette fordrer kunnskaper hos sykepleieren, noe informantene mine også påpekte. Det er stadig flere sykepleiere som tar mastergrad. Kanskje er det et skritt i riktig retning for både økt kunnskap samt evne til å argumentere kunnskapsbasert? Dagens anbefaling innen medisin og sykepleie er økt bruk av algoritmer og klare retningslinjer (Barr et al., 2013). Når leger og sykepleiere

må følge samme retningslinje, kan det bidra til at de ulike profesjonene går i samme retning mot et felles mål. Felles smerte-opplæringsprogram kan også være effektivt (Watt-Watson, Siddall, & Carr, 2012).

Manglende smertevurdering kan i stor grad føre til at man er «et hestehode bak». Dersom intensivsykepleierne ikke vet at pasienten har smerter eller står i fare for å få smerter under en prosedyre, kan det bli gitt analgetika for sent og effekten er dermed forsinket. Puntillo (2014) peker på at eksisterende smerter disponerer for prosedyresmerter, så det kan dermed være et direkte problem i den enkelte situasjon. I tillegg vil manglende identifisering av prosedyresmerter kunne utgjøre et indirekte problem i andre pasientsituasjoner, siden intensivsykepleieren ikke kjenner til at enkelte prosedyrer er særlig smertefulle. Pasienten har krav på å få vurdert sine smerter til tross for manglende evne til å uttrykke smerten verbalt (Lovdata, 1999). Det er gjort en rekke studier angående utfordringer knyttet til smertevurdering av non-verbale pasienter (Gelinis et al., 2004; Herr et al., 2011; Pasero et al., 2009; Subramanian et al., 2012). Disse er i tråd med de utfordringene som informantene i min studie trakk frem.

Flere informanter hevdet at alder utgjorde store forskjeller i smerteuttrykk. Selv om eldre pasienter ikke gir uttrykk for så mye smerter, har de i følge «The Europain Study» (Puntillo et al., 2014) like høy NRS smerteskår som yngre pasienter under smertefulle prosedyrer. Det bør etter min mening alle intensivsykepleiere være bevisst på slik at ikke smertebehandlingen blir forsinket og enkelte pasientgrupper lider unødige. Pasero (2009) trekker fram ulike personlige og kulturelle barrierer for god smertebehandling; Studier kan tyde på at sykepleiere gir mindre smertestillende til pasienter som for eksempel har forsøkt suicid, som er narkomane eller som har avvikende sosial oppførsel. De fant også at kvinner og eldre thoraks-pasienter kan se ut til å få mindre analgetika enn menn og yngre thoraks-pasienter. Dosering av analgetika kan være vanskelig fordi intensivpasientene er så forskjellig, og nettopp derfor er smertevurdering svært viktig (Barr et al., 2013).

Manglende bruk av medikamenter med kort anslagstid og kort virketid kan også føre til forsinket smertebehandling. Effekten av ketobemidon gitt intravenøst inntreter etter 2-5 minutter, men bør gis i tidsrommet 10-30 min før prosedyre for god effekt. Maksimal effekt inntreter etter ca 20 minutter (Pfizer, 2010). Morfin er ekvipotent med ketobemidon (Felleskatalogen, 2012). Når det kun brukes medikamenter med sen anslagstid og det samtidig

er vanskelig å planlegge smertebehandlingen, er pasienten utsatt for å få forsinket effekt av medikamentene som gis. Informantene etterlyste mer bruk av alfentanil (Rapifen), som er et raskt virkende og kortvarig analgetika. Intensivsykepleiere bør etter min mening i større grad argumentere kunnskapsbasert overfor anestesilegene og kirurgene slik at alfentanil forordnes hyppigere. Dette er et internasjonalt, velkjent medikament brukt ved anestesi og anbefales ved prosedyresmerter (Payen et al., 2007; Raeder & Hoymork, 2010; Tietze, 2013).

Intensivsykepleierne er ansvarlige for ikke å godta en utilstrekkelig praksis og de bemerker selv hvordan nyutdannede og mer reflekterte intensivsykepleiere får gehør hos legene.

Bivirkninger av medikamentene utgjør også en risiko for forsinket smertebehandling, siden intensivsykepleieren administrerer en for liten dose først, for deretter å gi mer når pasienten blir smertepåvirket. Hun er «et hestehode bak» i smertebehandlingen. Et aspekt her er også dersom sykepleieren gir redusert analgetikadose i forhold til dosen som legen har forordnet. Det kan som beskrevet ovenfor, føre til at man gir etappevis og dermed får forsinket effekt. Studier har vist at sykepleiere ikke utnytter legenes forordning fullt ut (Watt-Watson, Stevens, Garfinkel, Streiner, & Gallop, 2001) og at sykepleiere administrerte mer smertestillende når pasienten var på respirator enn når han skulle avvenes og puste selv (Guyton-Simmons & Ehrmin, 1994). Informantene i denne studien påpekte begge disse utfordringene. Som informantene forteller, skal intensivpasientene være mest mulig våkne. Det kan selvsagt gjøre at man ikke vil gi så mye analgetika på forhånd, men egen erfaring tilsier at man ofte må gi noe analgetika uansett når man begynner å snu pasienten. Frykt for bivirkninger bør ikke hindre smertebehandling i moderne intensivavdelinger, der man har både utstyr, medikamenter og kompetanse til å håndtere eventuelle alvorlige bivirkninger (Pasero et al., 2009). Skadevirkninger av analgetika og fare for avhengighet er minimal, derfor burde det være et viktig prinsipp at man ved antakelse om smerte og mulig smerte gir analgetika (Nortvedt & Nortvedt, 2001). For å unngå bivirkninger av medikamenter, kan ikke-medikamentelle metoder brukes i større grad. God informasjon og forberedelse av pasienten samt ulike avslapningsteknikker som musikk har vist seg å ha betydning ved prosedyresmerter (Barr et al., 2013; Broscious, 1999; Cooke et al., 2010; Faigeles et al., 2013), men selvsagt kan det ha begrenset effekt ved sedasjon. Å være tre personer ved snuing er sannsynligvis mer skånsomt, men jeg har ikke funnet studier som sier noe om dette. Imidlertid snakker Nortvedt og Nortvedt (2001) om at den beste kliniker er det følsomme kliniker, som vil gjøre varsomme bevegelser og dermed forebygge prosedyresmerter.

