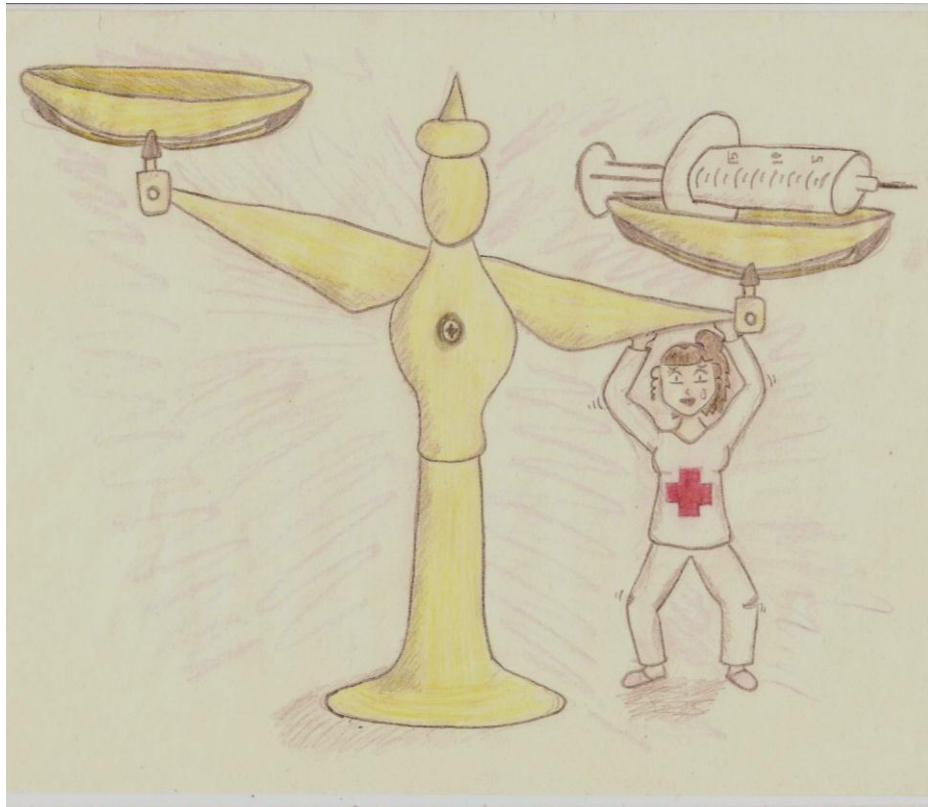


”Ikke for lite og ikke for mye”

En studie av beslutningsgrunnlaget for intensivsykepleierens valg av dose og administrasjonshyppighet ved bruk av smertestillende som skal gis «ved behov».



Gard Sørseth

UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET
Institutt for helse og samfunn

Masteroppgave

Mai 2012



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Gard Sørseth	Dato: 25. Mai 2012
Tittel og undertittel: ”Ikke for lite, og ikke for mye ”. En studie av beslutningsgrunnlaget hos intensivsykepleiere, for valg av dose og intervall av smertestillende, som skal gis «ved behov».	
Sammendrag: Formål: Hensikten med studiet var å kartlegge hvordan sykepleierne selv oppfattet at de satte sammen deres beslutningsgrunnlag. Før de administrerte smertestillende, ved behov til intensivpasienten som ikke var i stand til verbalt å kommunisere. Til tross for at det eksisterer mye forskning rundt smerter, opplever intensivpasienten mye smerter. Imidlertid er det få studier som tar utgangspunkt i Norske sykepleieres egne opplevelser rundt det å danne seg et beslutningsgrunnlag for å gi smertestillende. Derfor var det interessant å undersøke hvilke faktorer som lå til grunn for norske sykepleiers beslutningsgrunnlag. Teoretisk forankring: I tillegg til tidligere forskning, er det brukt teori fra Susie Kim. Metode: Studien har ett kvalitativt, utforskende design. Elleve intensivsykepleiere, på tre ulike intensivavdelinger, ble intervjuet på sitt arbeidssted. Data er analysert ved hjelp av innholdsanalyse. Resultater: Alle sykepleierne hadde med i sitt beslutningsgrunnlag pasientenes kliniske tegn, vurdering av bivirkninger og de sjekket ordinasjonslisten. Utover det var det få likhetspunkter hva sykepleierne hadde med i sitt beslutningsgrunnlag. Ett av elementene ved deres beslutningsgrunnlag var at de brukte smertebehandlingen som var gitt på tidligere vakter som utgangspunkt for egen. Selv om sykepleierne generelt i liten grad dokumenterte de vurderingene de gjorde forut for smertebehandlingen. De hadde ulike oppfatninger om smerter, bruk av smertestillende og intensivpasienten. Dermed ble beslutningsgrunnlaget for smertebehandlingen, ulik fra sykepleier til sykepleier.	
Konklusjon: Denne studien viser at sykepleierne var oppmerksomme på sin sentrale rolle i smertebehandlingen, og inntok en aktiv rolle i den. Beslutningsgrunnlaget mellom sykepleierne var på mange områder likt, men på viktige punkter ulik. Denne studien viser et behov for at smerter og smertebehandling blir jevnlig kommunisert på intensivavdelingene. Videre viser denne studien et behov for at sykepleiere dokumenterer de vurderingene de gjør før smertebehandling.	
Nøkkelord: , intensiv, intensivsykepleie , intensivsykepleier , kliniske beslutninger, intuisjon, sykepleieperspektiv, smerte , smertestillende, opioider, klinisk beslutningsgrunnlag.	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Gard Sørseth	Date: May.22 2012
Title and subtitle: “Not too little, and not too much”. A study of the decision basis of intensive care nurses, regarding the choice and intervals of painkillers to be given “as needed.”	
Abstract: <p>Purpose: the purpose of the study was to survey how nurses themselves regard the fact that they put together their own decision basis. Before administering painkillers, as deemed necessary, to intensive care patients who were not able to communicate verbally. Even though much research exists around pain, intensive care patients experience a lot of pain. There are however, few studies based on Norwegian nurses’ personal experience with regards to forming a decision basis for the administration of painkillers. It was interesting, therefore, to examine which factors Norwegian nurses based their decision basis on.</p> <p>Theoretic founding: in addition to earlier research, theories from Susie Kim have been used. Method: the study has a qualitative exploring design. Eleven intensive care nurses, at three different intensive care units, were interviewed at their workplaces. The data is analyzed by contents analysis.</p> <p>Results: Into their decision basis, all the nurses took into account the patients’ clinical signs, the assessment of side effects and they checked the ordination list. Beyond that, there were few similarities as to what the nurses took into account in making their decision basis. One of the elements of their decision basis was the use of the pain treatment administered on previous shifts, as a base for their own assessment. Although nurses generally, to a small degree, documented the assessment made before administering pain treatment. They had varying opinions regarding pain, the use of painkillers, and the intensive care patient. Thus, the decision basis varied from nurse to nurse.</p> <p>Conclusion: This study shows that the nurses were aware of their central role in pain treatment, and took an active part. The decision basis amongst nurses was in many ways the same, but, varied on important factors. This study shows the need for regular communication regarding pain and pain treatment in intensive care units. Furthermore, this study shows the need for nurses to document the assessments they make regarding pain treatment.</p>	
Key words: Key words: intensive, intensive care nursing, intensive care nurse, clinical decisions, intuition, nurse’s perspective, pain, pain killer, opioids, clinical decision basis.	

Forord

Fullførelsen av denne studien har vært mulig takket være bidrag fra mange personer.

Først av alt skal veileder Ida Torunn Bjørk takkes for all støtte og oppmuntring som jeg har fått. Det har vært helt uvurderlig med den faglige veiledning jeg har fått. Hun har plukket meg opp flere ganger, der det har vært vanskelig å forsette.

Det øvrige personalet ved institutt for sykepleie og helsefag har også gjort alt de kan for å hjelpe meg gjennom et krevende arbeide.

Familien min har støttet og oppmuntret meg, og skal ha en stor takk for den hjelp de har gjort for at denne studien skulle bli en virkelighet.

De tre sykehusene, og de elleve sykepleierne som stilte opp, slik at intervjuene kunne gjennomføres skal også ha tusen takk.

Uten dere alle ville denne studien ikke sett dagens lys. Tusen takk, alle sammen.

Gard Sørseth

INNHALDSFORTEGNELSE

KAPITTEL 1

INNLEDNING	1
-------------------------	---

Bakgrunn for studien	1
-----------------------------------	---

Presentasjon av studiens formål og betydning for praksis samt forskningsspørsmål	3
---	---

Avgrensning av studien	4
-------------------------------------	---

Studiens oppbygging	5
----------------------------------	---

KAPITTEL 2

TEORETISK RAMME FOR STUDIEN	7
--	---

Litteratursøk	7
----------------------------	---

Kims modell om vurderings- og handlingsfaser i sykepleiepraksis	7
--	---

Vurderingsfasen	8
------------------------------	---

Handlingsfasen	9
-----------------------------	---

Kims modell brukt i denne studien	10
--	----

Litteraturgjennomgang	10
------------------------------------	----

Smertetilstander er vanlig hos intensivpasienter.....	10
---	----

Intensivpasienter får ikke tilstrekkelig smertebehandling.....	11
--	----

Sykepleierens vurderinger av pasienten avgjør hvordan hun administrerer smertestillende.....	12
---	----

Sykepleierens bakgrunn påvirker administrering av smertestillende.....	14
--	----

Den kontekst sykepleie utøves i påvirker administrering av smertestillende.....	16
---	----

Mål for sykepleie påvirker administrering av smertestillende.....	18
---	----

Oppsummering	20
---------------------------	----

KAPITTEL 3	
BEGREPER SOM DANNER GRUNNLAG FOR STUDIEN.....	22
Smerte.....	22
Medikamentell smertebehandling.....	24
KAPITTEL 4 DESIGN OG	
METODE.....	28
Design.....	28
Utvalget.....	28
Metode for	
datasamling.....	30
Intervjuguiden.....	30
Prøveintervju.....	30
Gjennomføring av intervjuene.....	31
Analyseprosessen.....	33
Analyse i intervjusituasjonen.....	34
Transkripsjon av intervjuene.....	34
Analysering og fortolkning av data.....	35
Etiske overveielser som er gjort i denne studien.....	37
Egen førforståelse.....	39
Kvalitetsvurdering av studien.....	39
KAPITTEL 5	
FUNN.....	44
Kunnskap om og holdninger til smerter og	
smertebehandling.....	44
Erfaringens betydning for beslutninger om smertebehandling.....	48
Faktorer i miljøet som kan påvirke sykepleiernes beslutningsgrunnlag.....	50
Oppfatning av seg selv som yrkesutøver.....	53

Vurdering av pasient og sykehistorie	54
Oppdagelse og vurdering av kliniske funn	55
Oppsummering av funn	57
KAPITTEL 6	
DISKUSJON	59
Vurdering av pasient/historie/kliniske tegn	59
Sykepleiernes vurdering av kliniske tegn.....	59
Sykepleiernes vurdering av bivirkninger.....	63
Sykepleiers holdninger til og kunnskap om smerter	64
Unenighet blant sykepleierne.....	65
Sykepleiernes målsetting.....	67
Syn på egen smertebehandling.....	69
Miljøet	70
Sykepleiernes interaksjon med behandlingsregimet.....	72
Sykepleiers forhold til retningslinjer og kartleggingsredskap.....	73
Dokumentasjon av vurderinger.....	75
KAPITTEL 7	
KONKLUSJON	77
Vurdering av studien	79
Forslag til videre forskning og tiltak	80
REFERANSELISTE	81
VEDLEGG	
Vedlegg 1: Søknad til forskningsfeltet	
Vedlegg 2: Informert samtykke	
Vedlegg 3: Intervjuguide	

OVERSIKT OVER TABELLER

Tabell 1: Analysetabell.....	36
------------------------------	----

KAPITTEL 1 - INNLEDNING

Bakgrunn for studien

Til tross for omfattende forskning på smertebehandling, rapporterer fortsatt intensivpasienter om dårlig kontrollert smerte (Watt-Wattson, Garfinkel, Gallop, Stevens og Streiner, 2000; Bertolini, Minelli, Latronico, Cattaneo, Mura, Melotti og Iapichino, 2002; Bair, Bobek, Hoffman-Hogg, Mion, Slomka og Arroliga, 2000; Cullen, Greiner og Titler, 2001; Klopfenstein, Herrmann, Mamie, Van Gessel og Forster, 2000; Hamers, Abu-Saad, Van der Hout og Halfens, 1998; Dhile, Helseth, Kongsgaard, Paul og Miaskowski, 2006). Smerte er en vanlig opplevelse for en intensivpasient (Kress, Pohlman og Hall, 2002). Det har betydelige konsekvenser for pasienten hvordan smertelindring foregår. Ubehandlet smerte vekker en stressrespons karakterisert ved takykardi, økt oksygenforbruk i myokardet, økt blodkoagulering, immunsuppresjon og katabolisme (Shapiro, Warren, Egol, Greenbaum, Jacobi, Nasraway, Schein, Spevetz og Stone, 1995; Nendick, 2000). Smerte kan også føre til pulmonær dysfunksjon på grunn av redusert bruk av muskler rundt smerteområdet og generell muskelstivhet eller spasme som hemmer bevegelse av brystveggen og diafragma. Effektiv smertebehandling kan derfor redusere slike komplikasjoner hos intensivpasienter (Jacobi et al., 2002; Nendick, 2000). Smerter fører til lidelse for pasienten og kan føre til unødig bruk av sedativer, lengre liggetid på sykehuset, senskader som varer utover sykehusoppholdet, samt høyere utgifter for sykehuset og samfunnet (Jacobi et al., 2002). Smerteintensiteten er muligens positivt korrelert til varigheten av oppholdet på intensivavdelingen og negativt korrelert til funksjon og helbredelse (Cullen et al., 2001). På den andre siden fører effektiv smertebehandling i akuttsettinger til økt pasienttilfredshet, tidligere mobilisering, kortere sykehusopphold og reduserte utgifter (Hazelett, Powell og Audroulakakis, 2002; Cullen et al., 2001; Wild, 2001).

Dersom sykepleieren har manglende evne til å gjenkjenne smerte, fører det ofte til agitasjon hos pasienten, som igjen fører til et høyt forbruk av sedativer (Kress et al., 2002). Stress i forbindelse med et kirurgisk inngrep er assosiert med en forlenget katabolsk reaksjon, som betyr en forlengelse av rekonvalesensperioden (Hamers et al., 1998). I tillegg viser det seg at dersom sterke smerter får vedvare mer enn 24 timer, kan det gi nevroplastiske endringer som

er forbundet med utvikling av et såkalt behandlingsresistent kronisk smertesyndrom (Nortvedt og Nortvedt, 2003).

Ansvar for medikamentell smertekontroll ligger hos flere faggrupper. Tverrfaglig samarbeid har betydning for å sikre at pasienten får riktig smertebehandling, og medikamentell smertekontroll omtales derfor som en tverrfaglig prosess (DeRond, DeWit, Van Dam og Muller, 2000). Sykepleierens unike rolle og ansvar i behandlingen skiller seg fra rollene til annet helsepersonell. Hun tilbringer mer tid sammen med pasientene enn noen av de andre. Sykepleieren møter på vanskelige situasjoner fordi hun ofte er den første til å identifisere og vurdere smertetegn hos pasienten. Sykepleieren må ta en selvstendig beslutning om hvorvidt analgetika skal administreres eller ikke. Deretter må riktig analgetika velges blant medikamentene legen har forordnet, og dose og eventuell administrasjonshyppighet må bestemmes. Hun må være på vakt overfor mulige bivirkninger av medikamentene. Til slutt må sykepleieren evaluere effekten av tiltaket (McCaffery og Beebe, 1998; White, 1999). Sykepleieren må rapportere omgående og nøyaktig til legen når det er behov for endring av medisineren eller ytterligere tiltak. Hun må om nødvendig foreslå spesifikke endringer av for eksempel medikament, administreringsmåte, dosering og hyppighet (McCaffery og Beebe, 1996; White, 1999; Gulbrandsen og Stubberud, 2005). Intensivsykepleieren har gjennom sin lindrende funksjon som mål å begrense omfanget og styrken av de belastninger pasienten vil kunne oppleve i forbindelse med sykdom, skade og behandling. Slik blir pasientens krefter knyttet til helbredende prosesser, og smerte og ubehag blir redusert eller fjernet. Intensivsykepleieren og ansvarlig lege som har forordnet medikamentet, har et felles ansvar for riktig administrering. Intensivsykepleier har i tillegg fått delegert et selvstendig ansvar. Det betyr at hun skal vurdere og påvise eventuelle behov for endringer og ytterligere tiltak (Hamers et al., 1998).

Det er forsket mye på smerter, utvikling av verktøy for observasjon av smerte og behandlingalternativer. Gjennom denne forskningen er det publisert kunnskap om intensivpasienter og smerter, og vi kjenner derfor til faktorer som påvirker sykepleierens administrering av smertestillende (McCaffery og Beebe, 1998; Bertolini et al., 2002). Det kan være vanskelig å være sykepleier i en situasjon der smertestillende behandling skal vurderes. Man har ikke alltid nok kunnskap om det man skal gjøre, men har likevel ansvaret for å gjøre det (Malek og Olivieri, 1996; McCaffery, Ferrell og Pasero, 2000). Vurderingene

er vanskelige fordi avgjørelsen må tas raskt, og ofte er sykepleieren alene om avgjørelsen. Sykepleieren må kunne prioritere smertebehandling blant mange andre viktige oppgaver. Situasjonen er enda mer problematisk når intensivpasienten er ute av stand til å kommunisere verbalt på grunn av intubasjon og/eller sedasjon (Puntillo, 1990). I tillegg har pasienten ofte flere livstruende tilstander som tar fokus fra smertelindring.

Bedømming og behandling av smerter hos den kritisk syke pasienten, er en utfordring. De som arbeider i klinikken, både leger og sykepleiere, bør derfor oppmerksomt overvåke pasientens smertenivå med jevne mellomrom, revurdere smertebehandlingen og kritisk evaluere effekten av smertebehandlingen (Skrobik, 2008).

Som innledningen viser er ikke smertebehandlingen av intensivpasienter tilfredsstillende. Dette kan ha alvorlige konsekvenser for pasienten. Det er derfor et behov for å vite hvordan sykepleier danner sitt beslutningsgrunnlag for administrering av smertestillende. Det finnes forskningslitteratur som tangerer dette temaet, men det er ufullstendig i forhold til det denne studien har som fokus. Temaet for studien er en utforskning av hvordan intensivsykepleiere kommer frem til dose og administrasjonshyppighet for smertestillende, når dette skal gis ved behov til intensivpasienter som ikke er i stand til å kommunisere bevisst om egen smerte. Dermed faller studien under et av de anbefalte satsningsområdene til forskning og fagutvikling i "Norgesnett" for høgskolene i Norge. Der et av satsningsområdene er helsearbeid rettet mot akutt og kritisk syke (Granum og Solvoll, 1997).

I mitt daglige arbeid som intensivsykepleier har jeg selv erfart at det er store variasjoner i hvordan sykepleier forholder seg til ordinasjonen «ved behov». Dessuten har jeg vært intensivpasient selv og har derfor opplevd hvordan det er å være mottaker av intensivsykepleie. Min interesse for temaet har blitt vekket av mine opplevelser som både sykepleier og pasient.

Presentasjon av studiens formål og betydning for praksis samt forskningsspørsmål

Det overordnede formålet med studien er å bidra med kunnskap som kan forbedre smertebehandling på intensivavdelinger. Denne kunnskapen gjøres tilgjengelig ved at studien redegjør for sykepleieres vurderinger frem til deres administrering av smertestillende til intensivpasienter uten verbal kommunikasjonsevne. Som nevnt i innledningen, så kjenner vi

noen av årsakene til hvorfor smertebehandlingen er slik den er i dag. Det er imidlertid ikke funnet forskning som viser hvilke vurderinger norske intensivsykepleiere gjør før de administrerer smertestillende. På bakgrunn av tidligere forskning, som viser at sykepleier må vurdere mange faktorer og blir påvirket av mange faktorer før de administrerer smertestillende, er det av interesse å undersøke hvilke vurderinger som danner beslutningsgrunnlaget for administrering av smertestillende til intensivpasienter i Norge. Studien gir en innsikt i de vurderinger som norske intensivsykepleiere gjør daglig. Dette gir en mulighet for refleksjon og endring av egen praksis. Som det går frem av bakgrunnen for studiet, har sykepleiere en viktig rolle i smertebehandlingen av intensivpasientene. Det er sykepleierne som har mest kontakt med pasientene, og mye av forbedringspotensialet ligger derfor innenfor sykepleiernes område.

Studiens sykepleievinkling legger til rette for at sykepleiere kan bruke den til å forbedre sin behandling av intensivpasienter. Studien kan være til hjelp for sykepleiere når de skal vurdere, og eventuelt forbedre, sin administrering av smertestillende til intensivpasienter uten verbal kommunikasjonsevne.

Følgende forskningsspørsmål ble formulert:

- 1) Hvilke faktorer ved pasientens situasjon legger sykepleierne vekt på når de velger dose og administrasjonshyppighet av smertestillende?
- 2) Hvordan avveier sykepleierne de ulike faktorer av beslutningsgrunnlaget mot hverandre?
- 3) På hvilken måte avgjør sykepleierne at beslutningsgrunnlaget er godt nok til at de kan ta en avgjørelse om dose og administrasjonshyppighet av smertestillende?
- 4) Hvilke føringer mener sykepleierne eksisterer i avdelingen, som påvirker deres vurderinger av dose og administrasjonshyppighet av smertestillende?

Avgrensning av studien

Studien omhandler situasjoner der medikamenter på forhånd er ordinert av lege til bruk «ved behov», og der dosen er satt opp som et intervall mellom en minimumsdose og en maksimumsdose. Der smertestillende gis kontinuerlig via pumpe og sykepleier titrerer dosen opp eller ned, anses dette i studien som administrering av smertestillende «ved behov».

Smerte kan sees på som akutt og kronisk. Hovedfokus for denne studien er akutt smerte, og kronisk smerte utdypes derfor ikke. Pasientgruppen i studien er pasienter innlagt på intensivavdeling, uten evne til å kommunisere verbalt. Dette er en vanlig tilstand hos intensivpasienter fordi de ofte er intubert og/eller sedert. Det er i de senere år oppnådd mye ny kunnskap om ikke-invasiv smertebehandling, som liggestillinger, berøring, elektrostimulering av hud, redusering av støy og bruk av avledning (McCaffery og Beebe, 1998). Siden studiet omhandler sykepleiers vurderinger i forbindelse med administrering av medikasjon ved behov, faller disse tiltakene utenfor studien.

Studiens oppbygging

Kapittel 1 omhandler temaet og bakgrunnen for studien og dens betydning for praksis.

Kapittel 2 og 3 utgjør studiens teoridel.

Kapittel 2 omhandler litteratur og tidligere forskning som er relevant for studien, og danner dermed studiens teoretiske ramme. Forskningslitteraturen synliggjør de problemene vi allerede kjenner til innen fagområdet smertebehandling av intensivpasienter. Denne studien er, og dermed også utvalget av litteratur, fokusert på vurderingene som gjøres før smertestillende blir administrert. Aspekter ved Kims (2000) modell om forhold som påvirker sykepleierens vurderinger og handlinger («deliberation and enactment») er en del av den teoretiske rammen for oppgaven. Det er Kims beskrivelser av hvordan sykepleiere blir påvirket når de gjør vurderinger før og under en sykepleiehandling, som ansees som relevant for denne studien.

Kapittel 3 presenterer noen sentrale begreper som danner grunnlaget for studien. Begrepene er smerte, ulike smertemodeller og smertebehandling. Videre redegjøres det for sykepleieperspektivet på smertebehandling.

Kapittel 4 presenterer og diskuterer valget av design og metode. Det redegjøres for tilgang til forskningsfeltet, etiske overveielser og utvalg av respondenter. I tillegg blir det redegjort for utvikling av intervjuguide og hvordan intervjuene er blitt gjennomført. Videre beskrives analysen av datamaterialet og til slutt blir studiens kvalitet vurdert.

Kapittel 5 og 6 utgjør studiens empiriske del.

I kapittel 5 presenteres de funn som er gjort i studien under følgende overskrifter: Kunnskap om og holdninger til smerter og smertestillende, Erfaringens betydning for beslutninger om smertebehandling, Faktorer i miljøet som kan påvirke sykepleiernes beslutningsgrunnlag, Oppfatning av seg selv som yrkesutøver, Vurdering av pasient og sykehistorie samt Oppdagelse og vurdering av kliniske funn.

I kapittel 6 blir funnene diskutert i relasjon til tidligere forskning og relevant litteratur som det er gjort rede for i kapittel 2 og 3.

I kapittel 7 avsluttes studien med en konklusjon, og det redegjøres for forslag til videre studier omkring temaet smertebehandling av intensivpasienter.

KAPITTEL 2 - TEORETISK RAMME FOR STUDIEN

Kapitlet gir en presentasjon av Kims modell om vurderings- og handlingsfaser i sykepleiepraksis og viser modellens relevans for denne studien. Siste del av kapitlet er en gjennomgang av tidligere forskning og teori relatert til tema.

Litteratursøk

Bibliotekjennestene ved Universitetet i Oslo og Akershus Universitetssykehus ble mye brukt for litteratursøk. Ettersom de fleste basene er internasjonale, ble det brukt engelske søkeord. Søkeordene ble brukt enkeltvis og i kombinasjoner: Pain, clinical judgment, clinical decisions, intensive, intensive care, ICU, painkiller, pain treatment, opioid, intuition, decision making, clinical decision basis, knowledge, emergency room, special nurse, intensive care nurse, intensive care nursing, emergency room nurse, nurse`s perspective.

Det er søkt i basene Bibsys, Medline og Cinahl. I Norart ble det søkt med søkeord som intensiv, smerter, smertebehandling og opioider. Når interessante forskningsartikler ble funnet, ble deres litteraturlister brukt som grunnlag for å finne flere forskningsartikler.

Kims modell om vurderings- og handlingsfaser i sykepleiepraksis

For å kunne gi en forståelsesbakgrunn for dataene som blir presentert i studien, og dermed en mulighet til å organisere dataene, brukes Kims modell om vurderings- og handlingsfaser i sykepleiepraksis, som en del av den teoretiske rammen for denne studien. I det følgende er innholdet hentet fra Kim (2000). Når andre kilder er brukt, blir de henvist til. Kims modell presenterer en teori om hvordan vurderinger gjøres og hvordan det ligger til grunn for handling. Kim inndeler sykepleiepraksis i to faser: ”the phase of deliberation» (vurderingsfasen) og ”the phase of enactment (handlingsfasen). Kim hevder at sykepleieren er utøver av en kompleks praksis siden mange faktorer påvirker sykepleieren når hun planlegger og utøver sykepleie. Praksis påvirkes av faktorer knyttet til: pasienten, omgivelsene, sykepleieren selv og de rammene som sykepleie utøves innenfor.

Vurderingsfasen

Vurderingsfasen omfatter sykepleierens mentale aktiviteter for å utvikle et beslutningsgrunnlag for handling. Hensikten med vurderingene er å gi god sykepleie, og resultatet blir en strategi for selve handlingen. Sykepleieren nyttiggjør seg av både offentlig og personlig kunnskap i vurderingsfasen. Det vil for intensivsykepleieren si kunnskap knyttet til hennes spesialfelt, generell sykepleiekunnskap, kunnskap fra andre fagområder og kunnskap ervervet gjennom praksis og livserfaring. Denne kunnskapen skal hjelpe sykepleieren frem til en beslutning om handling. Vurdering er tilknyttet handling og er orientert mot et resultat. I vurderingsfasen overveier sykepleier betydningen og essensen av informasjonen og gjennomgår den. Sykepleieren får en oversikt og trekker ut kunnskap både fra den offentlige og personlige kunnskapsarena. Sykepleieren vurderer mulige handlingsalternativer, slår fast intensjonene og tar handlingsavgjørelser. Vurderingen er analytisk fremstilt i fem elementer, som til sammen danner et nettverk. Sykepleieren blir i praksis involvert i slike mentale aktiviteter bevisst eller ubevisst, men uansett er sykepleierens vurderinger påvirket av disse elementene: klienten/pasienten, sykepleieren selv, sykepleiemål, sykepleiemidler og den kontekst som sykepleien finner sted i.

Det første elementet som påvirker sykepleierens vurderinger før handling, er pasienten selv. Sykepleieren må dele sin oppmerksomhet mellom: pasientspesifikke kliniske problemer og pasienten som menneske som trenger informasjon og trygghet.

