



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Erfaringer med smerteevaluering hos respiratorpasienten

En kvalitativ studie

Lillian Hafsmo-Vitsø, Kull 2019

Masteroppgave i Intensivsykepleie, SYP-3902, september 2020

Antall ord: 16061

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har krevd mye tålmodighet, bidratt til både frustrasjoner og gleder, mest av alt har prosessen mot innlevering vært utrolig læringsrik.

Jeg vil rette en stor takk til intensivsykepleierne som tok seg tid til å delta i studien, som delte sine erfaringer og bidro til et rikt materiale. Takk til sykehuset som bidro til rekruttering av deltagerne og tilrettelegging slik at studien kunne gjennomføres.

En stor takk vil jeg også rette til min veileder ved Universitet i Tromsø, Monica Kvande for kyndig veiledning, dyktighet og positivitet.

Lillian Hafsmo-Vitsø

05.04.20

Sammendrag

Introduksjon: De fleste kritisk syke pasienter opplever smerte og ubehag under oppholdet på intensivavdelingen. Smertene kan komme av traumer, kirurgi, og autonome plager eller daglige prosedyrer. Selvevaluering av smerte betraktes som gullstandarden, intensivpasienten kan ikke alltid uttrykke sin smerte verbalt grunnet mekanisk ventilasjon, eller sedativa. Intensivsykepleieren spiller en viktig rolle i smerteevalueringen, som har ansvar for å lindre, smerte og ubehag. God smertelindring kan gi bedre pasientopplevelser. Studiens hensikt er å belyse intensivsykepleierens erfaringer med smerteevaluering hos respiratorpasienten.

Metode: Studien har et kvalitativt design med fokusgruppeintervju, med 4 intensivsykepleiere, som jobbet klinisk ved en intensivavdeling i Norge. Data ble analysert med systematisk tekstkondensering.

Resultat: Analysen resulterte i fire hovedkategorier: Kliniske observasjoner og yrkeserfaring i evaluering av smerte, kontinuitet og rapportering, ulike hensyn å ta ved evaluering av smerte, og BPS – et objektivt mål på en subjektiv opplevelse?

Konklusjon: Evaluering av smerte er en kompleks oppgave. Intensivsykepleierens erfaringer viser at smerteevaluering krever erfaring, utvikling av et klinisk blikk, bruke sin kunnskap om diagnose og pasientopplevelser for å evaluere smerte. Kontinuitet i form av å bli kjent med pasienten er viktig, like viktig er samarbeid med lege som er essensielt for å komme i gang med smertebehandlingen. Deltagerne har tilgang på smerteevalueringens verktøy Behavior Pain Scale (BPS), men beskriver det som vanskelig å bruke, og de stoler heller på sin egen evaluering av smerte. De undrer seg om de kan sette et objektivt mål på en subjektiv opplevelse.

Nøkkelord: Intensivsykepleiere, smerteevaluering, erfaringer, intensivpasient, mekanisk ventilasjon.

Abstract

Introduction: Most critically ill patients experience pain and discomfort during their stay at the intensive care unit. Pain can be related to surgery, trauma or autonomous ailments. The intensive care patient undergoes several painful procedures daily, such as mechanical ventilation, endotracheal suction, and mobilization. Self-evaluation of pain is the “gold standard”. However, the intensive care patient cannot always express their pain verbally due to mechanical ventilation or sedatives. The intensive care nurse has an important role to play in the evaluation of pain, and has a responsibility to relieve pain and unpleasant symptoms. Good pain relief can better patient outcomes. The purpose of the study is to investigate the intensive care nurse`s experiences with pain evaluation of the mechanically ventilated intensive care patient.

Method: This study has a qualitative design with a focus group interview, with 5 Intensive Care Nurses, working clinical within a ICU in Norway. Data was analyzed using systematic text condensation.

Result: The analysis resulted in four categories: Clinical observations and professional experience in evaluation of pain, continuity and reporting, different considerations in assessment of pain and BPS – an objective measurement of a subjective experience

Conclusion: Evaluation of pain is a complex task. Intensive Care Nurses experiences show that pain evaluation require experience and development of clinical judgement. Further, use their knowledge about the patient`s diagnosis and patients` experiences is crucial for pain evaluation. Continuity is important, including knowing the patient. Just as important is collaboration with the doctor, wich is essential to get started with the pain treatment. The participants have access to the pain evaluation tool Behavior Pain scale (BPS), they describe is as hard to use. Further, they describe that they trust their own evaluation of pain. They wonder if they could put an objective measure on a subjective experience