Manglende kunnskap i tillegg til *manglende bevissthet* rundt viktigheten av god smertebehandling ved prosedyresmerter, kan også føre til at man er «et hestehode bak» (Puntillo et al., 2014). Man setter i gang uten å gi analgetika, for deretter å gi underveis i prosedyren med påfølgende forsinket effekt. Noen informanter var ikke klar over at ulike rutineprosedyrer kunne være smertefulle. I tillegg kan det se ut til at det var manglende kunnskap om medikamentenes anslagstid og effekt. Enkelte informanter pekte også på hvor lett det er å glemme smertebehandling i en kompleks intensivhverdag. Dette aspektet vil jeg komme tilbake til i neste delkapittel.

Så vidt jeg kan se av publisert forskningslitteratur, er ikke fenomenet forsinket smertebehandling eller uttrykket «et hestehode bak» beskrevet som en utfordring ved prosedyresmerter tidligere. Puntillo (2004) har publisert en artikkel der man beskriver viktigheten av å administrere medikamenter i rett tid før fjerning av thoraksdren. Egen erfaring fra praksisfeltet er at sykepleiere i for liten grad er bevisst anslagstiden til ulike medikamenter. Det råder en oppfatning om at det meste virker med en gang, så lenge det gis intravenøst. Kan økende kunnskap og bevissthet blant annet rundt dette aspektet, bidra til bedre smertebehandling ved prosedyresmerter hos intensivpasienten? Dette vil jeg diskutere i neste avsnitt.

6.2 Er manglende kunnskap og bevissthet en stor utfordring ved prosedyresmerter?

Under fokusgruppeintervjuene og transkriberingen var de konkrete utfordringene som manglende rammebetingelser, tverrfaglig samarbeid, uegnede smertevurderingsverktøy og medikamenter, mest fremtredende begrunnelser til mangelfull smertelindring ved prosedyresmerter. Underveis i den kvalitative analysen av intervjuene tegnet det seg et litt annet bilde også. Det ble stadig tydeligere at *manglende kunnskap* og fremfor alt *manglende bevissthet* var viktige utfordringer. Informantene snakket delvis konkret om manglende bevissthet selv, men i tillegg kunne man mellom linjene lese et latent budskap om både manglende kunnskap og bevissthet.

Flere studier har påvist *manglende smertekunnskaper* hos intensivsykepleiere og at sykepleiere tror at de har mer kunnskap enn det de faktisk har. (Dihle, Bjølseth, & Helseth,

2006; Wang & Tsai, 2010; Watt-Watson et al., 2001). Det kreves rikelige kunnskaper om både observasjoner og stell, medikamenter og akuttberedskap for å kunne ha ansvar for ustabile og komplekse intensivpasienter. Intensivsykepleieren må ha kunnskaper om hvilke behandlingsmuligheter som bør iverksettes og ofte er det flere konkurrerende hensyn å ta. Medikamentene har sine bieffekter og det er et ønske om en mest mulig våken, selvputende og samarbeidende pasient (Barr et al., 2013). Samtidig bør intensivsykepleieren ha kunnskap om konsekvensene av ubehandlede smerter. Kanskje får man ikke mobilisert pasienten eller gjort tilstrekkelig lungefysioterapi uten adekvat smertelindring og kanskje blir pasienten så stresset og smertepåvirket at all annen behandling blir vanskelig.

Kunnskap om smertevurdering og systematisk evaluering av smertenivå anses å være basis for god smertebehandling (Barr et al., 2013; Makic, 2013; Woien & Bjork, 2013). Derfor har det vært stort fokus på å lage gode opplæringsprogram innen smerter og smertebehandling (Watt-Watson et al., 2012), samt innføre algoritmer, vurderingsverktøy og retningslinjer slik at alle sykepleiere og leger kan følge den til enhver tid anbefalte praksis (Barr et al., 2013; Puntillo et al., 2014; Woien, Vaeroy, Aamodt, & Bjork, 2014). Algoritmer og retningslinjer kan til dels kompensere for manglende kunnskap og bevissthet, da man blir tvunget til å følge et standardisert flytskjema og sikre at alle pasienter får tilnærmet lik behandling. Imidlertid er implementering av ulike retningslinjer utfordrende, og helsepersonell er redd for at vurderingsverktøy går ut over evnen til egen, klinisk vurdering (Woien & Bjork, 2013).

De fleste informantene følte de hadde nok kurs, og vilje til god smertebehandling. De fortalte at det ble tilrettelagt for undervisning, men at de ofte måtte prioritere viktigere kurs. To informanter mente å ha manglende kunnskaper om smerter og smertebehandling og at dette kunne være utfordrende med tanke på prosedyresmerter. Mange fortalte at de ikke visste at ulike rutineprosedyrer var smertefulle. Under samtalene var det flere utsagn om at propofol, som er sedativa uten analgetisk effekt, kunne gis ved smerter og at informantene syntes det var vanskelig med dosering, anslagstid og virkning på ulike medikamenter. I tillegg til det som ble sagt konkret, kunne ulike ansiktsuttrykk, samt stillhet tolkes som at enkelte informanter kunne ha manglende kunnskaper om det som det ble snakket om.

Dersom informantene i denne studien var bevisste på begrensede kunnskaper, hadde de kanskje sett større behov for algoritmer, vurderingsverktøy og kliniske retningslinjer. Informantene tok ikke opp dette selv. Da de ble spurt om det, var mange informanter tydelige

på at de ikke ønsket flere tidkrevende skjema de skulle følge, samt at det kunne være til hinder for klinisk vurdering. Dette står i kontrast til det Subramanian et al (2012) fant i sin kvalitative studie om intensivsykepleieres utfordringer knyttet til generell smertebehandling på intensivavdelingen. Et av funnene der var ønsket om flere retningslinjer. I Wøien et al sin kvalitative studie (2013) diskuteres blant annet balansen mellom klinisk skjønn og systematiske retningslinjer. Det konkluderes med at det ene ikke skal utelukke det andre. Informantene i min studie var svært erfarne, de fleste hadde jobbet i mer enn ti år. Kanskje råder en oppfatning av at man kan flyte på gammel kunnskap i år etter år? Forskning har vist at sykepleiere med lang erfaring har tiltro til egen praksis og anser hjelpemidler som overflødige for å vurdere smerte og evaluere smertebehandling (Bucknall, Manias, & Botti, 2007). Selvsagt er erfaringskunnskap svært bra. Det å ha vært i mange pasientsituasjoner, kan gjøre at man gjenkjenner symptomer lettere og vet hva som fungerer eller ikke (Benner, Tanner, & Chesla, 2009). Likevel må denne kunnskapen akkompagneres av forskningskunnskap og brukermedvirkning i kunnskapsbasert praksis (Jamtvedt & Nortvedt, 2011). Informantene i denne studien pekte på at nyutdannede intensivsykepleiere var mer reflekterte, argumenterte kunnskapsbasert og var mer opptatt av å ha planer for eventuelle ting som kunne skje. Det kan være et skritt i riktig retning for å forebygge prosedyresmerter.