Det andre elementet som påvirker sykepleierens vurderinger før handling, er sykepleieren selv. Sykepleiere legger vekt på ulike ting under vurderingsprosessen, og dette vil kunne gi ulike beslutningsgrunnlag. Sykepleieren har personlige meninger angående sykepleiepraksis. Disse kommer av ulike oppfatninger av hva som er god sykepleiestandard og en sykepleiers forpliktelser. I tillegg har sykepleiere ulike interesser, filosofiske ståsted og livssyn. Hver sykepleier har sin motivasjon og sin følelsesstatus. Sykepleiere påvirkes av verdiforpliktelser grunnlagt på etiske og moralske prinsipper som er rettleidende innenfor sykepleiepraksis. Både som sykepleier og som menneske har sykepleieren erfaringer som påvirker beslutningsprosessen. Sykepleierens personlige kapasitet innebærer ressurser i form av energi, evne og måter å tenke på. Dette vil påvirke prosessen frem til beslutning om en handling.

Det tredje elementet som påvirker sykepleierens vurderinger, er målet for sykepleien og andre mål i den aktuelle situasjon. Ut ifra et sykepleieperspektiv kan mål i kliniske situasjoner være generelle, som å fremme helse eller ivareta pasientens autonomi, og spesifikke for situasjonen, som sikring av frie luftveier. Ulike aktører i situasjonen, for eksempel pasienten, hans/hennes familie eller sykepleierens kollegaer, kan ha forskjellige mål. Hvordan sykepleieren oppfatter og vektlegger disse forskjellige målene i vurderingsfasen, er ett av de problematiske aspektene i denne fasen.

Det fjerde elementet som påvirker sykepleierens vurderinger før handling, er sykepleiemidler, det vil si metoder, tiltak og intervensjoner som er aktuelle og typiske for sykepleieutøvelsen.

Det femte, og siste, elementet som påvirker sykepleierens vurderinger før handling, er situasjonens kontekst. Med kontekst menes fysisk, sosial og symbolsk sfære for praksissituasjonen. Vurderingsfasen gjennomgås i en kontekst av praksissituasjoner som ikke bare er miljøet, men også meningen om miljøet. Bråk, konfliktfylte krav, verdistrukturer, kultur, roller og mangel på personell, er eksempler på elementer i miljøet som påvirker vurderinger frem til valg av handling. Strukturer relatert til pasient, sykepleiers mål, arbeidsmåter og sykepleieren selv vil gjensidig påvirke hverandre og vil alltid bli påvirket av situasjonen.

Handlingsfasen

Handlingsfasen vil ikke bli utdypet, men nevnes kort ettersom studien ønsker å belyse hva som er grunnlaget for det som skjer i handlingsfasen, altså beslutningsgrunnlaget som dannes i vurderingsfasen. Handlingsfasen er den fasen hvor de beslutninger sykepleieren har tatt i vurderingsfasen, iverksettes. Den er analytisk separert fra vurderingsfasen og omfatter handlinger og atferd i spesifikke praktiske situasjoner som angår praktikerne, pasienten som kasus og menneske, og omgivelsene hvor handlingene finner sted. I denne fasen er sykepleiehandlinger analytisk relatert til tre strukturelle enheter: pasienten, sykepleieren og omgivelsene. I praksis vil vurderingsfasen og handlingsfasen gå over i hverandre. Noen ganger er situasjonen intensivsykepleieren står i, forutsigbar og mulig å planlegge. Når situasjonen er akutt, kan den være uoversiktlig og uforutsigbar. Vurdering og handling kan være overlappende, og derfor vil disse dimensjonene ikke nødvendigvis bli realisert på en lineær måte.

Kims modell brukt i denne studien

Intensivsykepleieren er utøver av en kompleks praksis, siden mange faktorer påvirker henne når hun innenfor sitt ansvarsområde for smertelindring, planlegger og utøver handlinger. Av den grunn var det nødvendig å tilføre studiet en struktur som data kunne plasseres inn i. Kims modell ble funnet å være relevant for denne studien, siden modellen, og studien, har som formål å forklare hvordan sykepleieren kommer frem til en beslutning om handling. Modellen peker på fem elementer som bør undersøkes når en skal utforske hvordan intensivsykepleierne kommer frem til hvordan de administrerer smertestillende til den enkelte intensivpasient. Intensivsykepleierens praksis påvirkes av faktorer relatert til: intensivpasienten, intensivsykepleieren selv, målet for intensivsykepleien, omgivelsene og de rammene som intensivsykepleie utøves innenfor. Disse elementene er involvert i vurderingene som gjøres før det tas et valg om dose og administrasjonshyppighet av smertestillende. Jeg lette derfor etter studier som utforsket disse elementene. Intensivsykepleieren har personlig kunnskap om smerter, smertelindring og lignende situasjoner, som påvirker beslutningsprosessen frem til valg av dose. Intensivpasienten kan ha flere problemer enn smerte, som lavt blodtrykk og organsvikt. Jeg lette etter data om hvordan de ulike målsetningene som eksisterer for de ulike situasjonene, påvirker intensivsykepleierens vurderinger. Til slutt undersøkte jeg hvordan omgivelsene påvirker intensivsykepleierens beslutninger når hun vurderer å administrere smertestillende. Dette ble gjort i intensivavdelingen, som utgjør miljøet rundt intensivsykepleieren. Modellen ga også en ramme for forståelsen av litteraturfunn og kliniske funn i studien.

Litteraturgjennomgang

Smertetilstander er vanlig hos intensivpasienter

Læren om smerter, algologi, er en ung vitenskap (McCaffery og Beebe, 1998). Likevel finnes det knapt noe felt innenfor helseforskning og biomedisinsk forskning med så mange omfattende vitenskapelige publikasjoner som innenfor smerteforskning (Nortvedt og Nortvedt, 2003). Til tross for dette er smerte en vanlig opplevelse for en intensivpasient (Kress et al., 2002).

Pasientene husker sitt opphold på intensivbehandlingen. I en studie av Puntillo (1990), hvor pasientene ble intervjuet kort tid etter utskrivning fra intensivavdelingen, husket mer enn 90 % av pasientene en stor del av oppholdet der. Et stort antall av pasientene husket smerte i

forbindelse med oppholdet på intensivavdelingen, samt etter at de var utskrevet (Kwekkeboom og Herr, 2001; Feeley og Gardner, 2006; Cohen, 1980). Situasjoner de relaterte smerte til, var selve akuttsituasjonen, intubering, suging, fjerning av thoraxdren samt kaliuminfusjon (Gulbrandsen og Stubberud, 2005). Smerteopplevelsen har blitt rapportert som moderat til alvorlig hos 50 % av intensivpasientene og som alvorlig hos 15 % av pasientene (Cullen et al., 2001; Cohen, 1980; Sjøstrøm, Dahlgren og Haljamäe, 1999), i tillegg til at smerten ble opplevd som konstant (Hurlock-Chorostecki, 2002). Likevel har pasienter i undersøkelser gitt uttrykk for at de aksepterte en høy smerteintensitet. Det kan se ut til at pasientene forventer og tolerer en høy grad av smerte. Én av årsakene kan være at de ikke forstår betydningen av effektiv smertelindring (Stenger, Schooley og Moss, 2001; Dhile et al., 2006).

Det kan foreligge ulike smertekilder, og intensivpasienten kan være utsatt for flere smertestimuli. Det har derfor vært foreslått å bruke begrepet «bakgrunnssmerte» (Freire, Afessa, Cawley, Phelps og Bridges, 2002). Hovedgrunnen til smerteopplevelsen er ganske åpenbart vevsødeleggelse etter traume (Kwekkeboom og Herr, 2001). I tillegg til eventuelle skader utsettes pasienten for smertestimuli på grunn av: lungefysioterapi, irritasjon fra endotrakealtube eller urinkateter, innsetting av veneflon, thoraxdrenasje, gassdannelse i tarmsystemet og ubekvem liggstilling. Sugging med endotrakealtube regnes som spesielt smertefullt og stressende (Bennet, 2001; Puntillo, 1990). Selv en enkel intravenøs infusjon, bruk av utstyr som ventrikkelsonde og kateter kan irritere vev og forårsake smerte. Smerte kan også forsterkes ved ulike sykepleieaktiviteter som skifte av bandasje og forandring av leie. I tillegg kan smerteopplevelsen forsterkes ved angst og frykt for omgivelsene eller prognosen (Kwekkeboom og Herr, 2001; Feeley og Gardner, 2006).

Intensivpasienter får ikke tilstrekkelig smertebehandling

Undermedisinering med smertestillende er et generelt problem, og kan skyldes både underforordning og underadministrering av opioide analgetika (Watt-Wattson et al., 2000). Dette gjelder både generelt og på intensivavdelinger. Det er ikke uvanlig at leger er for tilbakeholdne med å forskrive smertestillende. Dette ytrer seg gjerne på flere måter. De ordinerer lavere doser enn det som er nødvendig, og de ordinerer med lengre intervall mellom dosene enn medikamentets virketid (McCaffery og Beebe, 1998). Andre påpeker i tillegg at det ikke er forordnet riktige analgetika (Hamers et al., 1998). Sykepleiere administrerer

mindre enn legen forskrevet. Jevnt over administrerte sykepleierne mindre enn halvparten av gjennomsnittlig forordnet maksimumsdose (Watt-Wattson et al., 2000). Én studie viser at intensivsykepleiere administrerte kun 30 % av forskrevet maksimaldose (Gray, 1999). Dette ytret seg gjerne på to måter: Sykepleierne administrerte legemidlet sjeldnere enn anbefalt. Det innebærer at de utsatte administreringen av analgetika til bruk «ved behov» så lenge som mulig. Og sykepleierne administrerte smertestillende i lavere doser enn forskrevet. Eller de valgte den lavest mulige dosen, selv om denne dosen ikke hadde gitt ønsket effekt tidligere (Gray, 1999; McCaffery og Beebe, 1998; Hamers et al., 1998; DeRond et al., 2000). Selv hos pasienter som er dypt sederte, er ikke smertepersepsjon helt fraværende. Fra pasientens perspektiv er derfor smertekontroll svært ønskelig. Likevel er den ofte utilstrekkelig på intensivavdelingen (Freire et al., 2002).

Sykepleierens vurderinger av pasienten avgjør hvordan hun administrerer smertestillende

Beslutningsprosessen mot administrering av smertestillende til kritisk syke pasienter, er en kompleks prosess. Sykepleierens beslutninger blir påvirket av faktorer som kjennskap til pasienten, personlig kunnskap samt evnen til å balansere intervensjon, sykepleieferdighet og erfaring. Det viktigste elementet i beslutningsprosessen er kjennskap til pasienten.

Sykepleierne var mindre sikre på avgjørelsene sine når de ikke hadde spesifikk kunnskap om pasienten (Hurlock-Chorostecki, 2002). Sykepleierens vilje til å bruke tid og krefter på å behandle en pasients smerter, blir påvirket av deres oppfatning av ulike pasientgrupper.

Fordommer mot grupper av individer, eller stereotyping, er beskrevet som en muligens viktig faktor i beslutningsprosessen (Brockopp, Ryan og Warden, 2003).

Gjennomgang av ulike studier viser at karakteristika ved pasienten som kan påvirke sykepleierens vurdering av pasientens smerteintensitet og derved dose og administrasjonshyppighet av analgetika, er: kjønn, kulturtilhørighet, vitale tegn, livsstil, antall dager etter kirurgi, uttrykk for smerte og alder (Watt-Wattson et al., 2000; DeRond et al., 2000; Hamers et al., 1998; Manias, Botti og Bucknall, 2002). Det finnes studier som antyder at kvinner fikk mindre smertestillende enn menn. Eldre fikk mindre smertestillende enn yngre (Watt-Wattson et al., 2000). Jo yngre pasientene var, desto oftere fikk de opioider (DeRond et al., 2000). I den postoperative fasen fikk barn og pasienter over 70 år signifikant færre doser av smertestillende enn pasienter i andre aldersgrupper. Barn som hadde gjennomgått en operasjon, fikk oftere smertestillende, enn barn som ikke hadde gjennomgått kirurgi, selv om

de rapporterte samme smerteintensitet (Hamers et al., 1998). Pasienter som tilhørte etniske minoriteter fikk mindre smertestillende enn pasienter som ikke tilhørte en etnisk minoritet (Watt-Wattson et al., 2000). I en annen studie viste det seg at pasienten fikk mindre smertestillende når pasient og sykepleier hadde ulik etnisk bakgrunn (Hazelett et al., 2002). Det var større sannsynlighet for at sykepleieren underbehandlet smerte hos kvinner, pasienter med normale vitale tegn, pasienter med tilsynelatende uansvarlig livsstil, pasienter som smilte (i forhold til dem som laget grimaser), og hos eldre pasienter. Sykepleierne vurderte smerten som svakere enn den faktisk ble opplevd, når det ikke var noen påviselig patologi, når smerten var kronisk og når pasienten ga uttrykk for sterk smerte (Hazelett et al., 2002).

Sykepleieren kan bli mer påvirket av pasientens oppførsel enn av pasientens egne ord om smertetilstanden, spesielt i forbindelse med titrering av opioid. Dersom pasienten smilte, var sykepleieren mindre villig til å øke en tidligere sikker, men ineffektiv dose, enn dersom pasienten laget grimaser (McCaffery et al., 2000). Det har vist seg at ved administrering av smertestillende er sykepleieren mer positiv til kreftpasienter enn til misbrukere. Sykepleierne ville bruke minst tid og krefter på pasienter som har forsøkt å begå selvmord, rusmisbrukere og eldre pasienter. Dersom pasienten kunne sies å selv være delvis ansvarlig for sin tilstand, var sykepleieren minst villig til å bruke tid og krefter på smertebehandlingen (Brockopp et al., 2003). For pasienter med en uakseptabel livsførsel ble en ineffektiv morfindose økt bare i 67 % av tilfellene, mens pasienter med en akseptabel livsførsel fikk økt en ineffektiv dose i 87 % av tilfellene. Selve smertevurderingen var ikke forskjellig for disse to pasientgruppene, men gruppen med uakseptabel livsførsel fikk totalt sett mindre morfin (Hazelett et al., 2002).

Studier viser også at bevisstløse pasienter sjeldnere fikk smertestillende. Bevisstløse pasienter trenger smertelindring. Studier bekrefter likevel at pasienter som ikke kan kommunisere, ikke får dekket sitt behov for smertebehandling (Bertiolini et al., 2002; Puntillo, 1990; Aslan, Badir og Selimen, 2003). Det er gjort simuleringsstudier der leger og sykepleiere vurderte smerten som sterkere hos pasienter som kunne uttrykke smerten verbalt, enn hos pasienter som ikke kunne dette. Av de innlagte pasientene hadde 80 % hatt endotrakealtube under opphold på intensivavdeling og var på det tidspunktet ikke i stand til å gi uttrykk for sin smerte. Noen av pasientene trodde at maskinene de var koblet til, kunne gi sykepleierne informasjon om at de hadde smerter (Puntillo, 1990). I en annen studie hvor pasientene kunne snakke, vurderte sykepleieren smerten riktig hos 69 % av pasientene. Hos disse pasientene

oppjusterte sykepleieren en ineffektiv dose morfin til rett dose i 73 % av tilfellene (Hazelett et al., 2002). Sykepleierne la stor vekt på sin egen oppfatning av pasientens smerte, basert på ikke-verbale nøkkelfaktorer, som type og tid siden operasjon, eller pasientens oppførsel. De la også vekt på hvorfor pasienten var innlagt på sykehus og på deres egne antakelser av hvor sterke smerter pasienten hadde eller hvor smertefulle nødvendige prosedyrer var (Schafheutle, Cantrill og Noyce, 2001). Det er ikke riktig å la være å gi smertestillende fordi man ikke vet grunnen til smerten. Dersom sykepleieren tror at pasienten har smerter, er det riktig å administrere smertestillende middel (Freeley og Gardner, 2006). Intensivpasienten kan ha en rekke tilstander som trenger sykepleie. Det er derfor nødvendig at sykepleieren foretar en prioritering. Intensivsykepleieren må håndtere mange konkurrerende prioriteringer, og smerte kan bli oversett når det blir fokusert på viktige livsfunksjoner (Kwekkeboom og Herr, 2001; Cullen et al., 2001). Det spiller også en rolle hvor pasienten er i sykdomsprosessen. Det er for eksempel vanlig praksis at intensivsykepleieren holder tilbake smertestillende før og under avvenning fra mekanisk ventilasjon, selv om dette er forbundet med smerte (Hurlock-Chorostecki, 2002).

Et annet eksempel er en studie hvor sykepleierne administrerte smertestillende oftere til pasienter som hadde fått forordnet smertestillende til faste tider og i tillegg kunne få det «ved behov», enn pasienter som bare hadde fått forordnet smertestillende «ved behov» (DeRond et al., 2000). Pasienter med kronisk smerte fikk smertestillende oftere enn pasienter med akutt smerte (DeRond et al., 2000). For å danne seg et bilde av pasientens smerte baserer sykepleieren seg på pasientens vitale tegn, oppførsel og demografiske karakteristika. Sykepleieren antar at pasientens vitale tegn er et sikrere mål for pasientens smerte enn hans verbale uttalelse om sin smerteerfaring (Puntillo, Miaskowski, Kehrle, Stannard, Gleeson og Nye, 1997). Sykepleieren ser på pasientens respirasjonsfrekvens som en sikker indikator for pasientens respiratoriske tilstand, og dersom en pasients respirasjonsfrekvens er stabil, men lav, vil ikke sykepleieren gi mer analgetika (Chuk, 1999).

Sykepleierens bakgrunn påvirker administrering av smertestillende

Gjennomgang av ulike studier viste at karakteristika ved sykepleieren kan påvirke smertevurderingen. Slike karakteristika kan være: antall år i relevant praksis, alder, jobbtilfredshet, utdannelse, kjønn, område for klinisk praksis, kulturell bakgrunn og skiftarbeide (Hazelett et al., 2002; Manias et al., 2002; Hurlock-Chorostecki, 2002). Én studie

viste at ingen av disse variablene ga noe signifikant utslag på smertevurderingen, unntatt der pasient og sykepleier hadde ulik etnisk bakgrunn. Alder og utdanningsnivå hadde ingen betydning for mengden av smertestillende som ble gitt (Hazelett et al., 2002). Sykepleieren må gjøre en nøyaktig klinisk vurdering for å avveie administrasjon mot pasientens hemodynamiske og respiratoriske tilstand, medisinske mål og ønsker fra pasienten og hans familie (Manias et al., 2002).

Beslutninger bedres med erfaring. Erfaring skaper en referanseramme for sykepleierne, som gjør at de raskt kan identifisere problemer og analysere dem i relasjon til tidligere situasjoner (Hurlock-Chorostecki, 2002; Andersen, Greve-Isdahl, Meberg og Jylli, 2007). Erfarne intensivsykepleiere vurderte ikke smerteintensiteten hos pasienten som annerledes enn sine mindre erfarne kolleger, men de ville gi mye mer morfin enn de mindre erfarne (Hazelett et al., 2002). Sykepleiebeslutningene ble dessuten påvirket av faktorer som personlig kunnskap og evnen til å balansere intervensjon og sykepleieferdighet (Hurlock-Chorostecki, 2002). Sykepleierens oppfatning av smerten kan være basert på deres egen kunnskap, tidligere erfaring med smerte og typen operasjon pasienten har gjennomgått (Manias et al., 2002). Dersom det er manglende forståelse for hvordan smerte skal vurderes og manglende kunnskaper om farmakologien som vedrører smertestillende midler, kan situasjoner som ser enkle ut, lett misforstås og føre til at en trekker feil konklusjoner om en pasient. Sykepleiere som har fått inadekvat eller utilstrekkelig utdanning i smertekontroll, er ofte ikke klar over at de har manglende kunnskaper (McCaffery og Beebe, 1998). Om ikke sykepleiere selv oppfatter at de mangler kunnskaper, ferdigheter eller ressurser, vil intervensjoner rettet mot å bedre dette ha lite for seg (Nash, Edwards og Nebauer, 1993). Mange av deltakerne i en studie som hadde som mål å forbedre smertebehandlingen på en amerikansk intensivavdeling, hadde problemer med å godta at smertebehandlingen ved avdelingen ikke var god nok (Caswell et al., 1996).

Det er i ulike studier hevdet at sykepleiere har mangelfull kunnskap om medikamentell smertebehandling (Gray, 1999; Bird og Wallis, 2002). I en norsk studie pekes det på mangelfull smertevurdering og manglende kunnskaper om effekt og virkemåte av behandlingen (Andersen et al., 2007). Ifølge amerikanske retningslinjer skal dosen av smertestillende middel justeres inntil tilfredsstillende smertekontroll er oppnådd (Hazelett et al., 2002). Studier fra kirurgisk avdeling viser at kunnskapen om generelle farmakologiske

prinsipper generelt var grei nok hos sykepleierne, men det var manglende kunnskap om prinsippene for profylaktisk bruk av analgetika, nærmere bestemt at smerte forebygges ved at analgetika gis før smerten kommer tilbake igjen (Schafheutle et al., 2001; DeRond et al., 2000). Det er vist en signifikant sammenheng mellom sykepleierens vurdering av smerte og den dosen morfin hun gir (Hazelett et al., 2002). Utilstrekkelig smertebehandling kan skyldes blant annet at smerten blir undervurdert (Chuk, 1999). Når 71 leger og sykepleiere ble bedt om å indikere på en visuell analog skala fra 0 til 10, hvor smertefullt de trodde omskjæring var, viste det seg at svarene hadde stor spredning. Nitten trodde inngrepet var omtrent smertefritt, mens 21 trodde det var ekstremt smertefullt (Hamers et al., 1998). Dette understreker hvor viktig det er at sykepleieren gjør en grundig vurdering av pasientens smertestatus. Et annet eksempel er at helsepersonell ofte forventer at den postoperative smerten etter en operasjon i for eksempel galleblæren eller skjoldbruskkjertelen, vil være moderat til sterk i 1-2 dager for så raskt å bli svakere eller forsvinne helt i løpet av 3-4 dager. En undersøkelse av 88 pasienter på en typisk postoperativ avdeling avslørte at hos 31 % av pasientene vedvarte smertene ut over den fjerde dagen på grunn av komplikasjoner utilstrekkelig administrering av analgetika for dette (McCaffery og Beebe, 1998).

En annen mulig årsak til at sykepleiere holder tilbake smertestillende, slik det er påvist i flere studier, er frykten for mulige bivirkninger (Puntillo, 1990; Chuk, 1999; Hamers et al., 1998; Paul, Silka, Mendel, Roth og Geidermann, 2002). I en studie av Puntillo viste det seg at sykepleiere holdt tilbake smertestillende eller administrerte lavere doser fordi de var redde for mulige bivirkninger, som hemodynamisk og respiratorisk påvirkning eller avhengighet (Puntillo, 1990). Sykepleiere frykter at opiatindusert respirasjonsdepresjon skal oppstå som en bivirkning av smertestillende midler. Én av årsakene til utilstrekkelig smertebehandling kan være at faren for respirasjonsdepresjon er overvurdert. I tillegg frykter sykepleiere avhengighet som en bivirkning av morfin. Chuk (1999; Redmond, 1997) hevder at dette er overdrevet. Avhengighet etter analgetikabruk på sykehus forekommer svært sjeldent: I en studie ble det vist at bare fire av 11 882 pasienter ble avhengige etter behandling med analgetika. Det kan derfor sees på som ukorrekt å holde tilbake adekvat smertebehandling på grunn av en teoretisk mulighet for avhengighet (Hamers et al., 1998; Redmond, 1997). Andre foreslåtte grunner til at smertebehandling blir holdt igjen, er mulig maskering av primære symptomer eller fare for fysiologiske konsekvenser av opioider som hypotensjon, kvalme og oppkast, forandret mental status, urinretensjon og konstipasjon (Paul et al., 2002).

Den kontekst sykepleie utøves i påvirker administrering av smertestillende

Beslutningsprosessen skjer i en kontekst, altså i en bestemt situasjon og på en bestemt avdeling. En del av konteksten er kulturen på avdelingen. Kulturen på en intensivavdeling er definert av interaksjonen mellom sykepleieren, kollegaer, pasienten og familien. Kulturen på en intensivavdeling er dermed skapt av interaksjonen mellom ansatte i et hektisk miljø med konkurrerende krav til behandling av kritisk syke pasienter med flere og komplekse fysiologiske tilstander som er livstruende (Cullen et al., 2001). Dessuten spiller det en rolle om smertebehandling er en prioritert oppgave for leger og sykepleiere på avdelingen (Paul et al., 2002). Det er viktig at det er tydelig på avdelingen at den enkelte sykepleier har et ansvar i forhold til smertebehandlingen (Manias et al., 2002). Generelt kan man si at jo større ansvar man oppfatter at man har for smertebehandling, desto sterkere intensjoner vil sykepleieren ha om å utføre de vurderinger og handlinger som er nødvendige for god smertebehandling (Nash et al., 1993; Wild, 2001). I andre studier er det vist at når det gjaldt smertebehandling var det et gap mellom hva sykepleier sa hun gjorde og hva hun faktisk gjorde. Når dette gapet var stort, viste det seg å være en barriere for adekvat smertebehandling. Dette gapet syntes å være mindre i de tilfellene hvor sykepleierne tok en aktiv rolle for å møte pasienter med smerter. Derved økte muligheten for bedre smertebehandling (Dihle, Bjølseth og Helseth, 2006).

I studien til Manias et al. (2002) kunne det være et betydelig tidsrom mellom pasientens etterspørsel etter smertestillende og mottak av dette, fordi sykepleier ble avbrutt av andre arbeidsoppgaver, som administrering av antibiotika, besvaring av telefoner, assistering av sykepleierstudenter og leting etter utstyr. Når sykepleieren var opptatt med disse arbeidsoppgavene, var de ikke i stand til å ta seg av pasientens behov for smertestillende og andre behov (Manias et al., 2002). Andre studier viser dessuten at sykepleiere er mindre sensitive overfor smerteproblematikk når smertebehandling kommer i konkurranse med andre nødvendige prosedyrer (Stenger et al., 2001). En annen barriere for smertebehandling er sykepleierens forsøk på å oppfylle konkurrerende krav fra andre sykepleiere, leger og pasienter. Avbrytelser fra kolleger var det som forstyrret sykepleieren mest i den tiden som skulle brukes på identifisering og behandling av smerte (Manias et al., 2002).

I en studie av Schafheutle et al. (2001) svarte en tredjedel av sykepleierne at de oppfattet smertebehandlingen ved sin kirurgiske avdeling som suboptimal. Når sykepleierne ble spurt

om hva som var grunnen til dette, var det flere faktorer som ble påpekt. De fleste svarte at det var mangel på tid, mangel på personale og økt arbeidsbyrde. En tredjedel mente at det var mangler ved forordningen av analgetika. Sykepleierne sa at de oppfattet analgetikaregimene som inadekvate eller ikke effektive. De mente også at medisinsk personell ikke var villige til å diskutere forordningen av analgetika eller endring av regimet. Mange mente også at det var vanskelig å få tak i medisinsk personell om endringer måtte gjøres. En mindre gruppe mente at kravet om at en annen sykepleier skulle dobbeltsjekke medisineringen, innvirket negativt på administreringen av smertestillende (Schafheutle et al., 2001). I en studie av Wild (2001) pekte sykepleiere på sin frustrasjon over at de mente å ha for lite å si i forhold til utvikling av smerteregime. De følte seg kraftløse overfor legen når de mente at noe ved smerteregimet burde bli endret (Wild, 2001). Mange steder der pasienter med smerter blir behandlet, finnes det ingen standardisert registrering av smertebehandlingen. Det finnes heller ingen systematisk metode for å registrere alle smertelindrende tiltak for den enkelte pasient, og om disse tiltakene har vært trygge og effektive. Da er det ikke lett for sykepleier å finne frem til informasjon om problematiske smertetilstander og mulige måter å løse dem på, og heller ikke lett å formidle slik informasjon raskt til andre sykepleiere, samt sikre at smertestatus får kontinuerlig oppmerksomhet (McCaffery og Beebe, 1998; Kwekkeboom og Herr, 2001). Det er blitt hevdet at det ikke er nye teknikker som trengs for å bedre smertebehandlingen, men at det er nødvendig med en organisering som legger til rette for smertebehandling. I tillegg øke kompetansen hos sykepleiere og leger sammen, slik at de sammen ser utfordringene (Leykin,Pellis, Ambrosio, Zanette, Malisano, rapotec og Caseti, 2007). Helsepersonell som gjerne får påfyll av kunnskap om smertebehandling, har høyere kunnskap om den og har høyere grad av positive holdninger i forhold til smertebehandling (Edwards, Nash, Yates, Walsh, Fentiman, McDowell, Skerman og Najman, 2001).

Det er liten kunnskap om sykepleiers beslutningsgrunnlag ved vurdering av medikamenter som skal gis «ved behov». En av grunnene kan være mangelfull dokumentasjon av denne type vurderinger ved administrering av analgetika (Gray, 1999; Nash et al., 1993). Dårlig dokumentasjon av smertebehandling kan derfor være en grunn til at behandlingen ikke blir optimal (Gray, 1999). Det har vært gjort forsøk med å bruke protokoller ved administrering av smertestillende. Første trinn og et viktig element av effektiv smertebehandling, er sykepleierens vurdering av pasientens situasjon og pasientens smertestatus (Nash et al., 1993; Kwekkeboom og Herr, 2001). Effektiv håndtering av smerter kan bare oppnås ved nøyaktig

smertevurdering. Dette er vanskelig når pasienten er kritisk syk, fordi han ofte er ute av stand til å kommunisere på grunn av intubasjon og/eller sedasjon. Sykepleiere stoler derfor på oppførsel og fysiologiske indikatorer for å fastslå om pasienten har smerter. Men disse tegnene kan være tilstede i situasjoner både med og uten smerte, og dette kan være et argument for å bruke systematiske vurderingsverktøy (Blenkharn, Faughanan og Morgan, 2002). Det er blitt anbefalt å bruke en skala som heter, visuell analog skala (VAS), og pasienten skal da ikke ha, for eksempel, en høyere smertescore enn tre på VAS (Arner, 1992). Funn basert på vitale tegn, som er gjort i forbindelse med vurdering av smerter, skal imidlertid vurderes som ikke sikre og skal derfor brukes med forsiktighet (Arbour og Gelinas, 2010).

Et annet argument for bruk av systematiske vurderingsverktøy er at det er vist sykepleiere antar at pasientene har mindre smerter enn de faktisk har (Nash et al., 1993). Identifisering av smerteintensitet og behov for intervensjon fører ikke automatisk til handling.

Kartleggingsverktøy for smerte er effektive når det gjelder å anslå og dokumentere smertegraden hos den individuelle pasienten, men det har ikke forandret hvordan smerter blir håndtert. Smertebehandlingen er ikke bedret selv om en mer systematisk kartleggingsmetode er blitt introdusert (Gordon og Dahl, 2003). Det kan i tillegg være behov for større kunnskap om hvordan smerter kan håndteres, og at temaet prioriteres høyere i avdelingen (Blenkharn et al., 2002). Om de som jobber i klinikken skal forandre sin rutine, trenger de å se klart et behov for å endre praksis. De har også behov for å bli vist tydelig at den endrede praksisen vil bedre pasient behandlingen. Enda viktigere må de være enig i at det er utfallet av den endrede praksisen (DeMonaco, 2000). Bruken av protokollstyrt sedasjon kan redusere varigheten av mekanisk ventilasjon, forkorte oppholdet på intensivavdelingen og på sykehuset og redusere behovet for trakeotomi hos kritisk syke pasienter med akutt respiratorisk sykdom. Suksessen med bruk av protokoll synes å skyldes at det muliggjorde raskere kliniske avgjørelser ved pasientens seng. I tillegg kan det tenkes at det påvirker ikke-planlagte ekstuberinger og nosokomiale pneumonier (Brook, Ahrens, Schaiff, Prentice, Sherman, Shannon og Kollef, 1999). En protokoll sier ikke noe om hvor relevant dosen er i forhold til smertelindring hos den enkelte pasient (Chuk, 1999). Dessverre har det vist seg at selv om retningslinjer og mandat finnes, fortsetter sykepleiere å undervurdere smerte hos pasienten (Sjøstrøm et al., 1999; Helms og Barone, 2008). Avgjørelser i forbindelse med smerter er ikke relatert til kun utdanning, retningslinjer, verktøy eller medisinerer i henhold til legens forordning, men er et resultat av en kompleks interaksjon mellom mange faktorer (Manias et al., 2002).

Mål for sykepleie påvirker administrering av smertestillende

Ut i fra et sykepleieperspektiv kan mål i kliniske situasjoner være generelle, som å fremme helse eller ivareta pasientens autonomi, og spesifikke for situasjonen, som sikring av frie luftveier eller behandling av smerte. I tillegg kan pasienten, familien, sykepleieren, kollegaer og andre ha forskjellige mål. Hvordan sykepleier oppfatter og legger vekt på forskjellige mål i vurderingsfasen, er problematiske aspekter i denne fasen (Kim, 2000). Den etiske plikten til å behandle smerte og derved hjelpe den lidende pasienten, er selve kjernen i sykepleierens profesjonelle forpliktelse (Caswell et al., 1996). Pasienter som har vært på intensivavdeling har ofte oppgitt at smerte var deres største bekymring og at smertelindring var deres høyeste ønske (Hazelett et al., 2002; Cullen et al., 2001). Intensivpasienter har oppgitt smerte som sin største frykt og den fremste årsak til søvnmangel (Puntillo, 1990). På samme tid sa pasienter i studier, at de verken forventet eller opplevde total smertefrihet under sitt opphold på intensivavdeling (Puntillo, 1990). Sykepleierne sier på sin side at noen ganger kan ikke smerte fjernes helt, eller at litt smerte ikke spiller noen rolle og av og til ikke er til å unngå (Hamers et al., 1998). I en studie hadde kun 33,7 % av sykepleierne total smertefrihet som mål. 63,5 % hadde så smertefri som mulig som sitt mål for smertebehandlingen. Alle sykepleierne la vekt på at det ikke alltid var mulig å oppnå smertefrihet. På den annen side sa 85 % av sykepleierne at pasientene ikke skulle oppleve smerte mellom to doser analgetika, og så mange som 84 % av sykepleierne var enige i at pasientene hadde rett til å forvente total smertefrihet (Schafheutle et al., 2001).

Oppsummering

I denne studien brukes Kims modell om vurderings- og handlingsfaser i sykepleiepraksis, som en del av den teoretiske rammen. Kim hevder at sykepleiepraksis påvirkes av faktorer relatert til pasienten, omgivelsene, sykepleieren selv og de rammene som sykepleie utøves innenfor. Sykepleieren må dele sin oppmerksomhet mellom pasientens spesifikke problemer og pasienten som menneske. Sykepleiere har ulike oppfatninger om hva som er en god sykepleiestandard og hvilke forpliktelser sykepleier har. Målene for sykepleie er generelle, som å fremme helse, og situasjonsspesifikke, som sikring av frie luftveier. Sykepleiemidler er metoder, tiltak og intervensjoner som er aktuelle og typiske for sykepleieutøvelsen. En siste faktor er praksissituasjonens kontekst. Både miljøet og meningene om miljøet, verdistrukturer, kultur og roller er eksempler på aspekter ved miljøet som sykepleier skal

gjøre sine vurderinger på bakgrunn av og midt oppe i. Alle disse elementene påvirker sykepleieren når hun gjør sine vurderinger om smertebehandling.

Det er knapt noe annet felt innenfor helseforskning og biomedisinsk forskning med så mange omfattende vitenskapelige publikasjoner som innenfor smerteforskning. Allikevel er smerte en vanlig opplevelse for en intensivpasient. Smerte er relatert til selve akuttsituasjonen, intubering, suging, fjerning av thoraxdren og kaliuminfusjon. Undermedikasjon av smertestillende er et generelt problem, både som et resultat av legers underforordning og sykepleieres underadministrering av opioide analgetika. Beslutningsprosessen i forhold til administreringen av smertestillende til kritisk syke er en kompleks prosess.

Det er mange faktorer som påvirker beslutningsprosessen. Sykepleiers vilje til å bruke tid og krefter på å behandle en pasients smerter, er påvirket av deres oppfatning av ulike pasientgrupper. Karakteristika ved sykepleier som antall år i relevant praksis, alder, utdanning, kjønn, gir ingen signifikante utslag på vurderingen av smerteintensitet, men erfarne sykepleiere ville gi mer morfin enn uerfarne. Kunnskaper om farmakologi er generelt bra. Det kan se ut til at leger og sykepleiere generelt undervurderer smerter. Kulturen på en intensivavdeling er definert av interaksjonen mellom sykepleier, pasient, pårørende og kolleger. Denne interaksjonen påvirker sykepleier når hun gjør vurderinger i forhold til smertebehandling. Et mindretall av sykepleierne hadde den smertefrie pasient som mål. Flertallet mente at det ikke alltid var mulig å få pasienten smertefri. Flertallet av sykepleierne mente allikevel at pasienten hadde rett til å forvente total smertefrihet.

KAPITTEL 3 - BEGREPER SOM DANNER GRUNNLAG FOR STUDIEN

Dette kapitlet angår begreper som danner et fundament for studien. Begrepet smerte forklares med den mest brukte definisjonen, og det trekkes et skille mellom kronisk og akutt smerte. Deretter redegjøres det for de fire hovedtypene av smerte, og så beskrives de tre hovedgruppene av medikamenter som brukes i smertebehandling i Norge. Til slutt beskrives noen vanlige normer rundt smertebehandling.

Smerte

De to vanligste definisjonene av smerte er at «smerte kan forklares som en ubehagelig følelse forårsaket av skadelig stimulering av sensoriske nerveender», eller «at smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell erfaring fra aktuell eller potensiell vevsødeleggelse» (Mosby, 1998, s. 1186). Etter hvert er det vokst frem en erkjennelse om at smerte er noe mer enn det definisjonen beskriver, fordi smerteopplevelsen også er påvirket av individets spesifikke kontekst og meningen som tillegges smerten. Smerte er derfor et flerdimensjonalt fenomen, som blir produsert gjennom en sensorisk, følelsesmessig og evaluerende prosess hos pasienten. Pasientens individuelle respons er satt sammen av flere fysiologiske og psykologiske elementer (Manias et al., 2002; Dalton, Blau, Lindley, Carlson, Youngblood og Greer, 1999; Chuk, 1999; Gulbrandsen og Stubberud, 2005; Li og Puntillo, 2004).

Vår forståelse i dag av de ulike sider ved smerte har kommet gjennom en kunnskapsutvikling som har gitt oss teoretiske konstruksjoner eller modeller utviklet på bakgrunn av empiriske data, erfaring og klinisk forskning (Nortvedt og Nortvedt, 2003). Vi klassifiserer smerte som akutt og kronisk smerte. Akutte smerter avtar når årsaken leges, dvs. at man kan forutsi når smertene blir borte. Smertene har kort varighet, mindre enn tre måneder.

Kroniske smerter er langvarige, vanligvis tre måneder eller mer. En del av de kroniske smertene reagerer lite på tilgjengelige metoder for smertelindring (McCaffery og Beebe, 1998).

Denne studien fokuserer på akutte smerter. Grovt inndelt er det fire hovedtyper av smerter, som skal behandles ulikt. Det er nociseptiv smerte, nevropatisk smerte, psykogen smerte og idiopatisk smerte. Nociseptiv smerte er smerte som skyldes vevsødeleggelse eller fysisk

påvirkning som kan føre til vevsødeleggelse. Det er en normal reaksjon på en potensiell eller reell vevsødeleggelse (Tønnesen, 2000). Det er akutt nociseptiv smerte som man oftest står ovenfor hos en intensivpasient (Kwekkeboom og Herr, 2001). Nevropatisk smerte kjennetegnes ved at smerten oppstår på grunn av skader i nervevev, enten i sentralnervesystemet eller i det perifere nervesystemet. Nevropatisk smerte responderer oftest dårlig på konvensjonelle analgetika. Oftest får en effekt av trisykliske antidepressiver og/eller antiepileptika. Psykogen smerte defineres som smerte som har oppstått eller består uten kjent fysisk stimuli. Psykiske påkjenninger kan også gi opphav til somatisk utløste smerter i form av muskelsmerter og psykosomatiske sykdommer. Idiopatisk smerte er en samlegruppe av smertetilstander med foreløpig ukjent patogenese (Tønnesen, 2000).

I forbindelse med akutt smerte opptrer atferdsmessige og fysiologiske forandringer idet smerten setter inn hos pasienten. Dette kan være valide indikatorer på smerte hos pasienter som ikke kan kommunisere verbalt. De fysiologiske forandringene er resultat av stimulering av sympatiske og parasympatiske responser. Smerte kan derfor bli ledsaget av forandringer i de vitale tegn, som økt blodtrykk, økt respirasjonsfrekvens eller økt puls. Andre autonome responser kan være svette, blekhet eller kvalme. Disse tegnene er gjerne midlertidige og forsvinner gjerne før smerten er fjernet (Kwekkeboom og Herr, 2001; Li og Puntillo, 2004). Hos pasienter uten evne til verbal kommunikasjon, er sterke indikasjoner på smerte at pasienten rynker pannen, ynker seg, gråter, er rastløs, gnir på det smertefulle stedet, spenner musklene eller inntar en stiv kroppsholdning. Disse tegnene er vanligvis ikke langvarige. Det foregår en tilpasning både fysiologisk og atferdsmessig, noen ganger allerede etter sekunder eller minutter. Med andre ord kan pasienten ha like sterke smerter, men de fysiologiske og atferdsmessige tegnene på smerte opphører, i det minste en stund. Selv ved sterk smerte forekommer det perioder med fysiologisk og atferdsmessig tilpasning, som igjen fører til perioder med minimale tegn på smerte. Fravær av uttrykk for smerte behøver ikke bety fravær av smerte.

Andre sterke indikasjoner på at pasienter uten evne til verbal kommunikasjon, har smerter, er patologiske tilstander, for eksempel en svulst som klemmer på en nerve. Vi har kunnskaper om hvilke stimuli som vanligvis gir ubehag ved en spesiell behandling. I tillegg kan en pasient komme til å forvente smerte dersom han vet om andre som har opplevd smerte ved samme type skade. Men dette er gjetninger, og vi må hele tiden være innstilt på å revurdere

gjetningene våre på grunnlag av tilleggsinformasjon fra pasienten eller fra noen som kjenner ham, eller på bakgrunn av ny informasjon om pasientens patologi (McCaffery og Beebe, 1998).

Medikamentell smertebehandling.

Medikamenter som brukes i smertebehandling i Norge, kan inndeles i tre hovedgrupper. Den første gruppen er ikke-opioide analgetika (NSAIDs, antiflogistika). Denne gruppen består av acetylsyrelignende legemidler, pluss paracetamol og fenazon. Fellestrekk for legemidler i denne gruppen er at de virker best på smerter som har oppstått i muskel-/skjelettsystemet, visse typer hodepine samt menstruasjonssmerter. De har et tak for sin smertestillende effekt. Det er i tillegg liten variasjon av effekt ved bruk av samme dose til forskjellige pasienter. En økning av dosen gir ikke særlig økt smertelindring, men øker bivirkningene betydelig. Det medfører at det i de fleste tilfeller gis standarddoser av disse preparatene. Man oppnår ikke økt smertestillende effekt ved å gi høyere doser enn anbefalt. Utenom paracetamol og fenazon kan alle disse legemidlene føre til gastritt eller magesår. De har få bivirkninger på sentralnervesystemet. Produksjonen av prostaglandiner øker i betydelig grad ved fysiske, kjemiske og hormonelle stimuli i vevet, for eksempel ved inflammasjon. Prostaglandiner sensitiverer smertereceptorer og gir derfor senket smerteterskel. De fleste ikke-opioide-analgetika hemmer prostaglandinsyntesen. For å oppnå smertelindring trengs det en lavere blodkonsentrasjon av NSAIDs enn for å oppnå antiinflammatorisk effekt.

Den andre gruppen er opioide analgetika som virker ved å aktivisere kroppens egne smertehemmende systemer. De har effekt på en rekke smertetyper, men best effekt på nociseptiv smerte. Det er en utpreget individuell respons på medikamentene, noe som medfører store forskjeller i dosebehov fra en pasient til en annen, og behandlingen må derfor tilpasses individuelt. En felles virkningsmekanisme for sentraltvirkende analgetika er at de bindes til opioidreseptorer i sentralnervesystemet og virker smertestillende ved å øke aktiviteten i noen av de endogene smertehemmingssystemene. Det finnes flere typer reseptorer som morfinanalgetika og endogene opioider bindes til med ulik affinitet. Stimulering av de ulike reseptorene gir forskjellige effekter (Tønnesen, 2000). Det er særlig medikamenter fra gruppen opioider som brukes til behandling av intensivpasienter (McCaffery og Beebe, 1998; Shapiro et al., 1995).

Den tredje gruppen er psykotrope medikamenter. I denne gruppen finnes antidepressiva, antipsykotika, antiepileptika og angstdempende medikamenter. Trisykliske antidepressiva har en smertelindrende effekt ved en rekke smertetilstander. Smertetilstander som har vist seg å respondere på trisykliske antidepressiva er; postherpetisk nevralgi, diabetisk nevropati, tensjons - og migrenehodepine. Antipsykotika brukes i stor utstrekning ved en rekke smertetilstander, men det er manglende holdepunkter i litteraturen for at de har smertestillende effekt i doser som ikke er svært sederende. Antiepiletika brukes som smertestillende middel fordi en del smertetilstander har visse fellestrekk med epilepsi, i den forstand at de er paroksysmale og sterke. Disse medikamentene er indisert ved nevrogene smertetilstander. Dosen må tilpasses den enkelte pasient. I gruppen angstdempende medikamenter er benzodiazepiner dominerende. De kan ha en indirekte smertelindrende effekt ved nevrogene smertetyper som forverres ved psykisk stress. Dette kan skyldes at skadede nerver kan være overfølsomme for noradrenalin (Tønnesen, 2000).

Hvordan et medikament blir brukt, er sannsynligvis viktigere enn hvilket medikament som brukes. Mange smertespesialister anbefaler en aggressiv behandlingsmåte mot akutt smerte, med bruk av relativt store doser opioider ved for eksempel post-operativ smerte. Det anbefales da å bruke en tilstrekkelig dose med regelmessige mellomrom. Forebygging er hovedretningslinjen for behandling av akutt smerte. Også ved forskrivning av medikamenter «ved behov» kan det forebyggende prinsippet anvendes ved at det gis analgetika så snart smerten inntreer og før smerten kommer ut av kontroll. Forebygging bryter «smertesirkelen» og demper frykten for nye smerter (McCaffery og Beebe, 1998). Den mest korrekte indikator for smerte er pasientens egne utsagn, men intensivpasienten er ofte uten evne til å kommunisere verbalt. Pasienter som ikke kan kommunisere verbalt, bør undersøkes ved en subjektiv observasjon av smerte, som kan uttrykkes atferdsmessig ved bevegelser, ansiktsuttrykk og leie. I tillegg bør fysiologiske tegn observeres, som hjerterytme, blodtrykk, og respirasjonshyppighet. Etter at smertestillende middel er gitt bør det observeres hvordan disse fysiologiske indikatorene forandrer seg.

Det bør foreligge en smertebehandlingsplan og terapeutiske mål for hver individuelle pasient, og disse bør evalueres dersom de kliniske forholdene forandrer seg (Jacobi et al., 2002). Smerte er sjeldent statisk, og vurderingen er derfor ikke en engangsforeteelse, men foregår over tid. Å vurdere smerten er et innledende skritt mot å forstå og arbeide for pasientens mål.

Den eneste trygge og effektive måten å administrere analgetika på er å vurdere hvordan hver enkelt pasient reagerer på medisineren. Det bør brukes en dose som kontrollerer smerten slik at pasienten er fornøyd, og som samtidig gir færrest mulig bivirkninger (McCaffery og Beebe, 1998). Doseringen av smertestillende medikamenter bør altså justeres inntil tilfredsstillende smertekontroll er oppnådd (Hazelett et al., 2002). Kort oppsummert, er det to gyldne regler; all smertebehandling skal være individualisert og empirisk, og den dosen som behøves er den rette dosen (Nendick, 2000).

Intravenøs administrering gir den raskeste smertestillende virkningen, men har kortest virketid. Smertestillende virkning inntreffer etter 6-10 minutter, men varigheten av smertelindringen fra en ampulle kan være så kort som 45 minutter eller 1 time.

Administrering hver 3. – 4. time vil derfor kunne føre til at smerten inntreffer på ny før neste administrering. En kontinuerlig infusjon vil gi en mer konstant smertelindring. Det vanligste valget av medikament er morfin. I litteraturen anbefales det å starte med 2-5 mg morfin intravenøst, til voksne. Deretter bør doseringen gjentas hvert 10. minutt til smertene er under kontroll, såfremt ikke respirasjonsfrekvensen synker i uakseptabel grad. Når morfin gis på denne måten, vil den smertestillende effekten være kjent etter kort tid (McCaffery og Beebe, 1998; Shapiro et al, 1995). Når en opioiddose er fastslått å være sikker, men ineffektiv for den individuelle pasient, bør opioiddosen økes med 25 % til 50 % (McCaffery et al., 2000).

Når man ikke kan være sikker på om pasienten har smerter, er den humane tilnærmingen å behandle pasienten som om han har smerter. Dette gjelder spesielt i tilfeller der det er grunn til å anta at smerte forekommer, som rett etter et kirurgisk inngrep eller annen traume (Kwekkeboom og Herr, 2001; Feeley og Gardner, 2006). Når det gis doser på over 0,5 mg morfin i.v. kan imidlertid respirasjonsdepresjon oppstå som et resultat av overdosering. Det er derfor viktig å overvåke pasienten etter dosering. Som en retningslinje for sikker dosering bør den tidligere responsen på en smertestillende dose vurderes før en eventuell økning av dosen. Vurderingen bør omfatte i hvilken grad dosen påvirket smerten samt pasientens bevissthetstilstand og respirasjonsstatus. Når det skal gis en bolusdose eller en vanlig dose med morfin i.v., bør det gis en lav dose (0,5 mg) inntil ønsket smertestillende er oppnådd eller uakseptable bivirkninger oppstår. Den dosen sykepleier har tenkt å gi, bør fastsettes på grunnlag av pasientens respons på tidligere doser. Dersom doseringen av analgetika ved kontinuerlig infusjon ikke er tilstrekkelig til å hindre sterk smerte, skal den økes til en dose

som er tilstrekkelig til at smerten ikke kommer tilbake. Det er lettere å forebygge sterk smerte enn å fjerne den. Når pasienten opplever sterk smerte, er det vanskelig å kontrollere den med opiatet uten at det oppstår bivirkninger i tillegg, som trøtthet. Smertebehandling omfatter så mange faktorer som må samordnes for et godt resultat, at det er hevdet at titrering av morfin i.v. er like mye en kunst som en vitenskap (Chuk, 1999).

KAPITTEL 4 - DESIGN OG METODE

Her presenteres en oversikt over de sentrale elementer i forskningsprosjektet og den overordnede plan for å finne svarene på forskningsspørsmålene. Dette kapitlet om studiens design viser hvilket mønster forskningsprosessen fulgte (Holter og Kalleberg, 1996).

Design

I denne studien ble det valgt å bruke et utforskende design. Det betyr at det ble valgt en åpen struktur, en åpen tilnærming og en fleksibel plan for gjennomføringen av studien (Fagermoen, Nord, Hanestad og Bjørnsborg, 1998). Studien har en åpen problemstilling, og det kvalitative forskningsintervjuet ble valgt som metode fordi åpenheten er et fortrinn (Kvale og Brinkmann, 2009). Kvalitative metoder har som mål å avdekke deltagerens egne oppfatninger, meninger, motiver og tenkemåter (Holter og Kalleberg 1996). Det ble brukt et halvstrukturert kvalitativt forskningsintervju, som ga studien fleksibilitet på grunn av muligheten til å benytte seg av innsamlede data og utvikle nye spørsmål underveis for å skaffe ny innsikt. Typisk for utforskende design er at det i hovedsak brukes til å oppdage eller identifisere et problem. Designet er også akseptabelt dersom problemet er identifisert, men det er lite litteratur på området (Fagermoen et al., 1998).

Gjennomgangen av forskningslitteraturen viste at måten man idag administrerer smertestillende ved behov, ikke er tilfredsstillende. I tillegg fantes det hull i eksisterende kunnskap, særlig i forhold til hvordan intensivsykepleiere gjør sine vurderinger. Dette utgjorde studiens problemkompleks som skulle klarlegges.

Problemstillingen var derfor avgjørende for design og datainnsamlingsmetode som ble valgt for denne studien (Fagermoen et al., 1998; Holter og Kalleberg 1996).

Utvalget

Utvalget besto av 11 kvinnelige intensivsykepleiere som var fast ansatt på tre ulike intensivavdelinger. For å få adgang til utvalget ble følgende prosedyre gjennomført: Det ble tidlig tatt kontakt med ledelsen ved tre tilfeldig valgte, intensivavdelinger på tre ulike sykehus på Østlandet. Etter telefonisk kontakt med avdelingsleder, ble en skriftlig henvendelse rettet til avdelingsleder, leder for sykepleietjenesten og seksjonsleder, med forespørsel om å

gjennomføre en studie blant intensivsykepleierne ved intensivavdelingen (vedlegg 1).

Informasjon om studiens tema og formål ble gitt til avdelingssykepleier skriftlig og muntlig.

Det ble også gjort oppmerksom på at det skulle brukes lydopptaker under intervjuene. Etter positivt svar med tillatelse til å benytte avdelingen som datainnsamlingsfelt (vedlegg 2) og tillatelse fra NSD, kunne jeg gå videre med studien. Inklusjonskriteriene var at sykepleierne skulle være ferdig utdannet intensivsykepleiere og fast ansatt ved avdelingen.

Avdelingssykepleier ble spurt om han/hun kunne være behjelpelig med å finne aktuelle respondenter etter inklusjonskriteriene.

Inklusjonskriteriene ble valgt fordi det var avgjørende at respondentene hadde egen erfaring med å gi smertestillende til intensivpasienter og derfor kunne bringe verdifulle data til undersøkelsen. Ferdig utdannede intensivsykepleiere ble valgt fordi det er de som har den beste forutsetningen for å administrere smertestillende til intensivpasientene, siden de har spesialisert seg i sykepleie til den kritisk syke pasienten. De hadde vært ansatt en stund ved avdelingen, og dataene er derfor forankret i intensivsykepleiernes egen hverdag. Dataene gir en beskrivelse av de vurderingene som gjøres på deres arbeidsplass før analgetika gis ved behov til intensivpasienter som ikke kan kommunisere verbalt.

Ved å bruke flere intensivavdelinger ville den totale mengden med data bli generell nok til at den ga mer enn en ren beskrivelse av en spesifikk arbeidsplass (Holter og Kalleberg, 1996). Utvalget på elleve intensivsykepleiere er et tilfredsstillende antall, siden generalisering ikke er studiens hensikt (Kvale og Brinkmann, 2009; Fagermoen et al., 1998). I metodelitteraturen påpekes det at man skal ha det nødvendige antall respondenter til at man finner ut det man trenger å vite. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at dagens intervjustudier ofte har fra 5 til 25 respondenter. Denne studien har 11 respondenter, som var tilstrekkelig til å gi et bilde av sykepleiers beslutningsgrunnlag.

Metode for datasamling

I denne delen av kapitlet gis det en fremstilling av intervjuguiden, prøveintervjuet og hvordan intervjuene ble gjennomført.

Intervjuguiden

Intervjuguiden åpner med å spørre sykepleieren om hun kan fortelle om sist gang hun ga smertestillende til en intensivpasient som var ute av stand til verbal kommunikasjon. Det ideelle er korte spørsmål og lange svar (Kvale og Brinkmann, 2009). Guiden var derfor laget åpen med tanke på at respondentene skulle kunne komme med egne historier rundt tematikken. Tanken bak var at en spontan intervjuprosedyre økte sannsynligheten for at intervjupersonene ville gi spontane, levende og uventede svar (Kvale og Brinkmann, 2009). Utviklingen av lettforståelige, åpne spørsmål har vært en prosess der ulike versjoner ble diskutert med andre studenter, kolleger og veileder. Aktuell litteratur fra litteraturgjennomgangen, Kims teori for handling i sykepleie og egne erfaringer dannet grunnlaget for intervjuguiden. Den inneholdt emnene som skulle tas opp i intervjuet, samt rekkefølgen av dem (Kvale og Brinkmann, 2009), og den var semistrukturert og besto av åpne spørsmål (vedlegg 3). Intervjuguiden ble modifisert på bakgrunn av erfaringer fra foregående intervju, for å innlemme de nye elementene som respondentene trakk frem (Kvale og Brinkmann, 2009).

Prøveintervju

For å teste intervjuguiden ble det gjennomført et prøveintervju med en kollega som respondent. Hensikten var å få en tilbakemelding på hvordan spørsmålene var utformet og min håndtering av situasjonen. I tillegg var det et ønske om ikke å benytte respondenter fra de tre sykehusene, for å spare dem til et ordentlig intervju. Prøveintervjuet førte til at min rolle som intervjuer ble forandret. I prøveintervjuet var jeg redd for å påvirke respondenten og var derfor noe passiv. Dette ble forandret til en mer aktiv rolle (Kvale og Brinkmann, 2009), og intervjuet fikk raskt form av en samtale. Intervjuguiden ble noe forandret slik at det ble lagt større vekt på at sykepleierne skulle fortelle om reelle situasjoner. Det ble gjort fordi det virket som om direkte spørsmål påvirket sykepleieren i prøveintervjuet til å svare slik hun trodde intervjueren ønsket.