Manglende bevissthet ble beskrevet som en utfordring ved prosedyresmerter. Mange informanter hevdet at man lett kan glemme eller prioritere bort smertebehandling i en travel intensivhverdag. Sederte pasienter kan se smertefrie ut og det er mye annet som skal passes på. Informantene påpekte at man er litt mer oppmerksom på smertebehandling etter kurs og fokus på smerte. Dette blir også beskrevet i litteraturen. Det anbefales at undervisning og kurs repeteres hvert år for at kunnskapen skal holdes fersk, og for at bevissthet og fokus på et emne skal holdes oppe (Bakke T, 2012). Bevissthet på ansvaret man selv har for å planlegge og tilrettelegge for god smertebehandling ble påpekt av informantene. Å være bevisst handler også om å argumentere kunnskapsbasert overfor legen dersom man føler at sin autonomi blir satt på prøve, samt argumentere for endret praksis. Da kreves selvsagt oppdatert kunnskap slik at man har gode, veloverveide argumenter. Det er et individuelt ansvar å holde seg faglig oppdatert, men ikke minst er det et avdelingsansvar å legge til rette for kurs og kvalitetsforbedringsprosjekter (Lovdata, 2001). Kanskje kan det noen ganger være nok å starte dagen med noen ord om hva man ønsker fokus på, og minne hverandre på viktigheten av ulike tiltak? Smertebehandling må konkurrere med svært mange andre, viktige oppgaver på intensivavdelingen. Av og til må god smertebehandling ved prosedyrer vike for livreddende

behandling, men i de aller fleste tilfeller kan smertebehandlingen optimaliseres med enkle tiltak som å være bevisst på å gi analgetika tidlig nok. Dette påpekte informantene selv også. Å være bevisst handler mye om å «se» hvilke utfordringer man står overfor. Det er svært viktig at intensivsykepleieren evner å «se» pasientens smerter og ikke minst ønsker at pasienten skal ha det best mulig (Nortvedt & Nortvedt, 2001). Det handler om nestekjærlighet og yrkesetikk. Nortvedt og Nortvedt hevder at smerte er en bønn om hjelp, en appell om lindring. Det at pasienten er sårbar og hjelpeløs i sin smerte, synes særlig å appellere til medlidenhet med den syke. Intensivpasienten er helt prisgitt at intensivsykepleieren ser hans smerte og reagerer (Nortvedt & Nortvedt, 2001). Hva når man ikke ser smerten? Vil den dypt sederte intensivpasienten appellere like mye om lindring? Som en informant påpekte, kan det tenkes at intensivsykepleieren behandler seg selv, i betydningen av at man gir sedasjon for at pasienten skal ligge rolig og se smertefri ut. Pasienten kan likevel ha mye smerter, men får ikke sagt i fra. Er dette moralsk riktig? En annen informant fortalte om en situasjon der hun tålte pasientens smerter underveis i en prosedyre, men at hun i ettertid tenkte mye på det stumme ropet til den intuberte pasienten som ikke fikk sagt ifra om sine smerter. Pasienter med ubehandlede eller utilstrekkelig behandlede smerter, har i ettertid sagt at de erfarte tap av autonomi, tap av kontroll og en følelse av ikke å bli tatt seriøst (Cousins, Brennan, & Carr, 2004). Dette kommer i tillegg til andre psykiske og fysiske faktorer som beskrevet tidligere.

Det er gjort studier som forsøker å måle holdninger til smerte hos sykepleiere, herunder hva sykepleiere tenker om smertebehandling til ulike pasientgrupper, og i hvilken grad de stoler på pasienters utsagn (Erkes, Parker, Carr, & Mayo, 2001; Pasero et al., 2009). Som beskrevet tidligere, tyder disse studiene på at det ikke gis like god smertebehandling til alle og at sykepleiere undervurderer pasientenes smerter. Jeg oppfattet ikke at informantene i denne studien hadde dårlige holdninger, men flere informanter syntes det var utfordrende at sykepleiere og kirurger hadde så ulike oppfatninger om smerter og smertebehandling. Informantene beskrev en maktesløs følelse der de ikke ble «hørt» når de ønsket å hjelpe pasientene sine.

Profesjonell ansvarlighet handler i følge Nortvedt og Nortvedt (2001) om at intensivsykepleieren i tillegg til å gjenkjenne pasientens lidelse, også må være ydmyk og tilbakeholdende og erkjenne sine egne begrensninger i situasjoner hvor det er nødvendig. Det innebærer viljen til å søke råd og samarbeid med kolleger og andre i det tverrfaglige teamet som omgir intensivpasienten. Hva skjer med smertebehandlingen når den legen man søker råd

hos ikke er tilgjengelig eller enig i at pasienten trenger smertebehandling? Informantene i studien fortalte også at de ikke benyttet seg av smerteteamet på sykehuset, dels fordi teamet kunne være dårlig bemannet og ikke tilgjengelig, men også fordi intensivpasienten ikke «passet» inn i rammene til smerteteamets pasienter som ofte er postoperative pasienter. I tillegg savnet informantene farmasøyter som kunne være med på visitt og være hjelpelige med forordning av analgetika. Intensivsykepleierne kan ikke stå for smertebehandlingen ved prosedyresmerter helt alene. Tverrfaglig samarbeid er viktig, selv om manglende kunnskap og bevissthet kan eksistere hos andre faggrupper rundt pasienten også.

Grundig smertevurdering danner i følge Nortvedt og Nortvedt (2001) grunnlaget for adekvate, smertelindrende tiltak. Da kan både pasientens smerter bli «sett» og intensivsykepleieren kan bli «hørt», fordi ansvarlig lege bør reagere når grad av smerte blir presentert. Som sagt har alle pasienter krav på å få vurdert og behandlet sine smerter (Lovdata, 1999).