Gjennomføring av intervjuene

Møtet med respondentene startet med informasjon om formålet med intervjuet og om hvem jeg var og i hvilken sammenheng dette intervjuet skulle brukes. Så ble det informert om bruken av lydopptaker, før de ble spurt om de hadde noen spørsmål. Deretter leste og underskrev de informert samtykke (Kvale og Brinkmann, 2009). Etter innledende småprat, ble alle intervjuene startet med det samme åpne spørsmålet (vedlegg 3), som var om de kunne fortelle om sist gang de skulle gi smertestillende i henhold til forordning «ved behov», til en intensivpasient som ikke kunne snakke. På denne måten kunne de fortelle om en situasjon ut ifra egne erfaringer, og studien ville være åpen for nye erfaringer eller reaksjoner relatert til smertebehandling.

Etter det første intervjuet ble intensivsykepleierne gjort oppmerksomme på at titrering av kontinuerlig medisiner ble regnet som medisiner «ved behov». Intervjuguiden ble brukt som en veileder og sikret at man under studien fikk innhentet den planlagte informasjonen. Hvert enkelt forskningsspørsmål ble undersøkt ved hjelp av flere intervju spørsmål (Kvale og Brinkmann, 2009). Både rekkefølge og spørsmålsform ble endret, og nye spørsmål ble stilt underveis, som en reaksjon på respondentens svar. Hele tiden ble det søkt etter ny informasjon om hvordan intensivsykepleiere danner sitt beslutningsgrunnlag.

Senere i intervjuet ble intensivsykepleierne spurt om hva som var deres mål for smertebehandling; om det var smertefrihet eller at pasienten skulle bli så smertefri som mulig. Motivet for spørsmålet var å finne ut hva slags mål denne gruppen hadde, og om det var en sammenheng mellom mål og hvordan intensivsykepleier behandlet smerter. Det ble spurt om intensivsykepleierne trodde det var vondt å være intubert, om hva de ellers trodde var vondt for intensivpasienten, og hva de trodde var mest vondt. Bakgrunnen for spørsmålene var at det i litteraturen er hevdet at sykepleierens oppfatning av pasientens smerteintensitet, kan påvirke administreringen av smertestillende (Hazelett et al., 2002).

Ved hjelp av kroppsspråk, oppfølgingsspørsmål og stikkord bidro jeg til å holde samtalen i gang. Når jeg for eksempel hevet øyenbrynene og så spørrende ut, kom respondenten ofte med utfyllende kommentarer. På denne måten ble resultatet av undersøkelsen bredere. Det ble noen ganger stilt oppklarende spørsmål for å oppklare uklarheter i beskrivelsene av smertebehandlingen. Det er denne menneskelige interaksjonen under intervjuet som

produserer vitenskapelig kunnskap (Kvale og Brinkmann, 2009). Når oppklarende spørsmål skulle stilles, ble respondentens ord og formuleringer benyttet. Et eksempel på dette er: ”Har jeg forstått deg rett...?”. Som oftest ble spørsmål som innebar å gjenta respondentens svar, bekreftet med enkelt ”ja”. Slike tolkninger og oppfølgingsspørsmål for å kontrollere svarenes reliabilitet ble foretatt under hele intervjuet. Intervjuet tilfredsstillte dermed idealkravene om at tolkning og validering skal skje før opptakeren blir slått av (Kvale og Brinkmann, 2009).

For å få en mer detaljert beskrivelse av smertebehandlingen måtte samtalen måtte av og til styres ved hjelp av mer utdypende spørsmål. Respondentens ord ble da gjentatt med spørsmålsteget etter, for ved dette å invitere til en fordypning. Når respondenten sa for eksempel ”Jeg titrerte opp Fentanyl”, ble nøkkelordet ”Fentanyl” gjentatt, og respondenten utdypet da historien rundt dette. Dermed ble de mest betydningsfulle temaene og spørsmålene utdypet under intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2009).

Det hendte at respondenten ble spurt direkte om et konkret tema som var blitt tatt opp i et tidligere intervju, selv om temaet ikke ble nevnt i det pågående intervjuet. På denne måten ble temaene utdypet i påfølgende intervjuer. Sykepleierne hadde kanskje tidligere fortalt hva de så, men ikke hva de tenkte om det de så. Det måtte tilleggsspørsmål til for å få dette frem. Disse mer direkte spørsmålene ble utsatt til etter at intervjupersonene hadde gitt sine egne spontane beskrivelser og uttrykt hvilke sider av smertebehandlingen som var viktige for dem.

Intervjuguiden hjalp meg til å holde fokuset på tematikken, samtidig som intervjupersonene hadde en mulighet til å føre samtalen inn på andre spor (Holter og Kalleberg, 1996). Når jeg i etterkant hører på intervjuene, observerer jeg at jeg kunne vært flinkere til å holde samtalen i gang om samme tema. Respondentene viste seg å være ytterst ulike mennesker og alle utalte seg forskjellig. Det var for eksempel noen som hadde vanskeligheter med å huske en spesifikk situasjon, og de burde jeg kanskje ha klart å hjelpe bedre. De fleste husket en situasjon etter hvert. Min manglende erfaring som intervjuer er sikkert en medvirkende årsak til dette. Kvale påpeker at intervjueren selv er forskningsinstrumentet og at en dyktig intervjuer er ekspert på intervjuemnet og på menneskelig interaksjon (Kvale og Brinkmann, 2009). Som forskningsinstrument er jeg helt fersk og noen dyktig intervjuer er jeg nok ikke enda, men jeg trøster meg med Kvaless ord om at man lærer å bli en god intervjuer gjennom å intervjuer (Kvale og Brinkmann, 2009). En annen ting var at jeg lot være å stille kritiske spørsmål til

respondentene for ikke å bli oppfattet som ubehagelig, og dette har muligens gått på bekostning av dybden i materialet. Det kan hende det var situasjoner hvor det hadde vært riktig å stille kritiske spørsmål, for å teste gyldigheten og påliteligheten av det respondenten fortalte. Etersom intervjuene ble utført, vokste både min forståelse og mitt erfaringsgrunnlag. Jeg fikk inntrykk av at de siste intervjuene gikk bedre enn de tidligere, mye fordi jeg hadde en relativt god ide om hva som kom til å bli sagt i intervjuet. Det var to intervjuer hvor respondenten virket svært motvillig under intervjuet. De hadde blitt forelagt informert samtykke, som de andre, og de hadde samtykket. Da intervjuet startet virket de ordknappe og motvillige. Ved forespørsel sa de at det var greit å gjøre intervjuet ferdig. Når jeg i ettertid fikk distanse til intervjusituasjonen, oppdaget jeg at disse personene hadde viktige motforestillinger til ideer eller oppfatninger som hadde kommet frem i de andre intervjuene (Holter og Kalleberg, 1996).

Flere respondenter kommenterte at intervjusituasjonen hadde vært som å ”møte seg selv i døren”, men at det hadde vært lærerikt å reflektere over sider ved sin egen hverdag som de tidligere syntes var selvsagte. Etter at lydopptakeren var slått av og den formelle delen av intervjuet var ferdig, takket jeg respondentene for at de lot seg intervjuet og ville dele sine erfaringer.

Analyseprosessen

Analysen som er gjort i denne studien, ble ikke begrenset til kun en analyse av selve tekstmaterialet. Analysen foregikk også i intervjuene, slik som beskrevet ovenfor. Etter transkriberingen av intervjuene, ble disse lest igjennom og meningsenheter ble uthevet. Disse ble så samlet i underkategorier, som igjen ble samlet i disse sentrale kategoriene; kunnskap om og holdninger til smerter og smertestillende, erfaringens betydning for beslutninger om smertebehandling, krav og muligheter i miljøet, oppfatning av seg selv som yrkesutøver, vurdering av pasient og sykehistorie, samt oppdagelse og vurdering av kliniske funn. Disse er de sentrale funn som er gjort i denne studien, og de presenteres i neste kapittel. De transkriberte intervjuene er analysert og tolket i tre trinn. Fra intervjuene ble startet og til de forelå ferdig presentert i siste del av studien, ble intervjuene analysert i forhold til Kvaales tre ulike abstraksjonsnivåer: Selvfølgelig, der studien i en fortettet form formulerer det den intervjuede selv oppfatter som meningen med sine uttalelser. Kritisk forståelse basert på sunn fornuft, der uttalelsene tolkes i en bredere forståelsesramme enn intervjupersonens egen, der

studien blant annet stiller seg kritisk til det som blir sagt. På abstraksjonsnivået teoretisk forståelse benyttes en teoretisk ramme ved tolkningen av uttalelsene. Der blir funn diskutert på bakgrunn av litteraturfunn og teori. Denne tolkningen blir presentert i studiens siste kapittel, «Diskusjon» (Kvale og Brinkmann, 2009).

Analyse i intervjusituasjonen

Kvale hevder at hele analysearbeidet bør utføres under intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2009). I denne studien ble analyse og tolkning utført i flere trinn. Først under hvert enkelt intervju, så rett etter hvert intervju og senere ble alle intervjuene analysert og tolket igjen som en helhet. I selve intervjusituasjonen ble intensivsykepleieren bedt om å beskrive hva de tenkte og gjorde, da de administrerte smertestillende «ved behov» til intensivpasienten som ikke kunne snakke. På denne måten fortalte respondenten om selvvalgte situasjoner. Jeg kom med min tolkning ved å gjengi hva som jeg mente var sagt, med mine egne ord. Deretter spurte jeg om det var slik ment fra respondentens side. Jeg fikk da en bekreftelse eller en eventuell korrigerende mening. Meningen ble derfor både tolket, verifisert og kommunisert før opptakeren ble slått av. Slik ble resultatet et selvkorrigerende intervju (Kvale og Brinkmann, 2009), og slik ble analysen fremtredende, også under materialoppbyggingen. Det førte til at andre forklaringer ble forkastet allerede under intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2009; Kalleberg, 1996). Et lydopptak gir bare en versjon av intervjuet, separert fra konteksten. Pauser, tonefall og ordbruk blir registrert, men de visuelle inntrykk uteblir. Når jeg oppfattet at himling med øynene eller håndbevegelser kunne ha betydning for det som ble fortalt, spurte jeg om nettopp dette. Umiddelbart etter intervjuet noterte jeg meg førsteinntrykket. Flere sammenhenger ble tydelige når jeg senere hørte på intervjuene igjen. Slik ble analysearbeidet startet før jeg hadde transkribert materialet (Kvale og Brinkmann, 2009). Avslutningsvis ble hovedpunktene oppsummert. Slik fikk respondentene mulighet til å oppklare eller presisere momenter som de mente var viktig (Ryen, 2002).

Transkripsjon av intervjuene

Opptakene ble transkribert fra muntlig tale til skriftlig tekst, som ble på 248 sider. Jeg gjennomførte transkripsjonen selv. Hensikten med transkripsjonen av intervjuene var å danne grunnlag for strukturering av innholdet og klargjøre det materialet som mening skulle hentes ut fra (Kvale og Brinkmann, 2009). For ikke å miste den enkeltes særpregede måte å bruke språket på, ble intervjuene transkribert ordrett og i full tekst, med markeringer for pauser, og

eventuell latter og annet notert. Alle små ord som bandt teksten sammen, som ”ja” og ”mmmm”, ble også skrevet ned. Pausene ble markert med fortløpende prikker. Det ble valgt å skrive på bokmål. Alt ble skrevet med halvannen linjeavstand og marg for å gi plass til skriftlige kommentarer i løpet av analysen. Intervjuene ble brukt i sin helhet i analysen.

Analysering og fortolkning av data

Ved analysering av de kvalitative forskningsintervjuene ble det i dette studiet benyttet meningsfortetting. Analysemetoden ble valgt på grunnlag av undersøkelsens formål (Kvale og Brinkmann, 2009). Intervjuet ble lest gjennom for å få en følelse av helheten. Jeg prøvde å finne mønstre og eventuelle kontraster i materialet. Ønsket om å tilnærme meg materialet med størst mulig åpenhet gjorde at jeg innledningsvis forsøkte å gå inn i en slags «dialog» med datamaterialet, der jeg funderte over hva som var temaet i teksten (Kvale og Brinkmann, 2009). Det ble stilt følgende spørsmål «til» teksten: hva sier intervjupersonene om hvilke erfaringer de har med å gi smertestillende ved behov til intensivpasienter? I intervjuteksten fant jeg frem til kategorier av prosesser, begivenheter eller atferdsmåter, som enten var betydningsfulle ved at de gikk igjen i materialet og sto i sammenheng med hverandre, eller ved at de var viktige i forhold til min interesse for visse teorier.

De naturlige ”meningsenhetene” ble merket i teksten. Meningsenhetene ble trukket ut og plassert i marginen. Så ble temaet som dominerte den naturlige meningsenheten, uttrykt så enkelt og klart som mulig. Lange setninger ble komprimert til kortere setninger, hvor den umiddelbare mening i det som var sagt ble gjengitt med få ord. Meningsfortettingen ble dermed rett og slett en omformulering og forkortelse av uttalelsene fra intensivsykepleierne (Kvale og Brinkmann, 2009). Teksten besto til slutt av små enkeltfortellinger.

Meningsenhetene ble så systematisert. Det ble valgt tekst fra ulike steder som så ut til å handle om det samme temaet, for å se dem i sammenheng med hverandre (Holter og Kalleberg, 1996). Meningsenhetene som naturlig kunne settes i sammenheng med smertebehandling, ble merket med egne koder. Kodene viste hva de ulike meningsenhetene omhandlet og gjorde det mulig å systematisere meningsenhetene, først innenfor hvert enkelt intervju og så ved å slå sammen meningsenhetene i de ulike intervjuene. Slik ble materialet konstruert i de kategoriene som kom frem i prosessen. Abstraksjonsnivået var fremdeles på intervjupersonens selvforståelse (Kvale og Brinkmann, 2009).

Tabellen nedenfor viser hvordan meningsenhetene ble hentet ut.

1.

<p>”Altså når pasienten ikke kommuniserer, så blir det på en måte vanskelig da må jeg jo prøve å ta det på: hud, hvordan om den er fuktig klam om pasienten har høy puls, om den plutselig har blitt veldig mye høyere enn den har vært. At blodtrykket er høyere at pasienten på en måte virker stressa da at han rynker panna sånn”.</p>	<p>Jeg fokuserer på non-verbale tegn til smerte hos pasienter som er uten evne til å snakke.</p>	<p>Fokuserer på kliniske tegn hos non-verbale pasienter.</p>
<p>”Det kommer jo an på hvor vondt jeg føler at pasienten har det. Føler jeg at pasienten virkelig har vondt, så på en måte forter jeg meg og kanskje bruker kortere tid mellom hver gang enn hvis det ser ut som pasienten ikke har så vondt”.</p>	<p>Jeg skynder meg mer med å gi smertestillende, og gir det oftere om jeg tror at pasienten har veldig vondt.</p>	<p>Antakelse om mye smerte medfører raskere administrering av smertestillende.</p>

Etter dette beveget studien seg til Kvaales nivå for kritisk forståelse basert på sunn fornuft.

Under kapitlet «Funn» kommer den kritiske forståelsen basert på sunn fornuft til syne ved at ulike tolkningsmuligheter av utsagnet presenteres. Tolkingen gikk her lengre enn til en

omformulering eller fortetting av intervjupersonens selvforståelse, men den ble holdt innenfor rammen av det som kan betraktes som en allment fornuftig tolkning. På dette nivået ble meningen bak uttalelsen vurdert. I denne fasen stilte jeg spørsmålene: Hva handler dette om? Hva er dette et uttrykk for? Hensikten var å få en dypere forståelse av fenomenet smertebehandling og å ikke stanse ved de rene beskrivelsene.

Spørsmålene ble i utgangspunktet stilt på grunnlag av de fortattede meningsenhetene, men jeg oppdaget raskt at jeg stadig valgte å gå tilbake til intervjuene i sin helhet igjen. Denne prosessen der jeg gikk fra deler til helhet og omvendt, var en lang og krevende periode som til slutt endte med at ulike meningsenheter som omhandlet lignende tematikk ble abstrahert og generalisert under flere kategorier. Kategoriene er således bygd nedenifra og opp. Denne tilnærmingen hindret meg i å lete etter data som kunne bekrefte allerede bestemte kategorier (Ryen, 2002).

I det siste trinnet ble meningsenheten undersøkt i lys av studiens spesifikke formål. Her oppnås teoretisk forståelse i henhold til Kvaless analyseprosess. Tolkningen går her lenger enn til intervjupersonens selvforståelse og tolkning basert på fornuft. I studiens siste kapittel «Diskusjon» er kategoriene sentrert rundt svar på studiens forskningsspørsmål. I samme kapittel fortolkes funn som besvarer forskningsspørsmålene i lys av studiens teoretiske perspektiv og forskningslitteraturen (Kvale og Brinkmann, 2009). På denne måten løftes data opp fra det rent beskrivende til en mer teoretisk, nyskapende og allment interessant analyse, noe som forutsetter distansering og abstrahering. Denne prosessen ble gjennomført med teoretiske redskaper (Holter og Kalleberg, 1996). Disse er presentert i kapitlene om teoretisk ramme og litteraturfunn. I metodekapitlet blir det forklart hvordan Kvaless metoder er brukt for å få dette til. Studiens analyse er gjort innenfor en teoriramme som gjør det mulig å studere det allmenne i det særegne og det særegne i det allmenne. For at leser av studien skal klare dette, er teoretiske forutsetninger og litteraturfunn presentert for leseren i kapitlet «Teoretisk ramme for studien».

Studieanalysen har medført en utvikling av intervjuerens mening (Kvale og Brinkmann, 2009 Holter og Kalleberg, 1996) ved at studien har hentet frem intervjupersonens egenforståelse, og har presentert nye perspektiver på hva som er intensivsykepleierens beslutningsgrunnlag.

Etiske overveielser som er gjort i denne studien

I studien ble det tatt etiske avgjørelser gjennom hele forskningsprosessen, fra utforming av problemstilling til rapportering av funnene. Derfor blir dette bare en skissert fremstilling av hvilke etiske overveielser som er gjort. Det ble avklart sammen med veileder at det ikke var nødvendig å melde studien til Regional etisk komité. Siden intervjuene skulle tas opp på bånd og omgjøres til tekst som skulle benyttes i en analyseprosess, var det nødvendig å søke Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) om tilgang til forskningsfeltet. Prosjektplan og søknad ble sendt til NSD. Etter NSDs godkjenning av prosjektbeskrivelsen, ble arbeidet med å finne aktuelle respondenter startet.

Kvale og Brinkmann (2009) redegjør for tre sentrale områder for etiske overveielser i forskning: ”informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser”. Utvalget i denne studien er intensivsykepleiere som er kompetente til å gjøre et informert samtykke. Et skriftlig informert samtykke ble utdelt til sykepleierne som deltok i studien. (Vedlegg 2. Slik ble respondentene informert om studiens overordnede mål, om hovedtrekkene i prosjektplanen og om mulige fordeler og ulemper ved å delta i forskningsprosjektet. Det ble presisert at de selv kunne velge om de ville delta i studien eller ikke og at de kunne trekke seg når som helst under studien uten at det ville medføre noen konsekvenser for dem. Skrivet ble delt ut personlig rett før intervjuet, og i tillegg ble de viktigste punktene understreket muntlig. Dette ga deltakerne mulighet til å stille oppklarende spørsmål. Mitt navn og telefonnummer ble oppgitt, så jeg kunne kontaktes senere dersom det oppstod eventuelle uforutsette hendelser under eller etter intervjuet. Alle samtykkeerklæringene ble oppbevart innelåst og utilgjengelig for andre.

Kvale og Brinkmanns (2009) andre forskningsetiske aspekt er kravet om konfidensialitet. Konfidensialitet i forskningen medfører at studien ivaretar personens integritet ved å ikke offentliggjøre personlige data som kan avsløre intervjupersonens identitet. Respondentene ble anonymisert ved at det ikke ble benyttet navn på personer eller sykehus under intervjuene. Og i presentasjonen av funn legges det vekt på å ikke benytte data fra enkelthendelser som kan føre til identifisering av respondentene. Lydbåndene er kodet og har til enhver tid vært innelåst når de ikke har vært i bruk. Etter at studien er fullført vil datamaterialet bli slettet.

Det tredje aspektet som er vurdert, er en mulighet for negative konsekvenser for respondenten, så vel som forventede fordeler, ved deltakelse i studien. Spørsmål om administrering av smertestillende kan være et følsomt tema og kan oppleves belastende, men også berikende for respondentene. I intervjusituasjonen påvirker forskeren intensivsykepleierne, og kunnskapen som produseres i intervjuet påvirker samfunnets syn på intensivsykepleiere som gir smertestillende. Av den grunn er det skriftlige bakgrunns materialet gjennomgått kritisk gjentatte ganger, og det er vektlagt å ikke fremstå som normativ, men analytisk i fortolkningen. Kunnskapen er verifisert ved kontrollspørsmål under intervjuene. Det eventuelle ubehaget som intensivsykepleierne følte i forbindelse med studien, må sees i sammenheng med den muligheten studien gir til bedre smertebehandling hos intensivpasienter (Kvale og Brinkmann, 2009).

Egen førforståelse

Jeg har i flere år arbeidet som intensivsykepleier ved en intensivavdeling. I tillegg har jeg selv vært intensivpasient ved to anledninger. Det har medført to ufrivillige avbrudd i studien og at jeg har måttet gå igjennom materialet to ganger, og derved har fått sett på det med nye øyne. Jeg oppfatter meg selv som godt kjent med språkbruk, rutiner og maktstrukturer på en intensivavdeling, og har en bredere forståelse av problemene rundt studiens tema enn om jeg bare hadde forholdt meg til dem på bakgrunn av litteratur og teoretiske studier. I tillegg valgte jeg å lese meg opp på forskningslitteratur rundt temaet for studien. Kvale og Brinkmann (2009) hevder at det er en nøkkelfaktor å ha en begrepsmessig og teoretisk forståelse av for eksempel smertebehandling, før det første intervjuet, slik at det dannes et grunnlag for tilføyelse og integrasjon av ny kunnskap. En aktiv bruk av min førforståelse preger denne studien, på samme måte som førforståelse preger kvalitativ forskning for øvrig. Mine egne teoretiske oppfatninger og praktiske erfaringer har hatt en åpen plass i denne prosessen (Holter og Kalleberg, 1996; Kvale og Brinkmann, 2009), både ved utarbeidelse av problemstilling og intervjuguide og under gjennomføring av intervjuene. På bakgrunn av min førforståelse oppnådde jeg gode samtaler med respondentene. Jeg prøvde imidlertid å unngå at førforståelsen skulle prege mine spørsmål for mye. Det vil si at spørsmålene var åpne, og jeg spurte respondenten om jeg hadde tolket svarene slik de var ment.

Kvalitetsvurdering av studien

Studien er vurdert opp mot kvalitetsbegrepene validitet og reliabilitet. Studien forholder seg til Kvale og Brinkmanns (2009) begreper, da det er deres analysenivåer som benyttes. Innen kvalitativ forskning kan man bruke begrepene validitet og reliabilitet som innen kvantitativ forskning, men man må forandre innholdet i begrepene slik at de blir relevante (Kvale og Brinkmann, 2009). I dette studiet henger validitet og reliabilitet sammen og er sentrale begreper for å vurdere om studien og dens intervjuer gir en god kartlegging av hvordan intensivsykepleiere danner sitt beslutningsgrunnlag.

En viktig side ved en intervjuundersøkelse er reliabilitet. Det handler om kravet til nøyaktighet i hvordan målingen er utført og om dataene er pålitelige (Kvale og Brinkmann, 2009). Spørsmålet gjelder hvorvidt dataene som samles i intervjuene, har relevans for problemstillingen. Gir spørsmålene som stilles til intensivsykepleierne, svar på hvilket beslutningsgrunnlag de tar sitt valg på? Forhold som påvirker studiens reliabilitet oppstår både under selve intervjusituasjonen, ved transkribering og i analyse- og tolkningsprosessen (Kvale og Brinkmann, 2009). Studiens validitet og reliabilitet er fortløpende og implisitt omtalt under kapitler som omhandler intervju, transkripsjon og analysestadiet. Grundig arbeid innledningsvis i studien, der jeg stilte spørsmål om hva som kunne være et aktuelt tema å undersøke, hvorfor temaet var relevant og hvordan studien kunne gjennomføres, er nok medvirkende til at forskningsspørsmålene har bidratt til å besvare studiens problemstilling. I etterkant er det sett at flere direkte avklarings spørsmål kunne sikret større grad av reliabilitet av forskningsfunnene. Dette er nok en følge av at jeg var redd for å presse respondentene i forbindelse med følsomme temaer, og at jeg ikke alltid så spørsmålene som burde vært stilt. I tillegg har jeg hele tiden forsøkt å ha et kritisk blikk på egne antakelser og egen forståelse og vært bevisst på faren for at den skulle overskygge empirien.

Validitet gjelder spørsmålet om hvorvidt data er relevante i forhold til problemstillingen, i dette tilfellet hvorvidt en intervjustudie undersøker det den er ment å skulle undersøke (Kvale og Brinkmann, 2009). Validering foregår i alle stadiene i intervjuundersøkelsen, ved kontroll av utvalget, under intervjuet og i den tolkningen som er gjort etterpå. Ved dette er det større mulighet for at de enkelte deler i en forskningsprosess forholder seg til hverandre slik at det oppnås en indre logikk (Kvale og Brinkmann, 2009). Validitetskriteriet har hatt en sentral plass gjennom hele forskningsprosessen og har vært diskutert gjennom alle stadier av studien, og det er gjort bestrebelser på å gjøre dette synlig. Det ble diskutert i forhold til feltet

kunnskapen er hentet fra, og i forhold til metoden og datamaterialet. Valide svar i et intervju avhenger av at man spør riktig (Holter og Kalleberg, 1996). Intervjuguiden ble derfor utprøvd i et forintervju med en kollega. Etterpå diskuterte jeg både med intervjupersonen og veileder om spørsmålene ga svar som kunne fortelle noe om intensivsykepleierens beslutningsgrunnlag. Det er dermed forsøkt å kvalitetssikre studien, gjennom alle stadier (Kvale og Brinkmann, 2009).

I studien er det en kontinuerlig transparens og intern konsistens med samsvar mellom design, vitenskapsteoretisk ståsted, problemstilling, metodevalg, datainnhenting og analysestrategi (Kvale og Brinkmann, 2009). Validitetsvurderingen av trinnene i tolkningsprosessen kommer ikke så godt til syne i arbeidet og omtales eksplisitt. På Kvale og Brinkmanns (2009) første trinn i analyseprosessen innebærer gyldighetskontrollen i prinsippet at den intervjuede selv skal bekrefte utsagnet. Under intervjuet sammenfattet jeg derfor beskrivelser jeg oppfattet som utydelige, og gjentok dem for intervjupersonen for eventuell korrigering. Beskrivelser som jeg mente at jeg forsto, fikk ikke intervjupersonen alltid samme mulighet til å korrigere (Kvale og Brinkmann, 2009). Den mest direkte prøving av tolkningens pålitelighet får man når intervjuutskriftene forelegges respondentene eller informantene til godkjenning. Dette kan være tidkrevende, men er en forholdsvis sikker fremgangsmåte (Holter og Kalleberg, 1996). Intervjupersonene fikk ikke mulighet til å lese mine sammenfatninger av intervjuet, men som nevnt ble tolkninger forelagt respondentene under intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2009). Etter dette er analysen brakt opp et trinn på Kvales abstraksjonsnivå. Gyldighetskriteriet for Kvales andre nivå der tolkningen foretas innenfor en allmenn forståelse, er hvorvidt man kan være enig om at tolkningen er godt dokumentert og logisk. For å sikre kvaliteten på dette nivået deltok min veileder når det ble trukket meningsenheter fra tre av intervjuene. Utsagn fra intervjuene er diskutert med kollegaer og veileder. Diskusjonene har påvirket min egen refleksjon rundt fortolkningen av datamaterialet. Gyldighetskontroll på Kvales tredje analysenivå innebærer en bekreftelse av at den anvendte teorien hadde gyldighet for området. Studiens teoretiske perspektiv og hvordan dette er benyttet under fortolkning av funn, har fortløpende vært gjenstand for diskusjoner, der andre har bidratt med synspunkter. Den viktigste kvalitetskontrollen har vært tilbakemeldinger fra og diskusjoner med veileder. Dette er ikke ment som ansvarsfraskrivelse. Det er undertegnede og ingen annen som er ansvarlig for det som er skrevet i studien.