Profesjonell smertebehandling må være kunnskapsbasert. I tillegg kreves en kontinuerlig oppdatering og bevisstgjøring på verdier og holdninger til smertepasienten (Nortvedt & Nortvedt, 2001). For å unngå en praksis der man stadig er «et hestehode bak» i behandling av prosedyresmerter, er det viktig å arbeide strukturert med både kunnskap, bevissthet, holdninger og gode kunnskapsbaserte retningslinjer. Kanskje vil intensivsykepleieren da kunne føle smertebehandlingen mindre utfordrende til tross for at avdelingen er travel og intensivpasientene komplekse.

6.3 Diskusjon om studiens relevans, validitet og overførbarhet

Proseduresmerter er noe alle intensivpasienter står i fare for å oppleve og det kan være nyttig å vite mer om hva intensivsykepleiere opplever som utfordrende siden de har en så sentral rolle både i utførelsen av rutineprosedyrer og smertebehandling. Derfor mener jeg at funnene i denne studien er klinisk relevante.

Et viktig nøkkelord når det gjelder validitet er kontekst. Det er viktig å se på i hvilke sammenhenger funnene kan gjøres gjeldene, utover den aktuelle studiens kontekst (Halkier, 2010; Malterud, 2011). De kontekstuelle forutsetningene er delvis beskrevet tidligere; forskningsfeltet var større intensivavdelinger på universitetssykehus og utvalget var intensivsykepleiere med lang erfaring med voksne intensivpasienter. Det var ønsket størst

mulig variasjon i utvalget med tanke på erfaring, kjønn og faglig interesse for smertebehandling. Likevel ble nok utvalget en relativt homogen gruppe av intensivsykepleiere siden det var godt erfarte, kvinnelige intensivsykepleiere som deltok. Et homogent utvalg kan imidlertid være egnet for å forstå en spesiell gruppe særlig godt (Polit & Beck, 2012). En styrke kan være at jeg valgte intensivsykepleiere fra to litt ulike intensivavdelinger. De som meldte seg som informanter kan ha vært de intensivsykepleierne som syntes smertebehandling er spesielt utfordrende og ønsket å snakke om dette, men det kan også ha vært motsatt. Vi vet heller ikke noe om erfaringene til de 21 intensivsykepleierne som ble forespurt, men ikke meldte seg. På den ene avdelingen var de i ferd med å innføre nye retningslinjer for sedasjon og smertebehandling. Funnene mine kan ha blitt annerledes dersom intervjuet hadde foregått etter denne implementeringen. For eksempel hadde kanskje informantene sett større nytte av de ulike smertevurderingsverktøyene etter at systematisk bruk av disse hadde blitt innført? Som beskrevet tidligere, kan funnene fra den andre avdelingen ha blitt påvirket av at informantene kjente meg igjen fra fremlegg av tidligere prosjekt. Imidlertid ble alle informantene grundig informert om tema, problemstilling og forskningsspørsmål på forhånd. Informantene ble også flere ganger bedt om å utdype sine meninger, så jeg mener at den dialogiske validiteten er forsøkt ivaretatt (Kvale & Brinkmann, 2009).

En viktig forutsetning for å kunne bedømme pålitelighet og gyldighet av materialet under analysen er at forskeren selv har jobbet med intervjuene og videre med teksten i alle ledd (Malterud, 2011). Både intervju, transkribering, analyse og resultatpresentasjon er gjort av meg. Jeg mener også at det er en styrke at co-moderatoren fra første intervju var med i analyseprosessen for å kunne etablere metaposisjoner og identifisere mine «blinde flekker» (Malterud, 2011). Videre er det viktig at leseren får innsikt i alle ledd av forskningsprosessen, såkalt intersubjektivitet (Malterud, 2011). Valg av forskningsfelt, utvalg og metode for datainnsamling er grundig beskrevet, intervjuguide er vedlagt og de ulike analysetrinnene er presentert med eksempler. Utviklingen av resultater og konklusjon skal dermed være synlig for leseren og den kommunikative validiteten ivaretatt (Kvale & Brinkmann, 2009).

Forhåpentligvis gir noen av funnene ny kunnskap og kan dermed være av verdi, også utover konteksten studien ble gjort i, såkalt ekstern validitet (Malterud, 2011). Det er vanskelig å vurdere overførbarheten uten å ha nok kunnskap om organisering og smertebehandlingspraksis på andre sykehus i Norge eller utlandet. Uansett tror jeg resultatene er interessante utover lokal interesse (intern validitet) (Malterud, 2011). Kvalitativ forskning

handler om å åpne nye dører slik at nye spørsmål kan reise seg (Malterud, 2011). Uavhengig av om funnene tilfører ny kunnskap om prosedyresmerter eller ikke, kan slike studier være med på å øke bevisstheten til helsepersonell som til daglig har ansvar for intensivpasienter (Bakke T, 2012).

7 Oppsummering og konklusjon

I denne kvalitative masteroppgaven har intensivsykepleieres utfordringer ved prosedyresmerter hos intensivpasienter blitt presentert og diskutert. Det transkriberte materialet fra tre fokusgruppeintervjuer ble analysert med «systematisk tekstkondensering» og resultatet var de fire kategoriene: (1) Utfordrende rammebetingelser og samhandling, (2) Utfordringer knyttet til intensivpasienten og smertevurdering, (3) Utilstrekkelige medikamenter og (4) Manglende forståelse. Sett under ett, utgjorde disse kategoriene temaet «"Et hestehode bak" ved prosedyresmerter» som beskriver situasjonen som kan oppstå, nemlig at intensivsykepleieren er for sent ute med smertebehandling og at smertebehandlingen dermed blir forsinket eller uteblir. Det har blitt diskutert hvorvidt manglende kunnskap og bevissthet kan være en stor utfordring ved behandling av prosedyresmerter, sett i lys av eksisterende forskning og teori om smerte. Konklusjonen er at intensivsykepleiere og det tverrfaglige teamet må jobbe strukturert og kunnskapsbasert med fokus på både kunnskap, bevissthet og holdninger. Dette er et ansvar både for den enkelte helsearbeider og for organisasjonen som helhet. Tydelige, kliniske algoritmer og retningslinjer, samt mer bruk av hurtigvirkende analgetika i en travel intensivavdeling, kan være til hjelp både for intensivsykepleiere og andre i det tverrfaglige teamet, og dermed bidra til at intensivpasienter ikke lider unødig.