Innsamlingen av data er et resultat av samhandlingen mellom meg og de intervjuede intensivsykepleierne. Faren for ulik påvirkning av respondentene er til stede, selv om lik informasjon ble gitt etter beste evne. Det er en rekke faktorer som kan påvirke personene som intervjues. Én av dem er kontrolleffekten, som en ikke kan se bort i fra i denne studien. Spørsmålet blir da i hvilken grad respondentene bevisst eller ubevisst fordreier svarene til det de tror jeg ønsker, eller for selv å komme i et fordelaktig lys (Kvale og Brinkmann, 2009). En annen feilkilde kan være at sykepleieren ikke husker sine vurderinger helt nøyaktig. Man er avhengig av å stole på respondentene, etter å ha oppfordret dem til å svare så ærlig de kan. Under intervjuet prøver sykepleieren å huske tilbake, og dette reduserer dataenes reliabilitet. Studiet bygger på intervjuer av 11 intensivsykepleiere. En vanlig kritikk av intervjustudier er at funnene ikke er generaliserbare ettersom de involverer få personer (Kvale og Brinkmann, 2009). Fokuseringen på den enkelte sykepleier gjorde det mulig å undersøke i detalj forholdet mellom vurderinger av administrering av smertestillende og konteksten denne forekom i. Dermed kunne logikken formuleres i forholdet mellom intensivsykepleier og situasjonen, slik at det kvalitative prinsippet i studiet ble ivaretatt (Kvale og Brinkmann, 2009).

Det var på forhånd klart at svarene på åpne spørsmål til respondentene ville variere, avhengig av om sykepleieren var vant til å formulere seg i forhold til abstrakt tenkning. Derfor var mer utdypende spørsmål også nødvendige. Kvale og Brinkmann (2009) peker på at det spørsmålet som i dag oftest blir reist om intervjustudier, dreier seg om virkningen av ledende spørsmål, nærmere bestemt hvorvidt intervjuresultatet er påvirket av ledende spørsmål.

Metodelitteraturen peker på at det er et veldokumentert faktum at selv en liten omarbeiding av intervju spørsmålet kan påvirke svaret. Kvale og Brinkmann (2009) går så langt som å hevde at alle former for intervju medfører en slags påvirkning. Selv om spørsmålsformuleringen kan være med på å bestemme innholdet i svaret, glemmer man at ledende spørsmål kan være en nødvendig del av mange intervjuundersøkelser, også i denne studien. Ledende spørsmål ble stilt for å innhente informasjon som ikke var blitt belyst. Det ble da opp til intensivsykepleieren å eventuelt gi et avkreftende eller bekreftende svar. Mer ledende spørsmål ble stilt etter at intensivsykepleieren hadde svart på et åpent spørsmål. Dersom jeg hadde gjennomført intervjuene med kun åpne spørsmål uten oppklarende spørsmål til respondentene underveis i samtalen, kunne dette ha resultert i at jeg under analysen ville mangle viktige individuelle synspunkter og detaljer fra respondentene. Manglende klargjøring

av utsagnene underveis kunne altså ført til at min førforståelse ville preget analyseresultatet i alt for stor grad.

Metodelitteraturen anbefaler en bevisst utvelgelse for en best mulig spredning i utvalget med hensyn til kjønn, alder, erfaring og stilling i praksis (Kvale og Brinkmann, 2009; Nord, 1998). Utvalget ble plukket ut av avdelingsleder, men det viste seg allikevel å inneha en viss spredning med tanke på hvilket miljø de hadde sin livserfaring fra, samt yrkeserfaring og forståelse av egen rolle ved smertebehandling. Men ingen menn deltok i studien. Siden alle respondenter i denne studien er kvinner, kan kjønn være en faktor som gir begrenset overførbarhet. Kvinner og menns livssyn kan fremstå som forskjellige. Et utvalg hvor begge kjønn var representert, kunne gitt muligheter for interessante sammenligninger. Overførbarhet av forskningsresultater har alltid sine begrensninger og er avhengig av hvilken metode for utvalg som er benyttet. Førstegangskontakten med respondentene ble opprettet av avdelingssykepleier. Det kan være betenkelig at avdelingsleder gjorde dette, siden hun ubevisst eller bevisst kan ha valgt intensivsykepleiere som hun mente var spesielt egnet og som hun trodde ville uttrykke seg fordelaktig om avdelingen, og at hun kan ha utelukket dem som hadde en mer kritisk holdning. Det kan også være en fare for at hun valgte respondenter som hun likte personlig og som hadde spesielle egenskaper, for eksempel respondenter som var interessert i forskning eller oppfylte lignende kriterier. Dette kan ha ført til at resultatet av studien ikke er representativt, sammenlignet med om alle intensivsykepleiere var blitt spurt, og til at studiens overførbarhet er redusert. Det kan altså tenkes at det har skjedd en utsiling fra avdelingsleders side, men jeg opplevde det mer som at utvelgelsen berodde på hvem som var på jobb en gitt dag.

KAPITTEL 5 - FUNN

Alle sitater er rensert for navn for å sikre anonymitet. Av samme grunn omtales informantene som "N" etterfulgt av kodennummer etter direkte sitat. Direkte sitater er uthevet med kursiv, fordi det gjør utsagnene mer synlig i teksten. For å få bedre flyt i teksten brukes «sykepleier», «respondent», «intervjuperson», «informant» og «hun» om hverandre. I følgende avsnitt blir de seks kategoriene fra analysedelen presentert. Kategoriene presenteres som faktorer som har vært med å påvirke beslutningsgrunnlaget til informantene.

- 1) Kunnskap om og holdninger til smerter og smertestillende
- 2) Erfaringens betydning for beslutninger om smertebehandling
- 3) Krav og muligheter i miljøet
- 4) Oppfatning av seg selv som yrkesutøver
- 5) Vurdering av pasient og sykehistorie
- 6) Oppdagelse og vurdering av kliniske funn

Kunnskap om og holdninger til smerter og smertebehandling

Når sykepleierne skal danne sitt beslutningsgrunnlag, har de med seg sine kunnskaper om og holdninger til smertelindring (Kim, 2000). Dette kommer til uttrykk på forskjellig vis når de beskriver sine målsetninger for smertebehandlingen, hva de tror kan gjøre vondt for pasienten, hva de tror gjør mest vondt, hvordan de rangerer smertestimuli og om de mener det er smertefullt å ligge på respirator. Deres vurdering av bivirkninger har også en betydning for hvordan de administrerer smertestillende.

Utvalget sa at de mente smertelindring var veldig viktig. En av sykepleierne beskrev smertelindring som en av de viktigste arbeidsoppgavene.

Tydelige funn viste at intensivsykepleierne hadde som mål å få pasienten så ”smertefri som mulig”. Svarene fra disse kunne deles i to grupper.

Den ene gruppen pekte på situasjoner hvor det var viktigere å gjøre noe annet enn å lindre smerte, for eksempel å observere, eller på omstendigheter som kunne føre til at pasienten ikke ble smertefri. Et typisk eksempel var:

”Om pasienten har meningitt, så er det viktigere å observere grad av våkenhet, enn å dempe smerter”, N2.

I den andre svargruppen ble det påpekt at det ikke var mulig å fjerne all smerte hos alle intensivpasienter. Et typisk eksempel fra denne svargruppen var:

”Jeg kan aldri få smertestilt pasienten helt, men jeg kan dempe det”, N10.

Disse to gruppene var omtrent like store. Disse sykepleierne som hadde som mål å få pasienten så smertefri som mulig, mente at dette var i samsvar med hva som var avdelingens mål. Om vi ser intensivsykepleierne som gruppe, var det vanligst å ha som mål at pasienten skulle være mest mulig smertefri. Det var kun én av de spurte som svarte at hun hadde som mål at pasienten var helt smertefri. Hun trodde at det var mulig å gjøre alle intensivpasienter smertefrie og hadde derfor dette som mål:

”De pasientene vi har er mulig å gjøre smertefrie, mener jeg, i motsetning til hva kollegaene mine ofte uttrykker” N3.

Dette målet var basert på en grunntanke om at pasientene ikke trenger å ha smerter og at det er mulig å få dem smertefrie.

Det var flere intensivsykepleiere som opplevde at det kunne være konflikt mellom ulike krav og målsettinger for pasienten som hadde smerter. Det ble nevnt at det kunne oppstå et dilemma når man ønsket at pasienten skulle ha en viss grad av våkenhet og at han skulle være smertefri, siden administrasjon av smertestillende ville kunne medføre en lavere grad av våkenhet. Hvordan intensivsykepleier løste dette dilemmaet var svært forskjellig. Noen mente at smertefrihet skulle prioriteres fremfor våkenhet, og noen var mer restriktive med smertestillende dersom pasienten skulle være våken. Dette ble tolket som at intensivsykepleierne selv velger de mål som skal oppfylles. På et annet punkt i intervjuet ble

de spurt om de fikk korreks på sin administrering av smertestillende, og det svarte alle benektende på. Det ser altså ut til at sykepleierne ganske fritt kan velge mellom ulike målsettinger.

Det ble uttrykt holdninger som bryter radikalt med hva som er den generelle oppfatningen hos intensivsykepleiere. Ett eksempel er at én av sykepleierne mente at det var viktig at pasientene er sedert slik at de ikke oppfatter oppholdet på intensivavdelingen.

For at sykepleieren skal administrere smertestillende, må hun ha den oppfatning at pasienten har smerter. Vurderingen av dette kan baseres på to faktorer: kliniske tegn, eller at hun antar at pasienten har smerter på bakgrunn av hva han har vært utsatt for/utsettes for.

Sykepleierne har ulike generelle oppfatninger om hva som er smertefullt for intensivpasienten, og hva som er det mest smertefulle en intensivpasient kan oppleve. Det er heller ingen enighet mellom sykepleierne om hvorvidt det er smertefullt å ligge på respirator. Når intensivsykepleierne skulle beskrive hva de generelt trodde var smertefullt for en intensivpasient, varierte svaret. Da de ble spurt om hvilken prosedyre de trodde var mest smertefull, var suging av slim i trachea den prosedyren som oftest ble nevnt. Litt under halvparten svarte:

”Det vondeste er å bli sugd i trachea, N9.

Noen svarte imidlertid:

”Det er ikke direkte vondt å være intubert”, N6.

Intensivsykepleiernes svar på hva som var det vondeste, varierte mellom å bli mobilisert, trakeostomert, opplevelse av tapt kontroll, stell av decubitus eller innleggelse av arteriekran og CVK. Andre svarte at det var hele situasjonen med å være intensivpasient som var mest smertefull.

Intensivsykepleierne svar på om det gjør vondt å ligge på respirator, kan inndeles i to grupper; de som trodde det gjorde vondt, og de som ikke trodde det gjorde vondt. De fleste mente at det var vondt å ligge på respirator. En vanlig uttalelse fra hver av gruppene var:

Jeg har aldri opplevd noe annet enn at om de ligger på respirator, så må de ha smertestillende, N9.

Det er ikke direkte vondt å være intubert, men når jeg gjør suging i tachea, så er det nødvendig med smertestillende, N6.

Det var altså ingen enighet mellom intensivsykepleierne på dette punktet. For øvrig var grensen mellom de to oppfatningene ikke klar. Svarene varierte mellom smertefullt, ubehagelig, ikke smertefullt:

Det å alene være intubert er ikke smertefullt, men svært ubehagelig. Men det avhenger av at pasienten er informert og at sykepleieren har kontroll, N7.

Når intensivsykepleierne skulle rangere det som var smertefullt, var det ingen klar likhet mellom svarene. I de fleste svarene var suging i trachea med på rangeringslisten.

Samlet sett var det liten enighet mellom intensivsykepleierne når de skulle rangere smertefulle prosedyrer.

En annen faktor sykepleierne sa at de vurderte når de dannet seg et beslutningsgrunnlag, var bivirkninger. De fleste intensivsykepleierne sa at de tok hensyn til akutte bivirkninger i forbindelse med administrering av smertestillende, som redusert bevissthet, respirasjonsdepresjon og fall i blodtrykk. Halvparten av intensivsykepleierne vurderte andre bivirkninger som ventrikkelretensjon eller plager med magen. En liten gruppe tok hensyn til at smertelindring kunne maskere andre tilstander. Noen av bivirkningene (eller følger av disse) tok bare enkelte av intensivsykepleierne hensyn til når de ga smertestillende. Disse bivirkningene/følgene var; forsinket respiratoravvenning og ekstubering, kløe, problemer med vannlating, sekretstagnasjon, tilvenning, økt halveringstid og akkumulering. Kun én av intensivsykepleierne tenkte på avhengighet og avvenning. Én av intensivsykepleierne skilte seg ut ved å hevde at hun ikke tok hensyn til bivirkninger siden pasientene fikk smertestillende bare i et kort tidsrom.

En annen faktor som var med i sykepleiernes vurdering, var den behandling pasienten fikk i øyeblikket. Omtrent halvparten av sykepleierne sa at de vurderte hva pasienten fikk av kontinuerlig smertestillende når de skulle bestemme dose, og at dette påvirket dosen av smertestillende som skulle gis som bolus. Høy kontinuerlig dose førte til at sykepleier valgte en høyere bolus. Om dosen av den kontinuerlige medikasjonen skulle endres, innvirket også

tidligere dosering på dosen som ble valgt. Én sa hun ikke ville øke dosen med mer enn det pasienten fikk fra før. Hun ville altså ikke doble dosen. En del av sykepleierne trakk frem egne regler for hvor mye smertestillende de ville gi, eller de hadde trukket opp noen grenser som de nødig ønsket å krysse. Flere sa at de aldri ga mer enn pasientens kontinuerlige dose i en bolusdose. Noen sa at de aldri ville gi mindre en viss dose, mens andre sa at de aldri ville gi mer enn en viss dose. Samlet sett viser disse synspunktene og doseringsreglene vedrørende medisinerer «ved behov», at det var en stor spredning i sykepleiernes fremgangsmåter.

Det ble under intervjuene klart at sykepleierne vurderte mengden av smertestillende forskjellig. Sykepleiernes svar på hva de oppfattet som en liten dose smertestillende, varierte. Én sykepleier sa at generelt sett var 2,5 mg morfin en liten dose, mens en annen beskrev dette som en gjennomsnittlig dose og brukte det vanligvis som startdose. Når det kom til bolusdoser, var det en viss uenighet mellom sykepleierne om hva som var vanlig å gi av Fentanyl som bolus. Én mente at det vanlige var mellom 2 til 4 ml, mens en annen mente at 1 ml var vanlig å gi som bolus. Én mente sågar at dersom pasienten fikk 2 ml Fentanyl som kontinuerlig infusjon, hadde hun aldri opplevd at pasienten trengte bolusdose i tillegg. Én hadde tanker om at det var uheldig å gi en dose bare av vane og at det burde ligge en individuell vurdering til grunn for hver administrering.

Avsnittene ovenfor viser at sykepleierne har svært ulike holdninger til og oppfatninger av smerter, og bakgrunnen for smertevurderingen blir derfor forskjellig. Det tolkes slik at intensivsykepleierne ikke har kommunisert med hverandre om smerter hos intensivpasienter. Det var for øvrig ingen som trakk det frem som tema eller som et problem. Majoriteten av intensivsykepleierne har ikke den smertefrie pasienten som målsetting, men at pasienten er så smertefri som mulig.

Erfaringens betydning for beslutninger om smertebehandling

Denne kategorien er relatert til intensivsykepleierens erfaringsbakgrunn for å bedømme smerter. Sykepleierne trekker selv frem erfaring som en viktig del av beslutningsgrunnlaget. Under intervjuene nevnte sykepleierne mange ulike pasientgrupper de hadde gitt sykepleie og smertestillende til. Det var alt fra KOLS-pasienter til rusmisbrukere. Disse pasientgruppene ble nevnt oftere enn andre. Ellers var det sjeldent at samme diagnose ble nevnt flere ganger. Under alle intervjuer viste sykepleierne til mange situasjoner med mange ulike diagnoser. Det

ble tolket som at når sykepleier danner sitt beslutningsgrunnlag, gjør hun det på bakgrunn av erfaring med svært mange ulike diagnosegrupper. For å kunne utnytte potensialet som ligger i ordinerer av smertestillende ved behov, mente sykepleierne at det var nødvendig med erfaring. En annen faktor som intensivsykepleierne påpekte, var kompetanse. Erfaring og kompetanse gjorde at de ikke var redde for å gi for mye smertestillende. Sykepleierne påpekte betydningen av å ha videreutdanning i intensivsykepleie. De hevdet at deres videreutdanning ga dem et bedre beslutningsgrunnlag. De mente at sykepleiere med videreutdanning har mer fokus på smerter og sykepleiere uten videreutdanning tar lettere på dette med smerter. Det ble ofte uttrykt slik:

“De uten spesial utdannelse tar lettere på det om pasienten har smerter”, N4.

I intervju situasjonen hadde de fleste til å begynne med vanskelig for å huske en spesifikk situasjon. Selv om de på samme tid bekreftet at administrering av smertestillende til en intensivpasient som ikke kunne kommunisere verbalt, var en svært vanlig situasjon for dem. Under halvparten husket en situasjon umiddelbart. De fleste kom på ulike situasjoner under intervjuet. Det var allikevel én som sa at hun aldri hadde opplevd noen spesielle situasjoner ved administrering av smertestillende til intensivpasienter som ikke kunne snakke. Hun sa også at det ikke var ofte man skulle gi smertestillende til intensivpasienter. Dette svaret brøt radikalt med det de andre informantene mente. De fleste som ikke husket en konkret pasientsituasjon, jobbet ved det samme sykehuset. Årsaken til at de ikke husket varierte, og disse svarene er eksempler:

”Grunnen til at jeg ikke kan huske en enkelt episode er at det er lenge siden jeg har vært på en respiratorpasient”, N8.

”Fordi jeg ikke har fått tid til å forberede meg blandes mange pasienter sammen når du spør om en spesifikk situasjon”, N3.

Alle ga allikevel uttrykk for at det var en vanlig situasjon for dem å gi smertestillende til intensivpasienter som ikke kan kommunisere verbalt, etter forordning «ved behov». Én av informantene avvek fra de andre svarene ved å si at hun ikke gikk rundt og husket på disse situasjonene, men gjorde seg ferdig med dem og glemte dem.

Erfaring var den kunnskapstypen som ble trukket hyppigst frem, når jeg spurte hvilken kunnskap de brukte når de ga smertestillende. Sykepleierne understreket viktigheten av erfaring, når smertestillende skulle administreres ved behov. Funnene viser altså en motsetning mellom at erfaring blir oppgitt som viktig ved administrering av smertestillende ved behov, og at de har vanskeligheter med å trekke frem konkrete situasjoner.

Når de beskrev en situasjon der de skulle administrere smertestillende, stoppet de gjerne opp ved det de syntes var vanskelig i situasjonen. Hva som ble oppfattet som vanskelig varierte. Svarene kunne inndeles i to grupper. Det var en gruppe som syntes at det var vanskelig å finne rett mengde smertestillende til pasienten. De følte at det var vanskelig å vite hva som var for mye og hva som var for lite. Den andre gruppen hadde opplevd at pasienten hadde hatt liten effekt av den mengden smertestillende han hadde fått, og at de derfor måtte bruke større doser enn vanlig. I slike situasjoner forsøkte de ofte flere ulike intervensjoner for å få pasienten smertefri, som skifte av liggestilling og endring av vinkel på kateter, samtidig med administrasjon av smertestillende. Det ble da vanskelig å sette fingeren på den intervensjonen som hadde effekt. Én av sykepleierne sa at hun ikke hadde opplevd vanskelige situasjoner i forbindelse med administrering av smertestillende til intensivpasienter som ikke kunne kommunisere verbalt. Dette svaret avvek fra svarene til de andre, som kunne gi eksempler på hva de syntes var en vanskelig situasjon. Denne sykepleierens svar avvek fra de andres på flere områder. Hun er nevnt tidligere i studien, hvor hennes svar skiller seg klart fra de andres.

Tydelige funn viser at en vesentlig del av beslutningsgrunnlaget til informantene er hva sykepleierne på forgående vakter har gitt av smertestillende, og om det har hjulpet. De fleste sykepleierne sa at de la stor vekt på rapportene fra sykepleiere på tidligere vakter, når de skulle avgjøre om smertestillende skulle gis og hvor mye. Det vil si at erfaring med hva andre hadde gjort, var den mest sentrale faktoren for hvordan sykepleierne administrerte smertestillende. Det var utslagsgivende i forhold til hvilken dose smertestillende sykepleieren begynte med når hun skulle administrere smertestillende. Tidligere rapporter kunne få sykepleier til å gi smertestillende profylaktisk. Tidligere rapporter var også styrende i forhold til hvilke kliniske tegn sykepleier så etter. Dermed var tidligere rapporter utslagsgivende også for *når* det ble administrert smertestillende. En typisk uttalelse var:

“Jeg baserer mye av hva jeg gir av smertestillende på hva som er rapportert fra dagen før, og om jeg synes at pasienten virker smerte lindret”, N4

De fleste sykepleierne sa at de ikke dokumenterte de vurderingene sine før de ga smertestillende. Det de dokumenterte var at pasienten hadde hatt smerter og hadde fått smertestillende, nærmere bestemt når smertestillende var administrert, hvor mye, administrasjonsform, type smertestillende. Noen dokumenterte også effekten av medisineringsen. Rapportene beskrev hva som var gitt og hvor mye til hvilken tid, og i noen tilfeller en kommentar om det hadde hatt ønsket effekt, men de beskrev altså ikke vurderingene som var gjort tidligere. Likevel ble det lagt stor vekt på tidligere rapporter om hvor mye smertestillende som var gitt, når det skulle bestemmes mengde smertestillende.

Faktorer i miljøet som kan påvirke sykepleiernes beslutningsgrunnlag

Det var ingen av sykepleierne som hadde opplevd å få korreksjon fra ledelsen fordi det ble brukt for mye eller for lite smertestillende. Den eneste referansen var at deres måte å gjøre det på var i tråd med ledelsens ønske. Det virket som om smertebehandlingen sjeldent ble korrigert. Dersom den ble korrigert skjedde det under morgenvisitten og som følge av forandringer i pasientens tilstand og ikke som en korreksjon fordi det på foregående vakter hadde blitt gitt for mye eller for lite. Dette var en typisk måte å uttrykke det på:

“Jeg har ikke fått noen føringer fra ledelsen om at jeg skal bruke mer eller mindre smertestillende, det er en individuell vurdering jeg gjør”, N8.

Nær sagt alle sykepleierne hadde den oppfatning at de kunne påvirke smerteregimet ved kommunikasjon med behandlende lege. På samme tid sa de at dersom det oppsto uenighet, var det legen som hadde det siste ordet. Det var flere intensivsykepleiere som opplevde at det kunne oppstå et dilemma mellom ulike krav og målsetningene for pasienten som hadde smerter. Det ble nevnt et dilemma mellom et ønske om at pasienten skulle ha en viss grad av våkenhet, og at han trengte smertestillende som kunne virker sederende. Hvordan intensivsykepleierne taklet dette dilemmaet var svært forskjellig. For eksempel mener én at smertefrihet skal prioriteres foran våkenhet, mens en annen vil være restriktiv med smertestillende dersom pasienten skal være våken. Sykepleieren bestemmer altså selv hvilke mål som skal prioriteres.

Alle intensivsykepleierne nevnte de samme medikamentene og samme måter å bruke dem på. Dette ble tolket som at det ikke var store forskjeller mellom de vanlige smertebehandlingsregimene ved de ulike sykehusene. Det var ikke alle intensivpasientene som hadde fått forordnet medikasjon «ved behov». Der det gikk kontinuerlig medikasjon med for eksempel smertestillende og sederende, ble denne mengden endret etter behov. Når det unntaksvis ble brukt et smertestillende middel som ikke var vanlig, så ble dette et usikkerhetsmoment som gjorde at sykepleier opplevde det som vanskeligere å gjennomføre en god smertebehandling. Når intensivsykepleieren skulle forklare sitt valg av første dose smertestillende, viste hun til hva hun oppfattet som vanlig på avdelingen.

Flertallet av intensivsykepleierne sa at de ikke brukte eller kjente til en skala for måling av smerte hos pasienter som ikke kunne kommunisere verbalt. Et verktøy for kartlegging av smerter ble ikke brukt på noen av intensivavdelingene. Det nærmeste var et skjema for kartlegging av smerter ved bruk av epidural som ble brukt på en postoperativ avdeling. På ett sted ble VAS brukt. Ifølge sykepleierne er dette en skala som går fra 1 til 10, og pasienten angir verbalt en tallverdi på hvor vondt han har det. Det var noen få av de intervjuede som viste til at de brukte MAAS (Mindful Attention Awareness Scale). De sa at de brukte MAAS for å angi ønsket og reell våkenhet. Noen få sa at den kunne brukes for å oppdage smerte. Kun én av intensivsykepleierne sa at hun så et behov for bruk av smerteskala for å redusere subjektive innslag i smertevurderingen.

Alle sykepleierne mente at det fungerte bra å gi smertestillende ved behov, men at det kunne hende at det ikke ble gitt tilstrekkelig, og da mente de at det ikke var ordinert tilstrekkelig med legemidler til administrering ved behov. De mente derfor at ordningen var avhengig av samarbeid mellom intensivsykepleier og anestesilegen for å fungere. Når det ikke er ordinert tilstrekkelig, må intensivsykepleier ta kontakt med legen. En stor del av sykepleierne mente at de fikk gjennomslag for egne meninger overfor legene når det gjaldt smertebehandling. Det gjaldt særlig om det var behov for endring av eksisterende smerteregime.

På spørsmål om de synes at ordinasjonen «ved behov» er en god ordinasjon, svarer alle bekreftende på det. Men én intensivsykepleier pekte på at det ikke er lett å være uerfaren og gi smertestillende ved behov, fordi man trenger erfaring for å gjøre det riktig. Ordinasjon «ved

behov» er et system som legger mye av ansvaret for smertevurdering og behandling på intensivsykepleierne. Sykepleierne kunne ikke se noen alternative ordninger, men de presiserte at det var en ordning som burde være i tillegg til et fast regime med smertestillende. Om ikke ordningen med smertestillende ”ved behov” hadde vært brukt, trodde intensivsykepleierne at pasientene ville oppleve mer smerter enn i dag. Intensivsykepleieren opplever at det er når hun gjennomfører prosedyrer, at pasienten trenger smertestillende, og det er derfor nødvendig med et system som er fleksibelt i forhold til pasientens behov for smertestillende.

Respondentene ga uttrykk for at de syntes at forholdene var lagt til rette på avdelingen for at de kunne gjøre en god smertevurdering. Dette gikk særlig på at det var tid nok til å gjøre smertevurdering og at andre arbeidsoppgaver ikke kom i veien for dette. Men det var allikevel én som mente at selv uviktige oppgaver kunne stjele fokus fra smertevurdering. Det kunne også skje i situasjoner hvor pasienten ble akutt verre eller var akutt dårlig med respirasjonsproblemer eller fallende blodtrykk. De andre presiserte at smertebehandling var en oppgave de mente at de prioriterte fremfor andre oppgaver.

Respondentene fortalte at pårørende ofte var til stede når de skulle administrere smertestillende. Derfor ble sykepleiers beslutningsgrunnlag, i enkelte situasjoner, påvirket av pårørende. Noen av intensivsykepleierne fortalte om situasjoner hvor pårørende hadde påvirket dem til å gi en bolus smertestillende, som de ikke ville gitt dersom pårørende ikke hadde vært til stede. Kun én av sykepleierne sa at hun ikke ble påvirket av pårørende. Sykepleierne brukte pårørende for å få informasjon om for eksempel tidligere problemer med smerte, liggestillinger etc. Noen mente at de hadde samme mål; at pasienten ikke skulle ha smerter. Andre sa at de informerte pårørende i den hensikt å få lagt frem sitt syn på smertetilstanden. Intensivsykepleierne beskrev pårørende som en aktiv part som påvirker sykepleier. Et lite mindretall av sykepleierne mente at de ikke ble presset av pårørende til å gi mer smertestillende, enn de ville ha gjort uten pårørende tilstede. Da de ble spurt om deres erfaring med pårørende i situasjoner med smerter og smertestillende, sa de fleste at de opplevde at pårørende ønsket at pasienten skulle være smertefri. Flere fortalte om situasjoner hvor pårørende mente at pasienten kunne ha smerter, men hvor sykepleieren ikke så det slik. Slike konflikter ble løst ved at sykepleierne argumenterte for sitt syn.

Oppfatning av seg selv som yrkesutøver.

Generelt sett hadde intensivsykepleierne et godt selvbilde når det kom til administrering av smertestillende. De mente alle at de var med å gi smertestillende. Da spørsmålet om hvordan intensivsykepleieren oppfattet seg selv som liberal eller konservativ med smertestillende, ble stilt, var det uten en objektiv definisjon av ordene liberal og konservativ. Hva én oppfatter som liberalt eller konservativt, kan være helt forskjellig fra en annens oppfatning. Det var imidlertid ikke meningen å gjøre en objektiv måling av om de var liberale eller konservative, men heller å få en pekepinn om hvordan de oppfattet seg selv. Ingen av intensivsykepleierne ser på seg selv som konservative, eller forsiktige med smertestillende. Alle sykepleierne opplever seg selv som liberale med smertestillende. De uttrykte en vilje til å offensivt behandle smerter med de analgetika som var til deres rådighet. Dette ble tolket som at alle mente at de ga smertestillende raskt som respons på smerte hos pasienten, og at de ga en tilstrekkelig mengde.

At de ikke sier om seg selv at de gir for lite er ikke så overraskende, men ingen sier noe om at de andre gir for lite heller. Her ligger det en kontroll. Med andre ord ser intensivsykepleierne på seg selv som en gruppe som gir tilstrekkelig med smertestillende. Det var på den andre siden noen sykepleiere som trakk frem det faktum at de hadde opplevd at pasienter hadde fått for mye smertestillende. Det ble også uttrykt at intensivsykepleiere ser på seg selv som en gruppe som er mer liberale med smertestillende enn legene er.

Vurdering av pasient og sykehistorie

Sykepleierne la stor vekt på om de kjente pasienten eller ikke. «Kjente» betyr i denne sammenhengen at hun hadde gitt sykepleie til denne pasienten på tidligere vakter. Hun hadde en måte å administrere smertestillende på når hun kjente pasienten, og en annen når hun ikke kjente pasienten. Sykepleierne mente at smertevurdering er vanskelig når pasientene er nye. Noen hadde lagt seg regler, som at de alltid begynte med lavest ordinerte dose til pasienter de ikke kjente fra før.

Bare unntaksvis blir det snakket om kjønn, kroppsstørrelse eller alder. Etnisk opprinnelse ble aldri nevnt som et element i vurderingen, selv om alle sykehusene er lokalisert i områder hvor det er en del fremmedkulturelle i befolkningen. Sykepleierne kunne la seg påvirke av om pasienten var rusmisbruker eller hadde kronisk lidelse som medførte et høyere forbruk av

smertestillende til vanlig, og derved hadde et høyere behov for smertestillende som pasient. Intensivsykepleierne bekreftet dermed ikke funn i litteraturen som skulle tilsi at de ga mindre smertestillende til rusmisbrukere. Det var heller grunnlag for å tolke det dithen at sykepleierne prøvde å imøtekomme rusmisbrukeres behov for ekstra smertestillende.

Hun uttrykte at hun var klar over at rusmisbrukere trengte mer smertestillende enn vanlig, og at hun hadde en erfaring med det:

”Narkomane får mange ganger høyere dose med kontinuerlig Fentanyl”, N5.

Intensivsykepleieren var derfor forberedt på at hun kanskje måtte gi mer enn det hun så på som maksimal dose hos andre pasienter.

Andre faktorer som ble vektlagt var sykehistorie og diagnose. Det ble sagt at en komplisert sykehistorie ville føre til at sykepleier var mer liberal med smertestillende. Sykepleieren vurderte også hvor mye smerter pasienten måtte tåle ut i fra sin diagnose.

I tillegg sa hun at det var lettere å gi større doser med smertestillende til pasienter på respirator, siden respirasjonen da var sikret. Sykepleieren vurderer aktivitetsnivået rundt pasienten, når hun skal bestemme seg i forhold til smertebehandling. Dersom det foregår mange prosedyrer rundt pasienten, øker hun ikke grundosen med smertestillende selv om hun må gi flere bolusdoser.

Det var et mindretall av sykepleierne som sa at pasientens kjønn var en faktor når hun vurderte smertebehandlingen. Litt under halvparten av sykepleierne nevnte at de tar hensyn til kroppsstørrelse når de skal bestemme seg for dose smertestillende. Én av de intervjuede sa at store menn nok fikk mindre smertestillende enn de hadde behov for, noe som står i motsetning til at alle mente at alle pasienter får nok smertestillende.

Oppdagelse og vurdering av kliniske funn

Et signifikant funn i studien er at alle sykepleierne bruker kliniske tegn for å oppdage smerte og vurdere dens styrke. Intensivsykepleierne snakket lite om hvordan hun ser eller blir påvirket av pasienten, bortsett fra kliniske tegn. Dette var den mest sentrale faktoren for at sykepleierne i studien ville administrere smertestillende.

Et typisk utsagn var: ”Når jeg vurderer om pasienten har det bra eller ikke, ser jeg på det kliniske bildet og vurderer takykardi, blodtrykk og uro”, N11.

Ingen av de intervjuede ville gi smertestillende om ikke kliniske tegn, som hun tolket som tegn på smerte, var til stede. Alle de intervjuede fortalte at de bruker kunnskap om kliniske tegn når de gir smertestillende. Det vil si at de alle har en oppfatning av hvilke tegn alene, eller sammen med andre tegn, som indikerer at pasienten har smerter. Sykepleierne brukte kliniske tegn både for å oppdage smerte og for å vurdere alvorlighetsgraden. Direkte tegn hos pasienten er blant annet uro, hudforandringer og tårer, og indirekte tegn oppdages ved å lese av verdier på utstyr koblet til pasienten. Det kan være verdier for blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens. Noen kliniske tegn ble vurdert av alle sykepleierne. Dette var kliniske tegn som fysisk uro, økning i puls og blodtrykk. Andre kliniske tegn ble bare vurdert av et fåtall og var derfor av mindre betydning. Disse tegnene var svette, tårer, økt respirasjonsfrekvens og om pasienten pustet mot respirator.

De kliniske tegnene ble inndelt i tre grupper. Det var tre kliniske tegn som gikk igjen hos nær sagt alle, en gruppe kliniske tegn som ble nevnt av omtrent halvparten, og noen tegn som bare noen få nevnte. Omtrent alle intensivsykepleierne nevnte økt hjertefrekvens, økt blodtrykk og motorisk uro som tegn på smerte. Omtrent halvparten av de spurte nevnte at det var tegn på smerte dersom pasienten ikke samarbeidet med respiratoren, og dersom det oppstod økt respirasjonsfrekvens og små tidalvolumer på respirator. De sa også at de observerte grimaser hos pasienten og clam eller svett hud. I denne gruppen ble diagnosen tatt i betraktning når de vurderte tegn på smerte. Tegn på smerte som bare noen få sykepleiere nevnte, var tåreflod, vilt blick og temperaturøkning. Det var også bare noen få som brukte opplysninger fra pårørende som en hjelp for å vurdere smerte.

Det var ingen av sykepleierne som ville gi pasienten smertestillende dersom det ikke fantes kliniske tegn på smerte. Stort sett stoler sykepleieren på de kliniske tegnene og setter dem i relasjon til smerter, men hun er også åpen for at de kan ha andre årsaker enn smerte. Endrede kliniske tegn alene var ikke nok til at sykepleier ga smertestillende. Flere av sykepleierne sa at de først ville utelukke andre grunner til at de kliniske tegnene hadde endret seg. Sykepleierne sa at det var vanskelig å skille motorisk urolig fra smerte. Uro kunne være relatert til annet

enn smerte. Sykepleier anså at kliniske tegn som uro og takykardi ikke nødvendigvis skyldes smerter. Det kan komme av for eksempel slim i luftveiene.

Kliniske tegn var også med i vurderingen av hvor vondt sykepleier trodde pasienten hadde det. Smerten ble altså gradert etter kliniske tegn. Kraftigere uttrykk av kliniske tegn ble tolket som at pasienten hadde mer vondt. De brukte også kliniske tegn til å fastslå når pasienten hadde fått tilstrekkelig med smertestillende, og til å vurdere om pasienten hadde fått for mye. Når de kliniske tegnene gikk tilbake til nivået før endring, antok sykepleier at de hadde fått tilstrekkelig med smertestillende og ga ikke en ny støtdose. Det virket som om det som styrte deres bruk av smertestillende var effekten av medisineringsen. Intensivsykepleier mener at pasienten har fått tilstrekkelig med smertestillende når det hun anser som kliniske tegn på smerte, forsvinner.

Sykepleierne nevnte også at det i noen tilfeller med kliniske endringer som takykardi og uro, ikke var mulig å finne årsaken. Flere ga uttrykk for at når de ikke var helt sikre på om det skyldtes, så ga de smertestillende for å se om det hjalp.

Oppsummering av funn

Det viktigste funnet er at sykepleier vurderer en rekke faktorer som kliniske tegn, sykdomstilstand, etc. Men når det kommer til hvor mye hun skal gi av smertestillende, virker det som om den mest toneangivende faktoren i beslutningsgrunnlaget er hva pasienten har fått tidligere. Dermed ender hun opp med å kopiere andre sykepleieres måte å administrere smertestillende på. Alle sykepleierne bruker tidligere vakters doser og administrasjonshyppighet som mal., men et fåtall av sykepleierne dokumenterer sine vurderinger før de administrerte smertestillende. Funnene viser at det å danne seg et beslutningsgrunnlag er en sammensatt prosess. Intensivsykepleierne tegnet ikke en enhetlig beskrivelse av hvordan intensivsykepleierne går frem, når hun skal sette sammen sitt beslutningsgrunnlag. Alle begynte med å vurdere kliniske tegn hos pasienten. Det var de samme tegnene som ble antatt å ha en sammenheng med smerte. De sier selv er at de ikke gir smertestillende uten at det foreligger kliniske tegn, men det ser ut til at de vektlegger de kliniske tegnene litt ulikt. Det var ingen av intensivsykepleierne som hadde et regelsett for hvordan man vurderer smerte, hva som skal med i vurderingen eller hvordan de ulike faktorene skulle vektlegges. Det var ingen av intensivsykepleierne som tegnet noe fast

mønster på hvordan hun satte sammen sitt beslutningsgrunnlag. Det var heller ingen av intensivsykepleierne som ga uttrykk for at de hadde et fast punkt for når vurderingen før administrering var ferdig. Intensivsykepleierne viste at de har en ganske entydig målsetting for administrering av smertestillende midler til intensivpasienten, men de er ikke enige om hva som er de viktigste årsakene til smerte eller om det er smertefullt å ligge på respirator. Intensivsykepleierne hadde ikke den smertefrie pasienten som mål. De hadde som mål å gjøre intensivpasienten så smertefri som mulig.

Alle sykepleierne så på seg selv som liberal med smertestillende og mente at de ga tilstrekkelig med smertestillende. Alle mener at de har gode muligheter til å påvirke ordineringsen av smertestillende, men alle innser samtidig at legen har det siste ordet. Intensivsykepleierne forventet større behov for smertestillende hos pasienter med kronisk sykdom og hos rusmisbrukere. Pasienter med annen etnisk bakgrunn enn norsk, ble aldri nevnt.

KAPITTEL 6 - DISKUSJON

I dette kapitlet drøftes de funn som ble gjort ved hjelp av intervjuene, og den betydning de kan ha for sykepleien. Denne studien hadde til hensikt å undersøke hvilke faktorer som påvirker intensivsykepleier når hun skal administrere smertestillende. Intensivsykepleierens erfaringer med administrering av smertestillende i hverdagen vil kunne gi sykepleiere og annet helsepersonell en pekepinn om hva som er sentralt når intensivsykepleierne danner sitt beslutningsgrunnlag. I dette kapitlet blir sentrale funn diskutert i forhold til resultater fra tidligere forskning, i tillegg til de sentrale begrepene fra kapittel 3 som danner grunnlag for studien. Kategoriene som ble presentert som funn i forrige kapittel, blir abstrahert på et høyere nivå i dette kapitlet. Fra syv kategorier i kapittel 5, er disse nå abstrahert til tre temaer som skal diskuteres, og det er følgende;

- Vurdering av pasient/historie/kliniske tegn.
- Sykepleiers holdninger til og kunnskap om smerter.
- Miljøet.

Vurdering av pasient/historie/kliniske tegn

”Vurdering av pasient/historie/kliniske tegn” innebærer diskusjon av de elleve sykepleiernes beskrivelser av det de trenger av informasjon om pasientens smertetilstand, før de administrerer smertestillende. I denne diskusjonen blir også sykepleiernes erfaringer med andre faktorer som påvirker beslutningsprosessen, trukket med.

Sykepleiernes vurdering av kliniske tegn

Et signifikant funn i denne studien er at sykepleierens beslutningsgrunnlag for å avgjøre om en pasient har smerter eller ikke, bygger på vurdering av kliniske tegn. Alle begynte med å vurdere kliniske tegn hos pasienten, som sykepleier satte i forbindelse med smerte. Alle de intervjuede forteller at de bruker kunnskap om kliniske tegn når de gir smertestillende. Dette er tegn som sykepleier kan observere direkte hos pasienten, som uro, hudforandringer og tårer, og indirekte, gjennom å avlese verdier på utstyr koblet til pasienten, som blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens. Det er bekreftet i andre studier, at for å danne seg et bilde av pasientens smerte og avgjøre valg av en sikker dose av smertestillende, så bruker sykepleier

pasientens vitale tegn og oppførsel i sitt beslutningsgrunnlag (Chuk, 1999). Effektiv smertebehandling kan oppnås bare ved nøyaktig smertevurdering. Dette er vanskelig i forhold til intensivpasienten fordi han er ofte ut av stand til å kommunisere verbalt på grunn av intubasjon og/eller sedasjon. Sykepleiere stoler derfor på oppførsel og fysiologiske indikatorer for å fastslå om pasienten har smerter (Blenkarn et al., 2002). Kliniske tegn ble i denne studien ansett som den mest sentrale faktoren i sykepleiers beslutningsgrunnlag for å eventuelt administrere smertestillende. Det var ingen av sykepleierne som ville gi smertestillende om ikke kliniske tegn, som hun tolket som tegn på smerte, var til stede. I så stor grad legger sykepleiere vekt på kliniske tegn, at en annen studie viser at sykepleiere antar at pasientens vitale tegn er et sikrere mål på pasientens smerte enn hans verbale uttalelse om sin smerte (Chuk, 1999). I forbindelse med akutte smerter opptrer endringer i atferd og fysiologi idet smertene setter inn hos pasienten, og disse kan være valide indikatorer på smerte hos pasienter som ikke kan kommunisere verbalt. De fysiologiske forandringene er resultat av stimulering av sympatiske og parasympatiske responser. Smerte kan derfor bli ledsaget av forandringer i vitale tegn, som økt blodtrykk, økt respirasjonsfrekvens eller økt puls. Andre autonome responser kan være svette, blekhet eller kvalme (Kwekkeboom og Herr, 2001). Disse tegnene kan også være tilstede i situasjoner og tilstander uten smerte (Blenkarn et al., 2002). Da er det problematisk at sykepleierne legger så stor vekt på kliniske tegn hos pasienter som ikke kan kommunisere verbalt om sin smerte.

I studien vurderte ikke alle sykepleierne de samme kliniske tegnene på smerte, og det ser ut til at de vekterlegger de kliniske tegnene litt ulikt. Det vil si at alle har en oppfatning av hvilke tegn alene, eller sammen med andre tegn, som indikerer at pasienten har smerter.

Sykepleierne brukte kliniske tegn for å oppdage smerte og for å vurdere alvorlighetsgraden av den. Noen kliniske tegn ble vurdert av alle eller nesten alle sykepleierne. Nesten alle intensivsykepleierne mente at økt hjerterefrekvens, økt blodtrykk og motorisk uro var tegn på smerte. Bruk av motorisk uro som en indikator for mulig smerte, støttes av andre studier. Hos pasienter uten evne til verbal kommunikasjon, er uttrykk som rynking av pannen, ynking, gråt, rastløshet, gniing på det smertefulle stedet, spenning av muskler eller en stiv kroppsholdning, sterke indikasjoner på smerte (McCaffery og Beebe, 1998; Li og Puntillo, 2004). Smerte kan være ledsaget av forandringer i de vitale tegn, som økt blodtrykk, økt respirasjonsfrekvens eller økt puls. Andre autonome responser kan være svette, blekhet eller kvalme (Kwekkeboom og Herr, 2001; Li og Puntillo, 2004). Sykepleierne har derfor helt rett når de

bruker dette som indikatorer på smerte. Omtrent halvparten av de spurte mente at det kunne være tegn på smerte om pasienten ikke samarbeidet med respiratoren, og de observerte økt respirasjonsfrekvens og små tidalvolumer på respirator. De sa også at de så etter grimaser hos pasienten eller klam eller svett hud. Noen av sykepleierne sa også at de så på diagnosen når de skulle vurdere tegn på smerte. Tegn på smerte som bare noen få sykepleiere nevnte, var tåreflod, vilt blikk, temperaturøkning. Vurdering av disse kliniske tegnene ble bare gjort av et fåtall og var derfor av mindre betydning. Det var også bare noen få sykepleiere som brukte opplysninger fra pårørende som en hjelp til å vurdere smerte.

I én studie av Chuk (1999) oppfattet sykepleierne at pasientens respirasjonsfrekvens var en sikker indikator for pasientens respiratoriske tilstand. Dersom respirasjonsfrekvensen var stabil, men lav, ville ikke sykepleierne gi mer smertestillende (Chuk, 1999). De kliniske tegnene er vanligvis ikke langvarige. Det foregår en tilpasning både fysiologisk og atferdsmessig, noen ganger allerede etter sekunder eller minutter. Med andre ord kan pasienten ha like sterke smerter, men de fysiologiske og atferdsmessige tegnene på smerte opphører, i det minste en stund. Selv ved alvorlige smerter forekommer det perioder med fysiologisk og atferdsmessig tilpasning, som igjen fører til perioder med minimale tegn på smerter. Manglende uttrykk for smerter behøver derfor ikke bety fravær av smerter (McCaffery og Beebe, 1998; Kwekkeboom og Herr, 2001). Sykepleierne nevner ikke de samme kliniske tegnene. En grunn til dette kan være at situasjonene de har erfaring med og tar utgangspunkt i, har vært forskjellige og innebærer forskjellige kliniske tegn. Det hadde imidlertid vært positivt om de hadde nevnt de samme tegnene, slik at det hadde vært enighet om hvilke tegn som oftest er relatert til smerte.

Stort sett stoler sykepleier på de kliniske tegnene og setter dem i relasjon til smerter, men hun er også åpen for at de kan komme av andre faktorer enn smerte. Endrede kliniske tegn alene var ikke nok til at sykepleier ga smertestillende. Flere av sykepleierne sa at de først ville forsøke å utelukke andre grunner til at de kliniske tegnene hadde endret seg. Sykepleierne sa at det var vanskelig å skille motorisk uro fra smerte. Uro kunne også knyttes til annet enn smerte. Sykepleier anser ikke at kliniske tegn som uro og takykardi nødvendigvis er relatert til smerter. Det kan komme av andre ting, for eksempel slim i luftveiene. Disse tegnene kan foreligge i situasjoner både med og uten smerte. Dette kan være et argument for å bruke systematiske vurderingsverktøy (Blenkarn et al., 2002). Alle sykepleiere vil da se etter de

samme kliniske tegnene, og det vil foreligge en dokumentasjon på dette for senere vakter. Kliniske tegn er også med i sykepleiers vurdering av hvor vondt pasienten har det. Smerte blir altså gradert etter kliniske tegn. Kraftigere uttrykk av de kliniske tegnene blir tolket som om pasienten har mer vondt. Sykepleieren gjør altså ikke bare en observasjon, men tolker også de kliniske tegnene for å kunne si noe om smerteintensitet. Her er det en mulig fallgrube siden det i andre studier er påvist en signifikant sammenheng mellom sykepleiers vurdering av smerte og den dosen hun gir av morfin (Hazelett et al., 2002). Utilstrekkelig smertebehandling kan forekomme blant annet fordi smerten blir undervurdert (Chuk, 1999). Sykepleierne i studien brukte også kliniske tegn til å fastslå når pasienten hadde fått tilstrekkelig med smertestillende og til å vurdere om pasienten har fått for mye. Når de kliniske tegnene avtok til slik de var før endring, da sykepleier antok at pasienten ikke hadde smerter, antok hun at pasienten hadde fått tilstrekkelig med smertestillende og ga ikke en ny støtdose. Det virket som om det som styrte deres bruk av smertestillende var den effekten denne hadde. Intensivsykepleier anser at pasienten har fått tilstrekkelig med smertestillende, når de kliniske tegn hun mener er tegn på smerte, forsvinner. Også i andre studier er pasientens vitale tegn vurdert som et sikkert mål på pasientens smerte (Chuk, 1999; Puntillo et al., 1997). Allikevel skal funn gjort i forbindelse med smertevurdering basert på vitale tegn, vurderes som ikke sikre og derfor brukes med forsiktighet (Arbour og Gelinas, 2010; Li og Puntillo, 2004). Det er interessant at sykepleier bruker kliniske tegn for å oppdage smerte, og til en viss grad for å vurdere intensiteten, men så baserer seg på tidligere rapporter og bruker den samme dosen som sist. Det kan virke som det er en logisk brist her.

Sykepleierne sa også at det var tilfeller med kliniske forandringer som takykardi og uro, hvor det ikke var mulig å finne ut av hva som forårsaket forandringer av kliniske tegn. Flere ga uttrykk for at når de ikke var helt sikre på om pasienten hadde smerter, så ga de smertestillende for å se om det hjalp. Dette står i motsetning til funn fra studier hvor bevisstløse pasienter hadde en lavere sjanse for å få smertestillende, selv om de hadde behov for det. Flere studier bekrefter at pasienter som ikke kan kommunisere verbalt, ikke får dekket sitt behov for smertebehandling (Bertiolini et al., 2002; Puntillo, 1990).

Dersom sykepleier mistenker at pasienten har smerter, er det riktige å administrere smertestillende (Freeley og Gardner, 2006). Det første steget og en nøkkelkomponent i effektiv smertebehandling er sykepleiers vurdering av pasientens situasjon og smertestatus (Nash et al., 1993; Kwekkeboom og Herr, 2001).

Allikevel har det vist seg i andre studier at identifisering av smerteintensitet og behov for intervensjon, ikke automatisk fører til handling. I tillegg må det kanskje formidles kunnskap om hvordan smerter kan behandles, og temaet må prioriteres høyere i avdelingen (Blenkharn et al., 2002).

Sykepleiernes vurdering av bivirkninger

I denne studien sa sykepleierne at deres vurdering av bivirkninger var en del av deres beslutningsgrunnlag for administrering av smertestillende. I flere andre studier er det vist at frykt for mulige bivirkninger er en årsak til at sykepleiere holder tilbake smertestillende (Puntillo, 1990; Chuk, 1999; Hamers et al., 1998; Paul et al., 2002). De fleste intensivsykepleierne sa at de tok hensyn til visse bivirkninger når de ga smertestillende, nærmere bestemt akutte bivirkninger som redusert bevissthet, respirasjonsdepresjon og fall i blodtrykk. Dette funnet bekreftes i andre studier, hvor de fant at den bivirkningen sykepleierne var mest redd for, var opiatindusert respirasjonsdepresjon. Utilstrekkelig smertebehandling kan forekomme blant annet fordi faren for respirasjonsdepresjon overvurderes (Hamers et al., 1998; Redmond, 1997). Halvparten av intensivsykepleierne vurderte andre bivirkninger, som ventrikelretensjon eller plager med magen. Noen få av sykepleierne tok hensyn til at smertestillende kunne maskere andre tilstander som forårsaker endringer i kliniske tegn. Også i andre studier ble det vist at analgetika ble holdt tilbake for å unngå maskering av primære symptomer på andre tilstander enn smerte, eller for å kunne observere forandret mental status (Paul et al., 2002). Det ble også nevnt bivirkninger/følger som bare enkelte av intensivsykepleierne tok hensyn til når de ga smertestillende. Disse bivirkningene/følgene var; forsinket respiratoravvenning og ekstubering, kløe, problemer med vannlating, sekretstagnasjon, tilvenning, økt halveringstid og akkumulering. I en studie av Puntillo viste det seg at sykepleiere holdt tilbake smertestillende eller administrerte mindre doser fordi de var redde for mulige bivirkninger, som hemodynamisk og respiratoriske påvirkning, eller avhengighet (Puntillo, 1990). Andre bivirkninger som har vært nevnt er kvalme og oppkast, forandret mental status, urinretensjon og konstipasjon (Paul et al., 2002). Kun én av intensivsykepleierne i denne studien tenkte på avhengighet og avvenning. Dette kan være positivt, siden det er vist at sykepleiere kan overvurdere faren for avhengighet (Chuk, 1999). Det meldes fra andre studier at etter de akutte bivirkningene er det avhengighet som sykepleiere frykter mest som bivirkning ved bruk av morfin. Avhengighet etter analgetikabruk på sykehus er særdeles sjeldent. I en studie er det vist at bare fire av 11 882 ble

avhengige av analgetika. Det kan derfor anses som ukorrekt å holde tilbake adekvat smertebehandling på grunnlag av en teoretisk risiko for avhengighet (Hamers et al., 1998). Siden dette nevnes så sjeldent av intensivsykepleierne i denne studien, tolkes det som at denne bivirkningen har blitt mindre vektlagt av intensivsykepleierne i denne studien enn i tidligere studier.

Sykepleiers holdninger til og kunnskap om smerter

Det var ikke enighet om hva som var en liten eller stor dose smertestillende.

Det ble under intervjuene klart at sykepleierne vurderte mengden av smertestillende forskjellig. Det vil si at sykepleierne ikke hadde samme oppfatning av hva som var en lav dose morfin. En sykepleier sa at generelt sett var 2,5 mg morfin en liten dose, mens en annen beskrev dette som en gjennomsnittlig dose og brukte det vanligvis som første dose. Når det kom til bolusdoser, var det en viss uenighet mellom sykepleierne om hva som var vanlig å gi av Fentanyl som bolus. Én mente at det vanlig var mellom 2 til 4 ml, mens en annen mente at 1 ml var vanlig å gi som bolus. Én mente sågar at dersom pasienten fikk 2 ml Fentanyl kontinuerlig, hadde hun aldri opplevd at pasienten trengte en bolusdose i tillegg. I en studie av McCaffery og Beebe (1998) ble det anbefalt å starte med 2-5 mg morfin intravenøst til voksne. Deretter bør doseringen gjentas hvert 10. minutt til smertene er under kontroll, såfremt ikke respirasjonsfrekvensen synker i uakseptabel grad. Når morfin gis på denne måten, vil den smertestillende effekten være kjent etter kort tid (McCaffery og Beebe, 1998; Shapiro et al, 1995). Når en opioiddose er fastslått å være sikker, men ineffektiv for en individuell pasient, bør dosen økes med 25 % til 50 % (McCaffery et al., 2000). Én av sykepleierne i denne studien hadde tanker om at det var uheldig å gi en dose bare av vane, og at det burde ligge en individuell vurdering til grunn for hver vurdering. De fleste sykepleierne sa imidlertid bare at en viss dose var mye eller lite, uten å knytte dette til pasienten. Det er i litteraturen foreslått to gyldne regler for smertebehandling; den bør være individualisert og empirisk, og den dosen som er nødvendig er den rette dosen (Nendick, 2000).

En annen faktor som var med i sykepleiernes vurdering var den behandling pasienten fikk i øyeblikket. Omtrent halvparten av sykepleierne sa at de vurderte hva pasienten fikk av kontinuerlig smertestillende når de skulle velge dose, og at dette påvirket dosen av smertestillende som skulle gis som bolus. Høy kontinuerlig dose førte til at sykepleier valgte

en høyere bolus. Om dosen av den kontinuerlige medikasjonen skulle endres, innvirket også tidligere dosering på dosen som ble valgt. Én sa hun ikke ville øke dosen med mer enn det pasienten fikk fra før. Det vil si at hun ikke ville doble dosen. En del av sykepleierne trakk frem egne regler for hvor mye smertestillende de ville gi, eller de hadde trukket opp noen grenser som de nødig ønsket å krysse. Det er vist i studier at sykepleierne administrerte lavere doser smertestillende enn det som var forskrevet. Eller de valgte den lavest mulige dosen, selv om denne dosen ikke hadde gitt den ønskede effekten tidligere (Gray, 1999; McCaffery og Beebe, 1998; Hamers et al., 1998; DeRond et al., 2000). Funnet i denne studien om at det finnes rammer som man holder seg innenfor, støttes ikke av tidligere forskning. Amerikanske retningslinjer sier at dosen av smertestillende skal justeres inntil tilfredsstillende smertekontroll er oppnådd (Hazelett et al., 2002). Noen av sykepleierne sa at de hadde regler for hvor mye smertestillende de ga. Disse virket selvlagde. Flere sa at de aldri ga mer enn pasientens kontinuerlige dose i en bolusdose. Noen sa at de aldri ville gi mindre enn en viss dose, mens andre sa at de aldri ville gi mer enn en viss dose. Dette tolkes som at det er mange subjektive oppfatninger rundt hva som er god smertebehandling, og pasientene står derfor i fare for å bli behandlet for sin smerte ut fra en subjektiv oppfatning og ikke i henhold til en alminnelig godkjent prosedyre. Det er hevdet i ulike studier at sykepleiere har dårlig kunnskap om farmakologisk behandling av smerte (Gray, 1999; Bird og Wallis, 2002). Studier viste at kunnskapen på kirurgisk avdeling om generelle farmakologiske prinsipper generelt var grei nok hos sykepleiere, men at det var manglende kunnskap om prinsipper for profylaktisk bruk av smertestillende, dvs. at administreringen gjentas før smerten er kommet tilbake igjen (Schafheutle et al., 2001; DeRond et al., 2000).