7.1 Implikasjoner for sykepleiepraksis:

Funnene i studien indikerer at det kreves mer kunnskap om hva intensivsykepleiere synes er utfordrende ved forebygging og behandling av prosedyresmerter, utover den konteksten denne studien er gjort i. Det kreves mer kunnskap om hvilke rutineprosedyrer som er smertefulle for intensivpasientene og hvilke behandlingstiltak som fungerer best. Videre trengs det mer kunnskap om hvordan opplæringssystemer, kvalitetsforbedringsarbeid og kunnskapsbaserte retningslinjer skal implementeres på en best mulig måte.

Litteraturliste

- Ahlers, van Gulik, L., van Dongen, E. P., Bruins, P., van de Garde, E. M., van Boven, W. J., Knibbe, C. A. (2012). Efficacy of an intravenous bolus of morphine 2.5 versus morphine 7.5 mg for procedural pain relief in postoperative cardiothoracic patients in the intensive care unit: a randomised double-blind controlled trial. *Anaesth Intensive Care*, 40(3), 417-426.
- Arroyo-Novoa, C. M., Figueroa-Ramos, M. I., Puntillo, K. A., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L., White, C., & Wild, L. R. (2008). Pain related to tracheal suctioning in awake acutely and critically ill adults: A descriptive study. *Intensive Crit Care Nurs*, 24(1), 20-27.
- Bakke T, B. M., de Vibe M, Konsmo T, Nyen B, Udness E, Vege A (2012). *Modell for kvalitetsforbedring*. Notat 2013 Retrieved 04.02.2013
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gelinas, C., Dasta, J. F., Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*, 41(1), 263-306. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72
- Benner, P. E., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice : caring, clinical judgment & ethics* (2nd ed.). New York: Springer Pub.
- Bergbom-Engberg, I., & Haljamae, H. (1989). Assessment of patients' experience of discomforts during respirator therapy. *Crit Care Med*, 17(10), 1068-1072.
- Brattebo, G., Gjerde, S., Muri, A. K., Aarland, I. C., Flaatten, H., & Hofoss, D. (2003). Reduction of ventilator time by systematic quality work. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 123(5), 634-637.
- Breivik H, B. P., Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, et al. (2008). Assessment of pain. *Br J Anaesth*, 101, 17-24.
- Broschious, S. K. (1999). Music: an intervention for pain during chest tube removal after open heart surgery. *Am J Crit Care*, 8(6), 410-415.
- Bruce, E. A., Howard, R. F., & Franck, L. S. (2006). Chest drain removal pain and its management: a literature review. *J Clin Nurs*, 15(2), 145-154. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01273.x
- Bucknall, T., Manias, E., & Botti, M. (2007). Nurses' reassessment of postoperative pain after analgesic administration. *Clin J Pain*, 23(1), 1-7. doi: 10.1097/01.ajp.0000210936.50816.49
- Carroll, K. C., Atkins, P. J., Herold, G. R., Mlcek, C. A., Shively, M., Clopton, P., & Glaser, D. N. (1999). Pain assessment and management in critically ill postoperative and trauma patients: a multisite study. *Am J Crit Care*, 8(2), 105-117.
- Chanques, G., Pohlman, A., Kress, J., Molinari, N., de Jong, A., Jaber, S., & Hall, J. (2014). Psychometric comparison of three behavioural scales for the assessment of pain in critically ill patients unable to self-report. *Crit Care*, 18(5), R160.
- Connor, L. O. (2012). Critical care nurses' judgement of pain status: a case study design. *Intensive Crit Care Nurs*, 28(4), 215-223. doi: 10.1016/j.iccn.2012.01.004
- Cooke, M., Chaboyer, W., Schluter, P., Foster, M., Harris, D., & Teakle, R. (2010). The effect of music on discomfort experienced by intensive care unit patients during turning: a randomized cross-over study. *Int J Nurs Pract*, 16(2), 125-131. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01819.x
- Cousins, M. J., Brennan, F., & Carr, D. B. (2004). Pain relief: a universal human right. *Pain*, 112(1-2), 1-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2004.09.002>

- Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S., & Reynolds, J. (2011). Procedural pain management: a position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs*, *12*(2), 95-111. doi: 10.1016/j.pmn.2011.02.003
- Dihle, A., Bjolseth, G., & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *J Clin Nurs*, *15*(4), 469-479. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x
- Echegaray-Benites, C., Kapoustina, O., & Gélinas, C. (2014). Validation of the use of the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) with brain surgery patients in the neurosurgical intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, *30*(5), 257-265. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.04.002>
- Egerod, I., Jensen, M. B., Herling, S. F., & Welling, K. L. (2010). Effect of an analgo-sedation protocol for neurointensive patients: a two-phase interventional non-randomized pilot study. *Crit Care*, *14*(2), R71. doi: 10.1186/cc8978
- Erkes, E. B., Parker, V. G., Carr, R. L., & Mayo, R. M. (2001). An examination of critical care nurses' knowledge and attitudes regarding pain management in hospitalized patients. *Pain Management Nursing*, *2*(2), 47-53.
- Faigeles, B., Howie-Esquivel, J., Miaskowski, C., Stanik-Hutt, J., Thompson, C., White, C., . . . Puntillo, K. (2013). Predictors and Use of Nonpharmacologic Interventions for Procedural Pain Associated with Turning among Hospitalized Adults. *Pain Manag Nurs*, *14*(2), 85-93. doi: 10.1016/j.pmn.2010.02.004
- Felleskatalogen. (2012). *Felleskatalogen AS* (54. utgave ed.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Ferguson, J., Gilroy, D., & Puntillo, K. (1997). Dimensions of pain and analgesic administration associated with coronary artery bypass grafting in an Australian intensive care unit. *J Adv Nurs*, *26*(6), 1065-1072.
- Flaatten, H., Søreide, E. (2010). Intensivmedisin i Norge. *Tidsskr Nor Legeforen*, *130*, 166-168.
- Forskningsdepartementet, U.-o. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie*. http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf
- forskningsetiske-retningslinjene, D. n. (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- Fredheim OM, K. G., Undall E, Stubhaug A, Rustøen T. og Borchgrevink PC. (2011). Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskr Nor Legeforen*, *18*(131), 1763-1767.
- Freire, A. X., & al, e. (2002). Characteristics associated with analgesia ordering in the intensive care unit and relationships with outcome. *Crit Care Med*, *30*(11), 2468-2472. doi: 10.1097/01.CCM.0000034695.18650.2A
- Gelinas, C., Fortier, M., Viens, C., Fillion, L., & Puntillo, K. (2004). Pain assessment and management in critically ill intubated patients: a retrospective study. *Am J Crit Care*, *13*(2), 126-135.
- Given, J. (2010). Management of procedural pain in adult patients. *Nurs Stand*, *25*(14), 35-40.
- Glynn, G., & Ahern, M. (2000). Determinants of critical care nurses' pain management behaviour. *Aust Crit Care*, *13*(4), 144-151.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, *24*(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gulbrandsen, T. (2005). Sedasjon. In: Gulbrandsen & Stubberud (Ed.), *Intensivsykepleie* (1 ed.). Oslo: Akribe AS.

- Guyton-Simmons, J., & Ehrmin, J. T. (1994). Problem solving in pain management by expert intensive care nurses. *Crit Care Nurse*, 14(5), 37-44.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper* (oversatt av Kristin Gjerpe) Vol. 1. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Hall-Lord, M. L., Larsson, G., & Steen, B. (1998). Pain and distress among elderly intensive care unit patients: comparison of patients' experiences and nurses' assessments. *Heart Lung*, 27(2), 123-132.
- Hallenberg, B., Bergbom-Engberg, I., & Haljamae, H. (1990). Patients' experiences of postoperative respirator treatment--influence of anaesthetic and pain treatment regimens. *Acta Anaesthesiol Scand*, 34(7), 557-562.
- Helsedirektoratet. (2012). *Symptomer og tilstander. Definisjon - Smerte*. <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerte/definisjon>, 23.mai 2013
- Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs*, 12(4), 230-250. doi: 10.1016/j.pmn.2011.10.002
- Jacobi, J., Fraser, G. L., Coursin, D. B., Riker, R. R., Fontaine, D., Wittbrodt, E. T., . . . Lumb, P. D. (2002). Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit Care Med*, 30(1), 119-141.
- Jamtvedt, & Nortvedt. (2011) *Hva er kunnskapsbasert praksis?* Norsk sykepleierforbund. <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/> (25.11.2014).
- Kehlet H, J. T., Woolf CJ. . (2006). Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*, 36, 1618-1625.
- Kollef, M. H., Levy, N. T., Ahrens, T. S., Schaiff, R., Prentice, D., & Sherman, G. (1998). The use of continuous i.v. sedation is associated with prolongation of mechanical ventilation. *Chest*, 114(2), 541-548.
- Kvale, & Brinkmann. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utgave ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Legeforening, D. n. (2009). *Retningslinjer for smertebehandling*. <http://legeforeningen.no/pagefiles/42355/retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>
- Lindberg, J. O., & Engstrom, A. (2011). Critical care nurses' experiences: "a good relationship with the patient is a prerequisite for successful pain relief management". *Pain Manag Nurs*, 12(3), 163-172. doi: 10.1016/j.pmn.2010.03.009
- Lovdata. (1999, 20.november 2014). *Pasient- og brukerrettighetsloven*. LOV-1999-07-02-63. Retrieved 01.01.2001, 01.07.2001, LOV-2013-06-21-79 fra 01.01.2014
- Lovdata. (2001, 25.11.2014). *Lov om helsepersonell*, LOV-1999-07-02-64. LOV-2014-06-20-49 fra 01.07.2014
- Makic, M. B. F. (2013). Pain management in the nonverbal critically ill patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 28(2), 98-101.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring* (3rd ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Manias, E., Bucknall, T., & Botti, M. (2005). Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting. *Pain Manag Nurs*, 6(1), 18-29. doi: 10.1016/j.pmn.2004.12.004
- Mularski, R. A. (2004). Pain management in the intensive care unit. *Crit Care Clin*, 20(3), 381-401, viii. doi: 10.1016/j.ccc.2004.03.010
- Møiniche S, D. J. (2003). Postoperative smerter. In D. J. Jensen TS, Arendt-Nielsen L (Ed.), *Smerter- en lærebog* (pp. 195-213). København: FADL.