Uenighet blant sykepleierne

Sykepleierne hadde ulike oppfatninger om hva som generelt gjør vondt for intensivpatienten og hva som er det mest smertefulle en intensivpatient kan oppleve. I andre studier beskrives det å være intensivpatient som å være i en situasjon hvor en er svært utsatt for smerte.

Intensivpatienten kan oppleve smerter fra ulike kilder og kan være utsatt for flere smertestimuli. Det har derfor vært foreslått å bruke et begrep som «bakgrunnssmerte» (Freire et al., 2002). Hovedgrunnen til smerteopplevelse er ganske åpenbart vevsødeleggelse etter traume (Kwekkeboom og Herr, 2001).

For at sykepleierne i studien skulle administrere smertestillende, måtte de ha den oppfatning at pasienten hadde smerter. Vurderingen av dette ble basert på to faktorer: kliniske tegn eller at hun antok at pasienten hadde smerter på bakgrunn av hva han var utsatt for. Det er i andre studier vist en signifikant sammenheng mellom sykepleiers vurdering av smerte og den dosen hun gir av morfin (Hazelett et al., 2002). Når intensivsykepleierne skulle beskrive hva de generelt trodde var smertefullt for en intensivpasient, varierte svarene. Det var heller ingen enighet om hva de trodde var mest smertefullt for intensivpasienten. Da de ble spurt om hvilken prosedyre de trodde var mest smertefull, var suging av slim i trachea den prosedyren som oftest ble nevnt. Situasjoner pasienten selv forbandt med smerte, var selve akuttstiasjonen, intubering, suging, fjerning av thoraxdren samt kaliuminfusjon (Gulbrandsen og Stubberud, 2005). I andre studier er det vist at i tillegg til eventuelle skader utsettes pasienten for smertestimuli på grunn av: lungefysioterapi, irritasjon fra endotrakealtube eller urinkateter, innsetting av veneflon thoraxdrenasje, gassdannelser i tarmsystemet og ubekvem liggestilling. Sugging med endotrakealtube regnes som spesielt smertefullt og stressende (Bennet, 2001; Puntillo, 1990).

Selv en enkel intravenøs infusjon, bruk av utstyr som ventrikkelsonde, endotrakealtube og kateter kan irritere vev og forårsake smerte. Smerte kan også forsterkes ved ulike sykepleieaktiviteter som skifte av bandasje og forandring av leie. I tillegg kan smerteopplevelsen forsterkes ved angst og frykt for omgivelsene eller prognosen (Kwekkeboom og Herr, 2001). På spørsmål om hva det vondeste var, varierte svarene i studien mellom at det vondeste kunne være å bli mobilisert, trakeostomert, opplevelse av tapt kontroll, stell av decubitus eller innleggelse av arteriekran og CVK. Andre svarte at det var hele situasjonen med å være intensivpasient som var mest smertefull. Sykepleierne la stor vekt på sin egen oppfatning av pasientens smerte, basert på nøkkelfaktorer som type og tid siden operasjon, eller ikke-verbal informasjon, som pasientens oppførsel. De la også vekt på hvorfor pasienten var innlagt på sykehus og på deres egen antakelse av hvor sterke smerter pasienten hadde eller hvor smertefulle nødvendige prosedyrer var. Dette blir også bekreftet i andre studier (Schafheutle et al., 2001).

Det var ingen enighet mellom sykepleierne om hvorvidt det er smertefullt å ligge på respirator, men de fleste mente at det var vondt å ligge på respirator. For øvrig var grensen mellom de to oppfatningene ikke klar. Svarene varierte mellom smertefullt, ubehagelig, ikke

smertefullt. At helsepersonell ikke har en enhetlig oppfatning av om visse tilstander eller prosedyrer er smertefulle eller ikke, har også vært vist i andre studier. I en studie hvor leger og sykepleiere ble spurt om hvor smertefullt de trodde omskjæring var, trodde ca. halvparten at dette inngrepet var omtrent smertefritt, mens den andre halvparten trodde det var ekstremt smertefullt (Hamers et al., 1998). Dette kan komme av at vanlige problemstillinger rundt smerter ikke er godt nok kommunisert på avdelingene hvor studien ble utført. Når intensivsykepleierne i denne studien skulle rangere det som var mest smertefullt, var det ingen klar likhet mellom svarene. I de fleste svarene var suging i trachea med på rangeringslisten. Samlet sett var det liten enighet mellom intensivsykepleierne når de i denne studien skulle rangere smertefulle prosedyrer. I andre studier er det vist at sykepleiere antar at pasienten har mindre smerter enn det han faktisk har (Nash et al., 1993; Sjøstrøm et al., 1999). Utilstrekkelig smertebehandling kan forekomme blant annet fordi smerten blir undervurdert (Chuk, 1999).

Denne studien har vist at sykepleierne har svært ulik holdning til og oppfatning av smerter. Dermed blir det beslutningsgrunnlaget som smertebehandling skal vurderes opp i mot forskjellig. Det ble tolket slik at intensivsykepleierne ikke har kommunisert med hverandre om smerter hos intensivpasienten. Det var for øvrig ingen som trakk det frem som tema eller som et problem. Dersom det er manglende forståelse for hvordan smerte skal vurderes og manglende kunnskap om farmakologisk effekt av smertestillende midler, kan situasjoner som virker enkle, lett misforstås og føre til at en trekker feil konklusjoner om en pasient. Sykepleiere som har fått inadekvat eller utilstrekkelig utdanning i smertekontroll, er ofte ikke klar over at de har manglende kunnskaper (McCaffery og Beebe, 1998). Om ikke sykepleierne selv oppfatter at de har manglende kunnskaper, ferdigheter eller ressurser, vil intervensjoner rettet mot å bedre dette ha lite for seg (Nash et al., 1993). Mange av deltakerne i en studie som hadde som mål å forbedre smertebehandlingen på en amerikansk intensivavdeling, hadde problemer med å godta at smertebehandlingen ved avdelingen ikke var god nok (Caswell et al., 1996).

Sykepleiernes målsetting

Flertallet i denne studien hadde som mål å få pasienten så ”smertefri som mulig”. Svarene fra disse kunne inndeles i to grupper. Den ene gruppen pekte på situasjoner hvor det var viktigere

å gjøre noe annet enn å lindre smerte, for eksempel å observere, eller på omstendigheter som kunne føre til at pasienten ikke ble smertefri.

I den andre gruppens svar ble det påpekt at det ikke var mulig å fjerne all smerte hos alle intensivpasienter.

Sykepleierne som hadde som mål å få pasienten så smertefri som mulig, mente at dette var i samsvar med hva som var avdelingens mål. Om vi ser intensivsykepleierne som gruppe, var det vanligst å ha som mål at pasienten skulle være mest mulig smertefri. Disse funnene bekreftes i andre studier hvor sykepleiere sier at noen ganger kan ikke smerte fjernes helt, eller at litt smerte ikke spiller noen rolle og noen ganger ikke er til å unngå (Hamers et al., 1998). Smerte er en vanlig opplevelse for en intensivpasient (Kress et al., 2002). Det meldes i flere studier at til tross for omfattende forskning på smertebehandling, rapporterer fortsatt intensivpasienter om dårlig kontrollert smerte (Watt-Wattson et al., 2000; Bertolini et al., 2002; Bair et al., 2000; Cullen et al., 2001; Klopfenstein et al., 2000; Hamers et al., 1998). Smerte bør sees på som en tilstand som er mulig å behandle (Wang & Tsai, 2010).

Den etiske plikten til å behandle smerte og derved hjelpe den lidende pasienten, er selve kjernen i sykepleierens profesjonelle forpliktelse (Caswell et al., 1996). Litteraturen gir altså grunn for at sykepleierne kan innta en mer offensiv målsetting for sin smertebehandling.

Det var kun én av de spurte som svarte at hun hadde som mål å sørge for at pasienten var helt smertefri. Hun trodde at det var mulig å gjøre alle intensivpasienter smertefrie og hadde derfor den smertefrie pasient som mål. Dette målet var basert på en grunntanke om at pasientene ikke trenger å ha smerter og at det er mulig å få dem smertefrie

At målet for smertebehandlingen varierer - smertefri pasient eller så smertefri som mulig - bekreftes i andre studier. I én studie hadde en tredjedel av sykepleierne total smertefrihet som mål, mens de resterende to tredjedeler hadde «så smertefri som mulig» som sitt mål for smertebehandlingen. Alle sykepleierne la vekt på at det ikke alltid var mulig å oppnå smertefrihet (Schafheutle et al., 2001). På den andre siden sa nær sagt alle sykepleierne at pasientene ikke skulle oppleve smerte mellom to doser analgetika og at pasientene hadde rett til å forvente total smertefrihet (Schafheutle et al., 2001).

Syn på egen smertebehandling

Sykepleierne i denne studien mente at de var liberale med å gi smertestillende. Da spørsmålet om intensivsykepleieren oppfattet seg selv som liberal eller konservativ med smertestillende, ble stilt, var det uten en objektiv definisjon av ordene liberal og konservativ. Hva én oppfatter som liberalt eller konservativt, kan være helt forskjellig fra en annens oppfatning. Det var imidlertid ikke meningen å gjøre en objektiv måling av om de var liberale eller konservative, men heller å få en pekepinn om hvordan de oppfattet seg selv. Ingen av intensivsykepleierne ser på seg selv som konservative, eller forsiktige med smertestillende. De uttrykte en vilje til å gå offensivt ut mot smerter med de analgetika som var gitt til deres rådighet. Det ble tolket som at de alle mente at de ga smertestillende raskt som respons på smerte hos pasienten og at de ga en tilstrekkelig mengde. Alle intensivsykepleierne mente at pasientene fikk tilstrekkelig med smertestillende. Med andre ord ser intensivsykepleierne på seg selv som en gruppe som gir tilstrekkelig med smertestillende til intensivpasienter. I andre studier har det vist seg at sykepleiere administrerer mindre enn legen har forskrevet. Én studie viste at jevnt over administrerte sykepleierne mindre enn halvparten av den gjennomsnittlige maksimumsdosen som var forordnet (Watt-Wattson et al., 2000). Undermedikasjon av analgetika er et generelt problem, både som et resultat av underforordning og underadministrering av opioide analgetika (Watt-Wattson et al., 2000). En annen studie viste at intensivsykepleiere administrerte kun 30 % av den totale mengden som var tilgjengelig (Gray, 1999). Dette ytret seg gjerne på to måter:

Sykepleier administrerte legemidlet sjeldnere enn anbefalt. Det innebærer at de utsatte administrasjonen av analgetika til bruk «ved behov» så lenge som mulig. Sykepleierne administrerte smertestillende i lavere doser enn forskrevet. Eller de valgte den lavest mulige dosen, selv om denne dosen ikke hadde gitt ønsket effekt tidligere (Gray, 1999; McCaffery og Beebe, 1998; Hamers et al., 1998; DeRond et al., 2000).

At intensivsykepleierne i denne studien ikke sier om seg selv at de gir for lite smertestillende er ikke så overraskende. Det ville hengt dårlig sammen med det faktum at de ser på seg selv som liberale med smertestillende. I denne studien ligger det en kontroll ved at ingen intensivsykepleiere sier noe om at de andre gir for lite heller. Altså mener de at kollegaene også gir tilstrekkelig med smertestillende. Det vil si at intensivsykepleierne ser på seg selv som en gruppe som gir tilstrekkelig med smertestillende.

Det var på den andre siden noen sykepleiere som trakk frem det faktum at de hadde opplevd pasienter som hadde fått for mye smertestillende. Det ble også uttrykt at intensivsykepleiere ser på seg selv som en gruppe som er mer liberale med smertestillende enn legene er. Selv hos pasienter som er dypt sederte, er ikke smertepersepsjon helt fraværende. Fra pasientens perspektiv er derfor smertekontroll svært ønskelig: Likevel er den ofte utilstrekkelig på intensivavdelingen (Freire et al., 2002).

Studier viser også at bevisstløse pasienter hadde en lavere sjanse for å få smertestillende, selv om de hadde behov for det. Studier bekrefter at pasienter som ikke kan kommunisere verbalt, ikke får dekket sitt behov for smertebehandling (Bertiolini et al., 2002; Puntillo, 1990; Aslan, Badir og Selimen, 2003).

Miljøet

Sykepleierne ga uttrykk for at de syntes at forholdene på avdelingen var lagt til rette for at de kunne gjøre en god smertevurdering. Dette gikk særlig på at det var tid nok til å gjøre smertevurdering og at andre arbeidsoppgaver ikke kom i veien for dette.

I andre studier har det vist seg at sykepleiers administrering av smertestillende kunne bli forstyrret av omgivelsene. Det kunne være et betydelig tidsrom mellom pasientens etterspørsel etter smertestillende og mottak av dette, fordi sykepleier ble avbrutt av andre arbeidsoppgaver, som administrasjon av antibiotika, besvaring av telefoner, assistering av sykepleierstudenter og leting etter utstyr. Når sykepleieren var opptatt med disse arbeidsoppgavene, var de ikke i stand til å ta seg av pasientens behov for smertestillende og andre behov (Manias et al., 2002). På den ene siden kan det være slik at arbeidet deres er organisert slik at de har nok tid til smertevurdering og behandling, men på den annen side kan det hende at de ikke er oppmerksomme på at for eksempel veiledning av studenter tar oppmerksomheten bort fra smertevurdering. Sykepleiers vurderinger før handling påvirkes av situasjonens kontekst. Med kontekst menes fysisk, sosial og symbolsk sfære for praksissituasjonen. Vurderingsfasen gjennomgås i en kontekst av praksissituasjoner som ikke bare er miljøet, men også meningen om miljøet. Konfliktfylte krav, verdistrukturer, kultur og mangel på personell, er eksempler på elementer i miljøet som påvirker vurderinger frem til valg av handling. Strukturer relatert til pasient, sykepleiers mål, arbeidsmåter og sykepleieren selv, vil gjensidig påvirke hverandre og vil alltid bli påvirket av situasjonen (Kim, 2000). Siden smertebehandlingen påvirkes av konteksten, og dermed påvirkes av mange faktorer, kan det være vanskelig å se hvordan disse påvirker smertebehandlingen. I en studie av

Schafheutle et al. (2001) svarte en tredjedel av sykepleierne at de oppfattet smertebehandlingen ved sin kirurgiske avdeling som suboptimal. Når sykepleierne ble spurt om hva som var grunnen til dette, svarte de fleste at det var mangel på tid, mangel på personale og økt arbeidsmengde (Schafheutle et al., 2001). Disse faktorene ble ikke nevnt av sykepleierne i denne studien. Det var allikevel én som påpekte at andre viktige oppgaver kunne stjele fokus fra smertevurdering. Det var situasjoner hvor pasienten ble akutt verre eller var akutt dårlig med respirasjonsproblemer eller lavt blodtrykk. Andre studier viser også at sykepleiere er mindre sensitive overfor smerteproblematikk når smertebehandling kommer i konkurranse med andre nødvendige prosedyrer (Stenger et al., 2001). Intensivpasienten kan ha en rekke tilstander som trenger sykepleie. Sykepleieren må derfor foreta en prioritering. Intensivsykepleieren må håndtere mange konkurrerende prioriteringer, og smertevurdering kan bli oversett når det blir fokusert på viktige livsfunksjoner (Kwekkeboom og Herr, 2001; Cullen et al., 2001). I denne studien presiserte sykepleierne at smertebehandling var en oppgave de prioriterte fremfor andre oppgaver. Det bekreftes i studier at det spiller en rolle om smertebehandling er en prioritert oppgave for leger og sykepleiere på avdelingen (Paul et al., 2002). Det er viktig at det er tydelig på avdelingen at den enkelte sykepleier har et ansvar i forhold til smertebehandlingen (Manias et al., 2002). Generelt er det slik at jo større ansvar man oppfatter at man har for smertebehandlingen, desto sterkere vil intensjonen til sykepleier være for å utføre de vurderinger og handlinger som er nødvendige for god smertebehandling (Nash et al., 1993). Det var derfor positivt at sykepleierne ga uttrykk for at de hadde en klar oppfatning av deres ansvar og rolle i smertebehandlingen. I en norsk studie er det vist at når det gjaldt smertebehandling, var det et gap mellom hva sykepleier sa hun gjorde og hva hun faktisk gjorde. Når dette gapet var stort, viste det seg å være en barriere for adekvat smertebehandling. Dette gapet syntes å være mindre i de tilfellene hvor sykepleierne tok en aktiv rolle for å møte pasienter med smerter. Derved økte muligheten for bedre smertebehandling (Dihle, Bjølseth og Helseth, 2006).

I denne studien var det flere intensivsykepleiere som opplevde at det kunne være konflikt mellom ulike krav og målsettinger for pasienten som hadde smerter. Det ble nevnt at det kunne oppstå et dilemma når man ønsket at pasienten skulle ha en viss grad av våkenhet og at han skulle være smertefri, siden administrasjon av smertestillende ville kunne medføre en lavere grad av våkenhet. Hvordan intensivsykepleier løste dette dilemmaet var svært forskjellig. Noen mente at smertefrihet skulle prioriteres fremfor våkenhet, og noen var mer

restriktive med smertestillende dersom pasienten skulle være våken. Dette ble tolket som at intensivsykepleierne selv velger de mål som skal oppfylles. På et annet punkt i intervjuet ble de spurt om de fikk korreks på sin administrering av smertestillende, og det svarte alle benektende på. Det ser altså ut til at sykepleierne ganske fritt kan velge mellom ulike målsettinger.

Mål i kliniske sykepleiesituasjoner kan være generelle, som å fremme helse eller ivareta klientens autonomi, og spesifikke for situasjonen, som sikring av frie luftveier eller behandling av smerte. I tillegg kan målene være forskjellige for pasienten, hans familie, sykepleier og kollegaer. Hvordan sykepleier oppfatter og legger vekt på forskjellige mål er ett av de problematiske aspektene i vurderingsfasen (Kim, 2000).

Det var ingen av sykepleierne i denne studien som hadde opplevd å få korreks fra ledelsen fordi de hadde brukt for mye eller for lite smertestillende. Den eneste referansen var at deres måte å gjøre det på var i tråd med ledelsens ønske. Det virket som om smertebehandling sjeldent ble korrigert. Dersom den ble korrigert, skjedde det under morgenvisitten og som følge av forandringer i pasientens tilstand og ikke som en korreksjon fordi det på foregående vakter hadde blitt gitt for mye eller for lite.

Sykepleiernes interaksjon med behandlingsregimet

Alle sykepleierne i denne studien mente at det fungerte bra å gi smertestillende ved behov, men at det hendte at det ikke var ordinert nok smertestillende. Det er ikke uvanlig at leger er for tilbakeholdne med å forskrive smertestillende. Dette ytrer seg gjerne på flere måter. De ordinerer lavere doser enn det som er nødvendig, og de ordinerer med lengre intervall mellom dosene enn medikamentets virketid (McCaffery og Beebe, 1998). I andre studier påpekes det at det ikke er forordnet rett analgetika (Hamers et al., 1998). I én studie som omhandlet mangler ved forordningen av analgetika, mente de spurte at analgetikaregimene var inadequate eller ikke effektive. De mente at medisinsk personell ikke var villige til å diskutere forordningen av analgetika eller endring av regime. Mange oppfattet også at det var vanskelig å få tak i medisinsk personell om endringer måtte gjøres (Schafheutle et al., 2001). Derfor mente de at det var en ordning som var avhengig av samarbeid mellom intensivsykepleier og anestesilege for å fungere. Når det ikke var ordinert tilstrekkelig med analgetika, måtte intensivsykepleieren ta kontakt med legen. Dette nødvendige samarbeidet for at

administrering av smertestillende ved behov skal fungere, er også beskrevet i andre studier. I én studie påpekes det at ansvaret for medikamentell smertekontroll ligger hos flere faggrupper. Tverrfaglig samarbeid har betydning for å sikre at pasienten får riktig smertebehandling, og medikamentell smertekontroll omtales derfor som en tverrfaglig prosess (DeRond et al., 2000). Sykepleier må rapportere omgående og nøyaktig til legen når det er behov for endring eller ytterligere tiltak. Hun må om nødvendig foreslå spesifikke endringer av for eksempel medikament, administreringsmåte, dosering og hyppighet (McCaffery og Beebe, 1998; White, 1999; Gulbrandsen og Stubberud, 2005). Nær sagt alle sykepleierne i denne studien hadde den oppfatning at de kunne påvirke smertebehandlingen ved kommunikasjon med behandlende lege og at de dermed kunne få gjennomslag for egne meninger vedrørende smertebehandlingen. På samme tid sa de at dersom det oppsto uenighet, var det legen som hadde det siste ordet. Sykepleierne sa ikke mer enn det. De hverken tillat det noe negativt eller positivt, de bare sa at slik var det. I en studie av Wild (2001), ble dette beskrevet som en frustrerende situasjon (Wild, 2001). Dette ble derfor tolket slik at sykepleierne hadde akseptert at legen hadde siste ordet. Intensivsykepleieren har gjennom sin lindrende funksjon som mål å begrense omfanget og styrken av de belastninger pasienten vil kunne oppleve i forbindelse med sykdom, skade og behandling. Slik blir pasientens krefter knyttet til helbredende prosesser, og smerte og ubehag blir redusert eller fjernet. Intensivsykepleieren og ansvarlig lege som har forordnet medikamentet, har et felles ansvar for riktig administrering. Intensivsykepleier har i tillegg fått delegert et selvstendig ansvar. Det betyr at hun skal vurdere og påvise eventuelle behov for endringer og ytterligere tiltak (Hamers et al., 1998).

Sykepleiers forhold til retningslinjer og kartleggingsredskap

Flertallet av intensivsykepleierne sa at de ikke brukte eller kjente til en skala for måling av smerte hos pasienter som ikke kunne kommunisere verbalt. Det ble ikke brukt noe verktøy for kartlegging av smerter på noen av intensivavdelingene. I andre studier blir det vist til at det mange steder ikke finnes noen standardisert registrering av smertebehandling. Det finnes heller ingen systematisk metode for å registrere alle smertelindrende tiltak for den enkelte pasient, og om disse tiltakene har vært trygge og effektive. Da er det ikke lett for sykepleier å finne frem til informasjon om problematiske smertetilstander og mulige måter å løse dem på, og heller ikke lett å formidle slik informasjon raskt til andre sykepleiere, samt sikre at

smertestatus får kontinuerlig oppmerksomhet (McCaffery og Beebe, 1998; Kwekkeboom og Herr, 2001).

Kun én av intensivsykepleierne i denne studien sa at hun så et behov for bruk av smerteskala for å redusere subjektive innslag i smertevurderingen. I en studie påpekes det at bruken av protokollstyrt sedasjon kan redusere varigheten av mekanisk ventilasjon, forkorte oppholdet på intensivavdelingen og på sykehuset og redusere behovet for trakeotomi hos kritisk syke pasienter med akutt respiratorisk sykdom. Suksessen med bruk av protokoll synes å skyldes at det muliggjorde raskere kliniske avgjørelser ved pasientens seng (Brook et al., 1999). På den andre siden fører ikke identifisering av smerteintensitet og behov for intervensjon automatisk til aksjon. Kartleggingsverktøy for smerte er effektive når det gjelder å anslå og dokumentere smertegraden hos den individuelle pasienten, men det har ikke forandret hvordan smerter blir håndtert. Smertebehandlingen er ikke bedret selv om en mer systematisk kartleggingsmetode er blitt introdusert (Gordon og Dahl, 2003). Det kan i tillegg være behov for større kunnskap om hvordan smerter kan håndteres, og at temaet prioriteres høyere i avdelingen (Blenkharn et al., 2002). En protokoll sier heller ikke noe om hvor relevant dosen er i forhold til smertelindring hos den enkelte pasient (Chuk, 1999). Dessverre kan de kliniske tegnene også foreligge i situasjoner og tilstander uten smerte. Dette kan være et argument for å bruke systematiske vurderingsverktøy (Blenkarn et al., 2002). Uheldigvis har det vist seg at selv om retningslinjer og mandat finnes, forsetter sykepleiere å undervurdere smerte hos pasienten (Helms og Barone, 2008). Det er blitt påpekt i en annen studie at det ikke er nye teknikker som trengs, men heller en organisasjon som holder fokus på smertebehandling. I tillegg øker kompetansen på sykepleiere og leger sammen, slik at de blir oppmerksomme på de samme utfordringene (Leykin et al., 2007). Om de som jobber i klinikken skal forandre sin rutine, trenger de å se klart et behov for å endre praksis. De har også behov for å bli vist tydelig at den endrede praksisen vil bedre pasient behandlingen. Enda viktigere må de være enig i at det er utfallet av den endrede praksisen (DeMonaco, 2000). Helsepersonell som gjevnlign får påfyll av kunnskap om smertebehandling, har høyere kunnskap om den og har høyere grad av positive holdninger i forhold til smertebehandling (Edwards, Nash, Yates, Walsh, Fentiman, McDowell, Skerman og Najman, 2001).

Dokumentasjon av vurderinger

De fleste sykepleierne i denne studien sa at de ikke dokumenterte vurderingene sine før de ga smertestillende. Det er ikke lite kunnskap om sykepleiernes beslutningsgrunnlag ved vurdering av medikasjon «ved behov». En av grunnene kan være mangelfull dokumentasjon av denne type vurderinger ved administrering av smertestillende (Gray, 1999; Nash et al., 1993). Det de dokumenterte var at pasienten hadde hatt smerter og hadde fått smertestillende, nærmere bestemt når smertestillende var administrert, hvor mye, administrasjonsform, type smertestillende. Noen dokumenterte også effekten av medisineren. Rapportene beskrev hva som var gitt og hvor mye til hvilken tid, og i noen tilfeller en kommentar om det hadde hatt ønsket effekt, men de beskrev altså ikke vurderingene som var gjort tidligere. Likevel ble det lagt stor vekt på tidligere rapporter om hvor mye smertestillende som var gitt, når det skulle bestemmes mengde smertestillende.

Intensivpasienten kan ha en rekke tilstander som trenger sykepleie. Det er derfor nødvendig at sykepleier foretar en prioritering. Intensivsykepleieren må håndtere mange konkurrerende prioriteringer (Kwekkeboom og Herr, 2001; Cullen et al., 2001). Dette understreker behovet for at vurderingene dokumenteres siden det senere kan være vanskelig å forstå de vurderingene som er gjort. Dårlig dokumentasjon av smertebehandling kan være en grunn til at behandlingen ikke blir optimal (Gray, 1999). Tydelige funn viste at en vesentlig del av beslutningsgrunnlaget til informantene er hva sykepleiere på forgående vakter har dokumentert at de har gitt av smertestillende, og om det hadde hjulpet. Det vil si at erfaring med hva andre hadde gjort ble ansett av sykepleierne i denne studien som en sentral faktor for hvordan sykepleierne administrerte smertestillende. Det var utslagsgivende i forhold til hvilken dose smertestillende sykepleieren begynte med når hun skulle administrere smertestillende.

Tidligere rapporter var også styrende i forhold til hvilke kliniske tegn sykepleier så etter. Sykepleier vurderer altså kliniske tegn, pasientens diagnose og ordinasjoner, men hva som er gitt tidligere tillegges betydelig vekt i beslutningsprosessen. Dette blir problematisk når det på samme tid slås fast at sykepleiernes dokumentasjon av de vurderingene som er gjort før administrasjon av smertestillende, er mangelfull.

Beslutningsprosessen i forhold til administreringen av smertestillende til kritisk syke er en kompleks prosess. Sykepleiebeslutninger er influert av faktorer som kjennskap til pasienten, personlig kunnskap samt evnen til å balansere intervensjon, sykepleieferdighet og erfaring.

Kunnskap om pasienten er et spesielt viktig element i beslutningsprosessen. Sykepleierne var mindre sikre på sine avgjørelser når de ikke hadde spesifikk kunnskap om pasienten (Hurlock-Chorostecki, 2002). Det første steget og en nøkkelkomponent i effektiv smertebehandling er sykepleierens vurdering av pasientens situasjon og smertestatus (Nash et al., 1993; Kwekkeboom og Herr, 2001). Det er derfor viktig at vurderingene dokumenteres, slik at sykepleiere på senere vakter kan gjøre en så god smertevurdering som mulig.

KAPITTEL 7 - KONKLUSJON

Kapitlet gir en oppsummering av studien, og en vurdering av den. Kapitlet avsluttes med anbefalinger for videre forskning innenfor dette temaet.

Formålet med denne studien har vært å undersøke hvilke faktorer som påvirker intensivsykepleiere når de skulle danne sitt beslutningsgrunnlag for administrering av smertestillende. I kartleggingen av faktorene som påvirker intensivsykepleier når hun gir smertestillende, har det vært sentralt å undersøke hvordan elleve intensivsykepleiere på tre ulike sykehus har opplevd situasjoner hvor de har administrert smertestillende etter behov. Hva er det som har påvirket disse intensivsykepleierne til å velge å administrere smertestillende slik de gjorde?