- Nortvedt, F., & Nortvedt, P. (2001). *Smerte - fenomen og forståelse* (Vol. 1). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasero, C. (2009). Challenges in pain assessment. *Perianesth Nurs*, 24, 50-54.
- Pasero C, M. M. (2011). *Pain Assessment and pharmacologic Management*. Missouri: Mosby Elsevier
- Pasero, C., Puntillo, K., Li, D., Mularski, R. A., Grap, M. J., Erstad, B. L., . . . Sessler, C. N. (2009). Structured approaches to pain management in the ICU. *Chest*, 135(6), 1665-1672. doi: 10.1378/chest.08-2333
- Payen, J. F., Chanques, G., Mantz, J., Hercule, C., Auriant, I., Leguillou, J. L., . . . Bosson, J. L. (2007). Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients: a prospective multicenter patient-based study. *Anesthesiology*, 106(4), 687-695; quiz 891-682. doi: 10.1097/01.anes.0000264747.09017.da
- Pfizer (2010),. [E-mail]. EUMEDINFO@Pfizer.com: Marianne Wittrup Larsen, PhD, 2. og 30. juni samt 15. september 2010. Tone Rosen,
- Polit, & Beck. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Ninth Edition. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Puntillo. (1996). Effects of interpleural bupivacaine on pleural chest tube removal pain: a randomized controlled trial. *Am J Crit Care*, 5(2), 102-108.
- Puntillo, Max, A., Timsit, J. F., Vignoud, L., Chanques, G., Robleda, G., . . . Azoulay, E. (2014). Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. The Europain(R) study. *Am J Respir Crit Care Med*, 189(1), 39-47. doi: 10.1164/rccm.201306-1174OC
- Puntillo, Morris, A. B., Thompson, C. L., Stanik-Hutt, J., White, C. A., & Wild, L. R. (2004). Pain behaviors observed during six common procedures: results from Thunder Project II. *Crit Care Med*, 32(2), 421-427. doi: 10.1097/01.ccm.0000108875.35298.d2
- Puntillo, White, C., Morris, A. B., Perdue, S. T., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L., & Wild, L. R. (2001). Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *Am J Crit Care*, 10(4), 238-251.
- Puntillo, Wild, L. R., Morris, A. B., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L., & White, C. (2002). Practices and predictors of analgesic interventions for adults undergoing painful procedures. *Am J Crit Care*, 11(5), 415-429; quiz 430-411.
- Puntillo, K. (2003). Pain assessment and management in the critically ill: wizardry or science? *Am J Crit Care*, 12(4), 310-316.
- Puntillo, K., & Ley, S. J. (2004). Appropriately timed analgesics control pain due to chest tube removal. *Am J Crit Care*, 13(4), 292-301; discussion 302; quiz 303-294.
- Puntillo, K. A. (1994). Dimensions of procedural pain and its analgesic management in critically ill surgical patients. *Am J Crit Care*, 3(2), 116-122.
- Puntillo, K. A., Arai, S., Cohen, N. H., Gropper, M. A., Neuhaus, J., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2010). Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. *Crit Care Med*, 38(11), 2155-2160. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181f267ee
- Raeder, J., & Hoymork, S. C. (2010). Modern pharmacological principles for intravenous anaesthesia. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 130(6), 628-632. doi: 10.4045/tidsskr.08.0664
- Randen, I., & Bjork, I. T. (2010). Sedation practice in three Norwegian ICUs: a survey of intensive care nurses' perceptions of personal and unit practice. *Intensive Crit Care Nurs*, 26(5), 270-277. doi: 10.1016/j.iccn.2010.06.006
- Rustøen, T., & Klopstad, A. (2008). *Ulike tekster om smerte - Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J.H. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (Vol. 2.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Siffleet, J., Young, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2007). Patients' self-report of procedural pain in the intensive care unit. *J Clin Nurs*, 16(11), 2142-2148. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01840.x
- Stanik-Hutt, J. A., Soeken, K. L., Belcher, A. E., Fontaine, D. K., & Gift, A. G. (2001). Pain experiences of traumatically injured patients in a critical care setting. *Am J Crit Care*, 10(4), 252-259.
- Storaker A. , H. S. (2012). Satisfied physicians and frustrated nurses – A study on communication concerning sedation and pain relief. *Nordisk sygeplejeforskning* 2012/3.
- Stotts, N. A., Puntillo, K., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L., White, C., & Rietman Wild, L. (2007). Does age make a difference in procedural pain perceptions and responses in hospitalized adults? *Acute Pain*, 9(3), 125-134. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acpain.2007.07.001>
- Subramanian, P., Allcock, N., James, V., & Lathlean, J. (2012). Challenges faced by nurses in managing pain in a critical care setting. *J Clin Nurs*, 21(9-10), 1254-1262. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03789.x
- Summer, G. J., & Puntillo, K. A. (2001). Management of surgical and procedural pain in a critical care setting. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 13(2), 233-242.
- Suzanne, P. (2005). Relieving pain and providing comfort. In M. PG (Ed.), *Critical care nursing: a holistic approach* (pp. 46-61). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Thompson, C. L., White, C., Wild, L. R., Morris, A. B., Perdue, S. T., Stanik-Hutt, J., & Puntillo, K. A. (2001). Translating research into practice. Implications of the Thunder Project II. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 13(4), 541-546.
- Tietze, K. J. (2013). *Pain control in the critically ill adult patient*. Retrieved from <http://www.uptodate.com/contents/pain-control-in-the-critically-ill-adult-patient> website:
- Trønnes, H. (2006). *Standard for intensivmedisin*. Norsk anesthesiologisk forening. <http://www.nafweb.no/index.php/dokumenter/70-standard>
- van de Leur, J. P., van der Schans, C. P., Loef, B. G., Deelman, B. G., Geertzen, J. H., & Zwaveling, J. H. (2004). Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Crit Care*, 8(6), R467-473. doi: 10.1186/cc2976
- Wang, H.-L., & Tsai, Y.-F. (2010). Nurses' knowledge and barriers regarding pain management in intensive care units. *J Clin Nurs*, 19(21-22), 3188-3196. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03226.x
- Watt-Watson, J., Siddall, P. J., & Carr, E. (2012). Interprofessional pain education: the road to successful pain management outcomes. *Pain Manag*, 2(5), 417-420. doi: 10.2217/pmt.12.46
- Watt-Watson, J., Stevens, B., Garfinkel, P., Streiner, D., & Gallop, R. (2001). Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. *J Adv Nurs*, 36(4), 535-545.
- Woiën, H., & Bjork, I. T. (2013). Intensive care pain treatment and sedation: nurses' experiences of the conflict between clinical judgement and standardised care: an explorative study. *Intensive Crit Care Nurs*, 29(3), 128-136. doi: 10.1016/j.iccn.2012.11.003
- Woiën, H., Stubhaug, A., & Bjork, I. T. (2012). Analgesia and sedation of mechanically ventilated patients - a national survey of clinical practice. *Acta Anaesthesiol Scand*, 56(1), 23-29. doi: 10.1111/j.1399-6576.2011.02524.x

- Wojen, H., Vaeroy, H., Aamodt, G., & Bjork, I. T. (2014). Improving the systematic approach to pain and sedation management in the ICU by using assessment tools. *J Clin Nurs*, 23(11-12), 1552-1561. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04309.x
- Wu C, H. R. (2006). Postoperative pain management and patient outcome. In S. G (Ed.), *Postoperative pain management: an evidence-based guide to practice* (pp. 71-83). Philadelphia.
- Wu, C. L., & Raja, S. N. (2011). Treatment of acute postoperative pain. *Lancet*, 377(9784), 2215-2225. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60245-6

Vedlegg 1 (2 sider)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 11
Fax: +47-55 58 96 5
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Anita Strøm
Lovisenberg diakonale høyskole
Lovisenberggaten 15 B
0456 OSLO

Vår dato: 07.11.2013

Vår ref: 36165 / 2 / MB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.11.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

36165	<i>Prosedyresmerter hos intensivpasienten</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Lovisenberg diakonale høyskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anita Strøm</i>
<i>Student</i>	<i>Tone Rosen</i>

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

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marianne Bøe

Kontaktperson: Marianne Bøe tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Tone Rosen tone.rosentone@gmail.com

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

Avdelingskontorer / District Offices:



Personvernombudet legger til grunn at prosjektet klareres med Oslo Universitetssykehus.

Det innhentes skriftlig samtykke fra deltakerne i gruppeintervjuundersøkelsen basert på skriftlig informasjon om prosjektet. Informasjonsskrivet til utvalget er tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Personvernombudet minner om at det ikke er anledning til å innhente opplysninger om tredjeperson (enkeltpasienter) i intervjuundersøkelsen, og anbefaler at deltakerne blir gjort oppmerksom på dette før intervjuene starter.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at student setter seg inn i og etterfølger Lovisenberg diakonale høgskole sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2014. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger fremgår. Lydopptak og samtykkeerklæringer slettes. Indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«*Prosedyresmerter hos intensivpasienten*»

Bakgrunn og formål

Pasientundersøkelser viser at rutineprosedyrer som snuing/stillingsendring av pasienten, trachealsuging, innleggelse/manipulasjon/fjerning av ulike dren og invasive kateter, bandasjeskift og lungefysioterapi rapporteres som smertefulle av intensivpasienten. Smerten kan oppleves til tross for at pasienten sederes. Studier viser at intensivsykepleiere både underestimerer og underbehandler intensivpasientens smerter og det er derfor ønskelig å finne ut mer om hvorfor smertebehandlingen er utilstrekkelig. Formålet med denne studien er å identifisere hvilke utfordringer intensivsykepleiere står ovenfor når de skal forebygge og behandle prosedyresmerter hos intensivpasienten.

Problemstilling: «*Hvilke utfordringer opplever intensivsykepleiere i forhold til forebygging og behandling av prosedyresmerter hos intensivpasienten?*»

Denne studien gjennomføres som en del av en masteroppgave i «Avansert, klinisk sykepleie med spesialisering i intensivsykepleie» ved Lovisenberg diakonale høgskole. Du inviteres til å delta i et fokusgruppeintervju for å diskutere forskningsspørsmålene nedenfor. Du har blitt forespurt fordi du har mer enn ett års erfaring med voksne intensivpasienter på intensivavdeling.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Du vil få delta i en gruppe på 6-7 andre intensivsykepleiere på et egnet møterom og hele intervjuet vil vare ca. 1,5-2 timer. Først vil det være litt kaffe/servering og informasjon om studien og gjennomgang av samtykkeskjema. Det vil bli spørsmål om hvor lang erfaring du har med voksne intensivpasienter. Det vil også presiseres at alle deltakere har gjensidig taushetsplikt. Når selve intervjuet starter, ønskes det aktiv deltakelse for å få belyst alle punktene i intervjuguiden. Det vil bli gjort lydopptak av selve intervjuet og en intervju-assistent vil gjøre noen notater underveis.

Forsknings spørsmål:

1. «Hvilke utfordringer er knyttet til smertevurdering av prosedyresmerter?»
2. «Hvilke utfordringer er knyttet til forebygging og behandling av prosedyresmerter?»
3. «Hvilke utfordringer er knyttet til planlegging og samhandling i avdelingen?»
4. «Hvilke utfordringer er knyttet til kunnskaper og holdninger hos den enkelte sykepleier?»
5. «Andre utfordringer knyttet til temaet?»

Hva skjer med informasjonen om deg?

Du blir ikke registrert ved navn eller andre personidentifiserende data, foruten hvor lang erfaring du har med voksne intensivpasienter. Denne opplysningen vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun student, veileder og intervjuassistent som vil ha tilgang til personopplysninger og intervjumaterialet. Lydopptak vil bli oppbevart på minnepenn innelåst i et skap på høgskolen og privat hjemme hos studenten. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon av studien. Prosjektet skal etter planen avsluttes desember 2014. Lydopptak og intervju-notater vil da bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du velger å ikke delta, trenger du ikke oppgi noen grunn og det får ikke noen konsekvenser for deg i ditt arbeidsforhold til sykehuset. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil i så fall bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med;

Tone Rosén, tone.rosentone@gmail.com, mob. 99021476 (intensivsykepleier og masterstudent) eller

Anita Strøm, anita.strom@ldh.no, mob. 95021491 (førsteamanuensis LDH, veileder)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Studien er ikke søknadspliktig til Regional etisk komité

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, «Prosedyresmerter hos intensivpasienten» og er villig til å delta i fokusgruppeintervju.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i prosjektet

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien «Prosedyresmerter hos intensivpasienten»»

(Signert av masterstudent Tone Rosén)

INTERVJU-GUIDE FOR PROSJEKTET

«PROSEDYRESMERTER HOS INTENSIVPASIENTEN»:

Innledningsvis vil informasjonsskriv og samtykkeskjema bli gjennomgått og alle nødvendige underskrifter samlet inn. Det presiseres at deltakerne har gjensidig taushetsplikt overfor hverandre og det oppfordres til aktiv deltakelse under selve intervjuet for å skape rike data.

1. utfordringer knyttet til smertevurdering:

- Hvilken erfaring har dere med smertevurdering av både våkne og sederte intensivpasienter?
- Benytter dere smertevurderingsverktøy?
- Hva er særlig utfordrende med hensyn til smertevurdering av prosedyresmerter?

2. utfordringer knyttet til forebygging og behandling av prosedyresmerter:

- Hvilken erfaring har dere med forebygging og behandling av prosedyresmerter?
- Hvilke behandlingsalternativer benytter dere?
- Hva er særlig utfordrende med hensyn til forebygging og behandling av prosedyresmerter?

3. utfordringer knyttet til planlegging og samhandling i avdelingen:

- Hvilke forhold ved avdelingen (for eksempel bemanning, tid, utstyr) kan gjøre smertebehandling av prosedyresmerter utfordrende?
- Er det utfordringer knyttet til medikamentforordning og/eller samarbeid med leger, i så fall hvilke?

4. utfordringer knyttet til kunnskaper og holdninger hos den enkelte sykepleier:

- I hvilken grad tror dere mangel på kunnskaper om smertevurdering og smertebehandling kan være årsaken til inadekvat behandling av prosedyresmerter?
- I hvilken grad tror dere at holdninger hos den enkelte sykepleier påvirker smertebehandlingen?

5. Eventuelt hvilke andre utfordringer har ikke kommet frem hittil i intervjuet?