Studien bekrefter tidligere funn om at intensivsykepleier i stor grad bruker kliniske tegn for å identifisere smerte. Det er det utfordringer knyttet til, og det ser ut som om det er et behov for å løfte opp smerteidentifisering som et tema i avdelingene. Beslutningsgrunnlaget mellom sykepleierne var på mange områder likt, men på viktige punkter ulik. Denne studien viser et behov for at smerter og smertebehandling blir jevnlig kommunisert på intensivavdelingene. Det var ingen av sykepleierne i denne studien som tok opp temaer som omtales som problematiske i andre studier, som at legene forordner for lite, at sykepleierne administrerer mindre enn legens forordning tillater, at frykt for bivirkninger kan redusere villigheten til å gi smertestillende og at sykepleiere undervurderer pasientens smerte. Det kan tenkes at de ikke kjente til denne forskningen eller at dette ikke er problematisk på disse avdelingene. Det som gir grunn til undring er at det innenfor forskningen finnes mange områder hvor smertebehandling kan være utfordrende, og likevel stilte ikke intensivsykepleierne i denne studien seg kritiske til sin egen smertebehandling. De ble heller ikke bedt om å være det. Det kan derfor tenkes at de har kritiske tanker om egen smertebehandling, men ikke kommuniserte dette. De trenger å bli gjort oppmerksomme på at ulike studier indikerer at smertestillende ikke brukes i tilstrekkelig grad. Det ser ut som om at det er et behov for kommunikasjon. En måte å oppnå kommunikasjon er bruk av logg, men det vil nok ikke være tilstrekkelig alene.

Et annet sentralt funn i studien var at sykepleierne brukte rapporten om hva som var gitt på tidligere vakter, som utgangspunkt for egen smertebehandling. På samme tid sa de fleste av sykepleierne at de ikke dokumenterer de vurderingene de gjør. Det er derfor et behov for at sykepleier dokumenterer sine vurderinger som hun gjorde før smertebehandlingen. Dermed kan de andre se vurderingene som er gjort, og vurdere om disse er gyldige for den situasjonen de selv står overfor.

Denne studien viser at sykepleierne var oppmerksomme på sin sentrale rolle i smertebehandlingen, og inntok en aktiv rolle i den. Om nødvendig å diskutere en endring av den med behandelende lege. De hadde også en oppfatning av seg selv som liberale med smertestillende. Et eierforhold og ansvarsfølelse er en viktig faktor til en god smertebehandling.

Det var ingen av intensivsykepleierne som stilte spørsmål ved om de virkelig kom i mål med smertebehandlingen. Dersom det er manglende forståelse for hvordan smerte skal vurderes og behandles, kan situasjoner som ser enkle ut, lett misforstås og føre til at en trekker feil konklusjoner om en pasient. Sykepleiere som har fått inadekvat eller utilstrekkelig utdanning i smertekontroll, er ofte ikke klar over at de har manglende kunnskaper (McCaffery og Beebe, 1998). Om ikke sykepleiere selv oppfatter at de mangler kunnskaper, ferdigheter eller ressurser, vil intervensjoner rettet mot å bedre dette ha lite for seg (Nash et al., 1993). Derfor er det viktig at det er jevnlig kommunikasjon mellom sykepleierne om smertevurdering og behandling.

Oppfatningen om hva som er mye eller lite smertestillende var ikke entydig, men det kan ha en viss sammenheng med at dette varierer fra pasient til pasient. Hva som er tilstrekkelig for én pasient, kan være for mye eller for lite for en annen. Men det hadde vært ønskelig med en mer ensartet og tydeligere måte å bestemme hva som er tilstrekkelig smertebehandling for den enkelte pasient.

Forskning på sykepleie og smertebehandling har frem til i dag vært preget av en oppstykking av temaet ved at det har vært fokusert på få elementer av beslutningsgrunnlaget. Én av årsakene kan være at prosessen er komplisert, og at det derfor er enklere å presentere en løsning dersom prosessen deles opp i få elementer. Informantene i denne studien er med på å

synliggjøre at administrering av smertestillende er en komplisert samhandling av mange faktorer. De har ulike måter å sette sammen beslutningsgrunnlaget, de har ulike oppfatninger om smerte og smertestillende. Dermed blir beslutningsgrunnlaget ulikt fra sykepleier til sykepleier. Det er et behov for at intensivsykepleiere kommer sammen og snakker om smerter hos intensivpasienten. Det ideelle er om det kan etableres en slik kommunikasjon som også innlemmer legene ved avdelingen. Det er nødvendig at smertevurdering og smertebehandling kommuniseres som et tema i avdelingen, slik at det kan etableres en felles forståelse for bruk av kliniske tegn, smertevurdering og behandling.

Vurdering av studien

Arbeidet med denne studien har gitt klare tegn på at det er viktig å rette oppmerksomheten mot smertebehandling av intensivpasienter og det faktum at sykepleiere har ulike oppfatninger av hva som er smertefullt og hva som er små eller store doser smertestillende. Det ble ikke innhentet demografiske data før intervjuene, og det innskrenker muligheten for å se dataene i en slik kontekst. Det har imidlertid vist seg at erfarne intensivsykepleiere ikke vurderte smerteintensiteten hos pasienten som annerledes enn sine mindre erfarne kollegaer, men de ville gi mye mer morfin enn de mindre erfarne (Hazelett et al., 2002).

Ett av formålene med studien var å øke kunnskapsnivået hos sykepleiere. Studien gir god innsikt i hvilke faktorer som danner intensivsykepleiernes beslutningsgrunnlag for administrering av smertestillende. Håpet er at studien kan formidle denne kunnskapen videre til intensivavdelingene. Det er viktig å jevnlig sette smerter på dagsordenen for å dra nytte av den positive effekten av lesing av forskningslitteratur og reflektering over egen praksis. Når det gjelder arbeidssted, så det ikke ut til å være vesentlige forskjeller mellom de faktorer sykepleierne la til grunn. Et materiale på elleve informanter gir ikke grunnlag for en bred generalisering. Men det er rimelig å anta at funnene kan gi sykepleiere et nyttig innblikk i hvilke faktorer andre intensivsykepleiere har med i sitt beslutningsgrunnlag.

Forskningsprosessen med intervjuer, teoretisk fordypning, litteratursøk og analyse av datamaterialet har vært lærerikt og gitt ny innsikt. Videre har studien reist nye problemstillinger. Med utgangspunkt i dette skisseres det følgende anbefaling for videre arbeid.

Forslag til videre forskning og tiltak

Den empiriske delen av studien har avdekket behov for å utvikle systematiske metoder for å vurdere smerte hos intensivpasienter. Et verktøy for vurdering av smerte hos akutt syke, voksne pasienter med liten evne til å kommunisere verbalt, ville vært nyttig for å bedre sykepleieres og legers vurdering av smerte hos pasientene. Det ville også være nyttig om det ble utarbeidet kliniske retningslinjer. I denne studien har sykepleiere deltatt. I en fremtidig studie vil det være interessant å inkludere legene. Det vil kunne gi en mer helhetlig forståelse av sykepleiernes funksjon i forhold til smertelindring hos intensivpasienter. Forhold vedrørende funksjonsfordelingen mellom sykepleiere og leger kunne blitt belyst i en slik studie. Siden respondentene hadde så forskjellig oppfatning av hva som er smertefullt og hvor smertefullt det er, hadde det vært interessant å gjøre en større kartlegging av norske intensivsykepleiernes oppfatning av disse temaene og fulgt dette opp. Det hadde vært interessant å se flere studier av norske forhold. Det hadde også vært interessant å vite hva den enkelte sykepleier faktisk gjør i forhold til hvordan hun selv opplever det hun gjør, og å se nærmere på styrkeforholdet mellom de faktorene som påvirker sykepleier når hun administrerer smertestillende. Som tidligere nevnt hadde det vært interessant å forske på miljøets innvirkning og utdanningsopplegg for dem som skal drive smertebehandling. I den forbindelse hadde det vært aktuelt å fokusere på den lett sederte pasienten i et smerteperspektiv. Videre ville det vært viktig å kartlegge hvordan arbeidsplassen tilrettelegger for intensivsykepleiernes smertebehandling. I denne sammenheng hadde det vært nyttig med et samarbeidsprosjekt mellom intensivavdelingen og palliativt team. Til slutt er det verdt å nevne at denne studien har avdekket et behov for ytterligere studier av smertebehandling hos norske intensivpasienter, slik at pasientene får den behandling de har behov for.

REFERANSELISTE

- Andersen, R. D., Greve-Isdahl, M., Meberg, A. & Jylli, L. (2007). Oppfatninger om kunnskap og barrierer i smertebehandling av nyfødte. En undersøkelse blant personalet i to norske intensivavdelinger. *Vård i Norden*, publ.nr. 83, 27(1), 22-26.
- Arbour, C. & Gelinas, C. (2010). Are vital signs valid indicators for the assessment of pain in postoperative cardiac surgery ICU adults? *Intensive & Critical Care Nursing*, april, 26(2), 83-90. ISSN: 0964-3397 PMID: 20044256 CINAHL AN: 2010614385
- Arner, S. (1992). Postoperativ smertebehandling – medel, metoder, vinster och organisation. *Läkartidningen*, 89(36), 2815-2816.
- Aslan, F. E., Badir, A. & Selimen D. (2003). How do intensive care nurses assess patients` pain? *Nursing in Critical Care*, mars-april, 8(2), 62-7 (journal article – research, tables/charts) ISSN: 1362-1017 PMID: 12737190 CINAHLAN: 2003120712
- Bair, N., Bobek, M. B., Hoffman-Hogg, L., Mion, L. C., Slomka J. & Arroliga, A. C. (2000). Introduction of sedative, analgesic, and neuromuscular blocking agent guidelines in a medical ICU. *Critical Care Medicine*, 3, 707-713.
- Bennet, M. (2001). Pain assessment and management in paediatric intensive care: part 1. *Paediatric Nursing*, June, 13, No 5, 26-28.
- Bennet, M. (2001b). Pain assessment and management in paediatric intensive care: part 2. *Paediatric Nursing*, July, 13, No 6, 26-29..
- Bertolini, G., Minelli, C., Latronico, N., Cattaneo, A., Mura, G., Melotti, R. & Iapichino, G. (2002). The use of analgesic drugs in postoperative patients: the neglected problem of pain control in ICU. *European Journal Of Clinical Pharmacology*, 12. mars.
- Bird, A. & Wallis, M. (2002). Nursing knowledge and assessment skills in the management of patients receiving analgesics via epidural infusion. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 522-531.
- Blenkharn, A., Faughanan, S. & Morgan, A. (2002). Developing a pain assessment tool for use by nurses in an adult intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, desember, 18(6), 332-341.
- Brockopp, D. Y., Ryan, P. & Warden, S. (2003). Nurses` willingness to manage the pain of specific groups of patients. *British Journal of Nursing*, 12, (7), 409-415.
- Brook, D. B., Ahrens, T. S., Schaiff, R., Prentice, D., Sherman, G., Shannon, W. & Kollef, M. H. (1999). Effect of a nursing - implemented sedation protocol on the duration of mechanical ventilation. *Critical Care Medicine*, 27(12), 2609-2615.

- Caswell, D. R., Williams, J. P., Vallejo, M., Zaroda, T., McNair, N., Keckeisen...Cryer, H. G. (1996). Improving pain management in critical care. *Journal on Quality Improvement*, October, 22, (10), 702-712.
- Chuk, P. K-C. (1999). Vital signs and nurses` choices of titrated dosages and intravenous morphine for relieving pain following cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 858-865.
- Cohen, F. (1980). Postsurgical pain relief: patient`s status and nurses` medication choices. *Pain*, 9, 265-274.
- Cullen, L., Greiner, J. & Titler, M. G. (2001). Pain management in the culture of critical care. *Critical Care Nursing of North America*, juni, Volume 13, Number 2, 151-165.
- Dalton, J. A., Blau, W., Lindley, C., Carlson, J., Youngblood, R. & Greer, S. M. (1999). Changing acute pain management to improve patient outcomes: An educational approach. *Journal of Pain and Symptome Management*, April, Volume 17, No 4, 277-287.
- DeMonaco, H. J. (2000). Guidelines, pathways and the end result. *Critical Care Medicine*, 28, 889-890.
- DeRond, M. E. J., DeWit, R., Van Dam, F. S. A. M. & Muller, M. J. (2000). A pain monitoring program for nurses: effect on the administration of analgesica. *Pain*, 15. desember, 89(1), 25-38.
- Dihle, A., Bjølseth, G. & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, april, 15(4), 469-479.
- Dihle, A., Helseth, S., Kongsgaard, U. E., Paul, S. M. & Miaskowski, C. (2006). Using the American Pain Society`s Patient Outcome Questionnaire to evaluate the quality of postoperative pain management in a sample of Norwegian patients. *The Journal of Pain*, april, 7(4), 272-280.
- Edwards, H. E., Nash, R. E., Yates, P. M., Walsh, A. M., Fentiman, B. J., McDowell, J. K.... Najman, J. M. (2001). Improving pain management by nurses: A pilot peer intervention program. *Nursing and Health Sciences*, 3, 35-45.
- Fagermoen, M. S., Nord, R., Hanestad, B. R & Bjørnsborg, E. (red) (1998). *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Feeley, K. & Gardner, A. (2006). Sedation and analgesia management for mechanically ventilated adults: literature review, case study and recommendations for practice. *Australian Critical Care*, mai, 19(2), 73-77.
- Freire, A. X., Afessa, B., Cawley, P., Phelps S. & Bridges, L. (2002). Characteristics associated with analgesia ordering in the intensive care unit and relationships with outcome. *Critical Care Medicine*, 30(11), 2468-2472.
- Gordon, D. B., Dahl, J.L. (2003). Quality improvement challenges in pain management. *Pain*, 3. september.

- Granum, V. & Solvoll, B-A. (1997). *Sykepleieren – den forskende praktiker*. Oslo/Tønsberg. Tano Aschehoug.
- Gray, E. (1999). Do respiratory patients receive adequate analgesia? *Nursing Standard*, 13(47), 32-35
- Gulbrandsen og Stubberud, 2005. *Intensivsykepleie*. Oslo. Akribe Forlag
- 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*, mars/april, 27(2), 123-132.
- Hamers, J. P. H., Abu-Saad, H. H., Van der Hout, M. A. & Halfens, R. J. G. (1998). Are children given insufficient pain-relieving medication postoperatively? *Journal of Advanced Nursing*, 27, 37-44.
- Hazelett, S., Powell, C. & Audroulakakis, V. (2002). Patients` behavior at the times of injury: Effect on nurses` perception of pain level and subsequent treatment. *Pain Management Nursing*, mars, 3(1), 28-35.
- Helms, J. E. & Barone, C. P. (2008). Physiology and treatment of pain. *Critical Care Nurse*, 28, 38-49.
- Holter, H. & Kalleberg, R (red). (1996). *Kvalitative metoder i samfunnsforskningen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hurlock-Chorostecki, C. (2002). Management of pain during weaning from mechanical ventilation: The nature of nursing decision-making. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 34(3), 33-47.
- Islander, G. (1986). Patientkontrollerad analgetikatilførsel – ett alternativ inom intensivvården. *Läkartidningen*, 83(42), 3527-3528.
- 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 critical ill adult. *Critical Care Medicine*, januar, 30(1), 119-141.
- Kim, H. S. (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing*. New York. Springer Publishing Company.
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og vurdering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Klopfenstein, C. E., Herrmann, F. R., Mamie, C., Van Gessel, E. & Forster, A. (2000). Pain intensity and pain relief after surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, januar, 44(1), 58-62.

- Kress, J. P., Pohlman, A. S. & Hall, J. B. (2002). Sedation and analgesia in the ICU. *American journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166, 1024-1028.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Steinar Kvale og Studentlitteratur, Sverige
- Kvale og Brinkmann, (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo. Gyldendal Akademisk,
- Kwekkeboom, K. L. & Herr, K. (2001). Assessment of pain in the critically ill. *Critical Care Nursing of North America*, juni, 13(2), 181-194.
- Leykin, Y., Pellis, T., Ambrosio, C., Zanette, G., Malisanio, A., Rapotec, A & Casati, A. (2007). A recovery room-based acute pain service. *Minerva Anestesiologica*, 73, 201-206.
- Li, D. Puntillo, K. (2004). What is the current evidence on pain and sedation assessment in nonresponsive patients in intensive care units? *Critical Care Nurse*. Oct; 24 (5), 68-72
- Malek, C. J. & Olivieri, R. J. (1996). Pain management: Documenting the decision making process. *Nursing Case Management*, mai-juni, 1(2), 64-74.
- Manias, E., Botti, M. & Bucknall, T. (2002). Observation of pain assessment and management - the complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, november, 11(6), 724-733.
- McCaffery, M. & Beebe, A. (1996). *Smertter. Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- McCaffery, M., Ferrell, B. R. & Pasero, C. (2000). Nurses personal opinions about patients` pain and their effect on recorded assessments and titration of opioid doses. *Pain Management Nursing*, september, 1(3), 79-87.
- Moseby`s medical., nursing & allied health dictionary*. fifth edition, A times mirror company.
- Nash, R., Edwards, H. & Nebauer, M. (1993). Effect of attitudes, subjective norms and perceived control on nurses` intention to assess patients` pain. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 941-947.
- Nendick, M. (2000). Patient satisfaction with post-operative analgesia. *Nursing Standard*, 14(22), 32-37.
- Nortvedt, F. & Nortvedt, P. (2003). *Smerte – fenomen og forståelse*. 2. opplag, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Silka, P, A., , ?, Mendel, M., Roth, B. S & Geidermann, J. M. (2002). Patterns of analgesic use in trauma patients in the emergency department. *American Journal of Emergency Medicine*, juli, 20(4), 298-302.
- Puntillo, AP. (1990). Pain experiences in intensive care unit patients. *Heart & Lung*, september, 19(5), s. 1.

- Puntillo, K. A., Miaskowski, C., Kehrle, K., Stannard, D., Gleeson, S. & Nye, P. (1997). Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients' self reports of pain, and opioid administration. *Critical Care Medicine*, 25, 1159-1166.
- Puntillo, KA. Neighbor, R. Nixon. (2003). Accuracy of emergency nurses in assessment of patient's pain. *Pain management nursing*, vol 4 *Pain management nursing*, vol. 4, December, 2003: pp 171-175.
- Redmond, K. (1997). Organizational barriers in opioid use. *Support Care Cancer*, 5, 451-456.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Schafheutle, E. I., Cantrill, J. A. & Noyce, P. R. (2001). Why is pain management suboptimal on surgical wards? *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 728-737.
- Shapiro, B. A., Warren, J., Egol, A. B., Greenbaum, D. M., Jacobi, J., Nasraway, S. A., Schein, R....Stone, J. R. (1995). Practice parameters for intravenous analgesia and sedation for adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, september, 23(9), 1596-1600.
- Sjøstrøm, B., Dahlgren, L. O. & Haljamae, H. (1999). Strategies in postoperative pain assessment: validation study. *Intensive Critical Care Nursing*, 15, 247-258
- Skrobik, Y. (2008). Pain may be inevitable; inadequate management is not. *Critical care* [NLM-MEDLINE]. 12(2), s. 142
- Stenger, K., Schooley, K. & Moss, L. (2001). Moving to evidence – Based practice for pain management in the critical care setting. *Critical Care Nursing of North America*, juni, 13(2), 319-327.
- Tønnesen, T.I. (2000). *Postoperativ smertebehandling*. Oslo. Ad Notam Gyldendal.
- Watt-Wattson, J., Garfinkel, P., Gallop, R., Stevens, B. & Streiner, D. (2000). The impact of nurses' empathic responses on patients' pain management in acute care. *Nursing Research*, juli-august, 49(4), 191-200.
- White, C L. (1999). Changing pain management practice and impact on patient outcomes. *Clinical Nurse Specialist*, juli, 13(4), 166-172.
- Wild, LR. (2001). Pain management, An organizational perspective. *Critical Care Nursing of North America*, juni, 13(2), 297-309.

Vedlegg 1

**FORESPØRSEL OM TILLATELSE TIL Å GJENNOMFØRE EN INTERVJU
UNDERSØKELSE BLANT SYKEPLEIERNE VED INTENSIVAVDELINGEN.**

Mitt navn er Gard Sørseth, og jeg er sykepleier ved intensivavdelingen på AHUS. Jeg er også mastergradstudent ved Institutt for sykepleievitenskap ved universitetet i Oslo. Der arbeider jeg med en mastergradsoppgave om beslutningsgrunnlaget til sykepleier når hun/han gir smertestillende fra «ved behov» listen, til intensivpasienten som ikke kan kommunisere. Min veileder er dr. polit Ida Torunn Bjørk, Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning, Rikshospitalet.

Vurdering og tiltak mot smerter er et viktig område for sykepleiepraksis. Når smertestillende er forordnet «ved behov», er det sykepleiers ansvar å gjennomføre selve smertebehandlingen innenfor gitte rammer. Sykepleieren står i vanskelige situasjoner fordi de skal ta avgjørelser ganske raskt og ofte er sykepleier alene i situasjonen. Situasjonene gjøres ofte mer problematisk ved at intensivpasienten er ute av stand til å kommunisere, på grunn av intubering og/eller sedering (Puntillo, 1990). I tillegg har pasienten ofte flere livstruende tilstander som gir konkurrerende fokus til smertelindring.

Det er gjort forskning rundt smerter, utvikling av verktøy for observasjon av smerte og behandlingalternativer (Bertiolini, Minelli, Latronico, Cattaneoj, Mura, Melotti og Iapichino. 2002), (Puntillo, Miaskowski, Kehrle, Stannard, Gleeson og Nye 1997; Kress, Pohlman og Hall 2002). Gjennom denne forskningen er det publisert mye kunnskap om intensiv pasienter og smerter, og vi vet derfor mye om enkelt faktorer som påvirker når sykepleier skal gi smertestillende (McCaffery og Beebe 1998). Denne kunnskapen tangerer, men er ikke fullstendig i forhold til det denne studien har som fokus.

Studiets hensikt er derfor å kartlegge hvordan sykepleieren kommer frem til beslutning om dose smertestillende.

Blir denne søknaden innvilget ønsker jeg å intervju ca. 5 intensivsykepleiere som arbeider ved intensiv avdelingen. Jeg ønsker å intervju sykepleierene når de er på jobb, i et lokale i umiddelbar nærhet. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd. På samme tid vil jeg også gjøre notater. Intervjuet vil ta ca. en time. Intervju guiden er utarbeidet på bakgrunn av litteratur. Under forutsetning av at De innvilger denne forespørsel, ber jeg om å få ta kontakt med avdelingsykepleier på avdelingen for videre opplegg for datasamlingen. Det vil kun være jeg og min veileder som har tilgang til lydbåndene og notatene. Disse vil bli slettet etter avsluttet studie.

Svar på denne henvendelsen bes returnert i vedlagt svarkonvolutt, eller E-mail så raskt som mulig. Jeg vil kontakte Dem etter en uke for å forsikre meg om at forespørselen er kommet frem. På forhånd takk for hjelpen. Eventuelle spørsmål kan rettes til meg på telefon 48043828 eller på E-mail: gardso@hotmail.com

Vennlig hilsen
Gard Sørseth.

Kopi: Avdelingsleder for intensiv
Vedlegg 1 Prosjektbeskrivelse
Vedlegg 2 Informert samtykke
Vedlegg 3 Intervjuguide.

Skriftlig informert samtykke om deltagelse i studien:

Vedlegg 2

Ikke for lite, og ikke for mye ”. En studie av beslutningsgrunnlaget hos intensivsykepleiere, for valg av dose og intervall av smertestillende, som skal gis «ved behov».

Jeg, Gard Sørseth, er sykepleier og student ved Institutt for Sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. Min veileder er dr. polit Ida Torunn Bjørk, Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning, Rikshospitalet. Studien, som er en del av min mastergradsoppgave, har til hensikt å kartlegge og utforske beslutningsgrunnlaget, når sykepleier kommer frem til en dose smertestillende på intensivavdelingen, når medikamentet er ordinert som «ved behov» og pasienten er uten evne til å kommunisere.

Det gjennomføres kvalitative forskningsintervju med intensivsykepleiere. Intervjuet vil ta ca. en time, og vil bli tatt opp på bånd. Intervjuet foregår på intensivavdelingen, eller i dens umiddelbare nærhet. Du blir spurt fordi du er intensivsykepleier ved intensiv avdelingen.

Hvis du etter å ha lest denne informasjonen kan tenke deg å delta i studien bes du om å undertegne skjemaet og levere det til avdelingsleder og du vil bli kontaktet for å avtale tid og sted for intervjuet.

Både lydbåndopptakene og intervjunotatene merkes med en kode og oppbevares nedlåst og adskilt fra personopplysninger om deltagerne. Det er bare tilgjengelig for meg og veileder. Alle opptak og notater slettes etter avsluttet studie. Alle opplysningene fra lydbånd og intervjunotater vil bli konfidensielt behandlet. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg i noen rapporter eller publikasjoner. Studiet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Du får ingen direkte goder eller økonomisk kompensasjon for å være med i studien, men jeg håper det kan være interessant å delta i en studie som tar opp viktige spørsmål i arbeidet som intensivsykepleier. Dersom du ønsker det kan du få et sammendrag av studien når den er ferdig. Det er ingen utgifter forbundet med å være med i studien.

Hvis du ønsker flere opplysninger om deltagelse i studien kan du når som helst kontakte Gard Sørseth på tlf: 48 04 38 28 eller Ida Torunn Bjørk på tlf. 23075462

Det er frivillig å være med i studien og du kan trekke deg når som helst mens studien foregår, uten å oppgi grunn.

Jeg har lest informasjonen og samtykker i å delta i studien:

Dato:

.....
Intensivsykepleiers underskrift.

.....
Prosjektleders underskrift.

INTERVJUGUIDE.

Vedlegg 3.

”Ikke for lite, og ikke for mye ”.

En studie av beslutningsgrunnlaget hos intensivsykepleiere, for valg av dose og intervall av smertestillende, som skal gis «ved behov».

Først får hver intensivsykepleier informasjon om bakgrunnen for studiet, og dermed bakgrunnen for at de intervjues.

De underskriver under på et informert samtykke til intervjuet, hvor det særlig presiseres at det er frivillig, og kan avbryte når som helst.

Åpent spørsmål:

- ❖ Kan du beskrive så detaljert som mulig, om situasjonen du var i sist gang du skulle komme frem til en dose smertestillende fra listen «ved behov», og intensivpasienten var ute av stand til å kommunisere?

Oppfølgingsspørsmål:

- ❖ Hvordan vil du karakterisere denne situasjonen - vanskelig, lett, typisk eller atypisk?
- ❖ Kan du gi meg noen flere eksempler?
- ❖ Har du opplevd vanskeligere situasjoner ?

Spørsmål knyttet til pasienten:

- ❖ Hva er det du legger vekt på ved pasientens situasjon, når du skal avgjøre om pasienten skal ha smertestillende fra «ved behov» forordningen ?
- Fysisk
- Psykisk.
- ❖ Hvilke pasient typer er de vanligste du møter?

Spørsmål knyttet til sykepleier:

- ❖ Hvilke erfaringer har du med smertelindring til denne typen pasienter?
- ❖ Hva slags kunnskap legger du vekt på å bruke i slike situasjoner?
- ❖ Hvor viktig synes du det er med lindring av smerte hos disse pasientene?
- ❖ Ser du på deg selv som liberal eller konservativ i forhold til administrering av smertestillende?
- ❖ Hva tror du kan være det mest smertefulle en pasient kan oppleve her?
- ❖ Tror du at det er nødvendig å få smertestillende, når en ligger på respirator?
- ❖ Tenker du noen gang på bivirkninger på bruk av smertestillende, og eventuelt hvilke er disse?

Spørsmål knyttet til sykepleiemål:

- ❖ Er det ulike målsetninger for smerte stillende for denne type pasienter i avdelingen?
- ❖ Hva er din målsetting?
- ❖ Opplever du at det er konflikter i målsetningene?

- Hva med pårørende?
 - ❖ Har du opplevd å få beskjed om at du ikke bruker riktig mengde med smertestillende fra kollegaer?

Spørsmål knyttet til sykepleiemiddel:

- ❖ Er behovsordinasjoner et godt nok hjelpemiddel når du har ansvar for smertebehandlingen av disse pasientene ?
- Kan du utdype dette?

Spørsmål knyttet til elementene rundt kontekst:

- ❖ Kan du beskrive forholdene og miljøet på avdelingen med tanke på å gjøre en god smertevurdering ?
- tid?
- arbeidsoppgaver?
- rutiner?
- normer?
- Holdninger?
- ❖ Bruker du noen målinger for smerte?
- ❖ Kjenner du til noen måleskalaer eller kartleggingsverktøy for smerte?
- ❖ Kan du påvirke ordineringsen av smertestillende ”ved behov”?
- ❖ Synes du at du blir tilstrekkelig hørt i utviklingen av ”ved behov” ordinasjoner for smertestillende?
- ❖ Dokumenterer du de observasjonene og vurderingene du gjorde før du gav smertestillende?

Takk for hjelpen.