Keywords: Intensive care nurse, pain evaluation, experiences, intensive care patients, mechanical ventilation.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Hensikt og problemstilling	3
2	Beskrivelse av tidligere forskning.....	3
2.1	Intensivpasienten og smerte.....	4
2.2	Intensivsykepleierens evaluering av smerte	5
2.3	Smertekartleggingsverktøy	6
2.4	Teoretisk perspektiv	8
	Patricia Benner et. al – Clinical Grasp	8
	Tanner`s Clinical Judgement, og Clinical Judgement Model	9
3	Design og metode.....	11
3.1	Design.....	11
3.2	Fokusgruppeintervju.....	11
3.3	Intervjuguide.....	12
	3.3.1 Pilotintervju.....	13
3.4	Utvalg og inklusjonskriterier	13
3.5	Datainnsamling.....	14
3.6	Dataanalyse.....	16
	3.6.1 Transkribering	16
	3.6.2 Systematisk tekstkondensering	17
	3.6.3 Troverdighet	22
	3.6.4 Forforståelse	23
3.7	Forskningsetiske overveielser.....	24
4	Resultat.....	25
4.1	Kliniske observasjoner og yrkeserfaring i evaluering av smerte.....	25

4.1.1	Kliniske observasjoner av smerte.....	25
4.1.2	Lære å tolke tegn til smerte	27
4.2	Kontinuitet og rapportering	28
4.2.1	Bli kjent med pasienten og pårørende	28
4.2.2	Informasjonsutveksling og kontinuitet.....	29
4.2.3	Samarbeid med lege	29
4.3	Ulike hensyn å ta ved evaluering av smerte	30
4.3.1	Ytre faktorer som gir smerte	30
4.3.2	Reflektere over årsak til smerte.....	31
4.3.3	Utfordringer med smertevurderingen.....	33
4.3.4	Lavere sedasjonsnivå letter smerteevalueringen	34
4.4	BPS - et objektivt mål på en subjektiv opplevelse?.....	34
4.4.1	Smertekartleggingsverktøyets anvendelighet.....	34
4.4.2	Utfordringer med bruk av smertekartleggingsverktøy	35
5	Diskusjon.....	36
5.1	Kliniske observasjoner og yrkeserfaring i evaluering av smerte.....	36
5.2	Kontinuitet og rapportering	38
5.3	Ulike hensyn å ta ved evaluering av smerte	39
5.4	BPS - et objektivt mål på en subjektiv opplevelse?.....	41
5.5	Metodiske overveielser og studiens begrensninger	43
5.6	Konklusjon.....	44
5.6.1	Betydning for klinisk praksis	45
	Referanseliste	46
	Vedlegg	49
1.	PICOT-skjema.....	49
2.	Smertekartleggingsverktøy.....	50
3.	Søknad om tilgang til forskningsfelt	51

4.	Informasjonsskriv	52
5.	Samtykkeerklæring.....	56
6.	Intervjuguide	57
7.	Godkjenning fra NSD.....	58
8.	Godkjenning fra DAC	59

1 Introduksjon

Denne studien skal undersøke intensivsykepleierens erfaring med evaluering av smerte hos den voksne respiratorpasienten.

Intensivpasienten defineres som en pasient med truende eller manifestet svikt i en eller flere vitale funksjoner, der svikten antas å være delvis eller helt reversibel (NIR, 2018). Pasienten kan være akutt eller kronisk syk, eller ha kombinasjonen akutt på kronisk sykdom, og vil være innlagt på en intensivavdeling på bakgrunn av skadens eller sykdommens omfang. Marginene mellom liv og død er ofte små (Stubberud, 2016a). Ifølge tall fra Norsk Intensivregister (NIR) var det i 2018 registrert 14634 pasienter, som fikk behandling ved Norske intensivavdelinger. Av disse fikk 60% respiratorstøttende behandling (NIR, 2018). Intensivenheten er en geografisk avgrenset enhet i sykehuset som er bemannet med spesialutdannet personal (Søreide et al., 2014) her under intensivsykepleieren som er en autorisert sykepleier med videre utdanning i intensivsykepleie (NSFLIS, 2006). I intensivavdelingen brukes mye avansert medisinsk teknisk utstyr, førsteinntrykket kan være preget av overveldende teknikk med blinkende alarmer, lys og lyder fra maskiner som er i kontinuerlig drift (Stubberud, 2016a). Støy fra maskiner som respirator kan forstyrre nødvendig hvile. Intensivpasienten kan bli utsatt for store psykososiale påkjenninger, pasienten kan oppleve smerte og ubehag, trussel, fare, tap og krenkelse. I varetakelse av intensivpasientens psykososiale behov er viktig (Stubberud, 2016b). Utrygghet og angst kan skyldes smerte grunnet prosedyrer eller andre behandlingstiltak. Opplevelse av smerte kan føles belastende for pasienten, og kan forsterkes ved manglende informasjon eller innsikt (Stubberud, 2016b).

1.1 Bakgrunn

Temaet smerteevaluering ble valgt på bakgrunn av min erfaring fra praksis i intensivavdelingen og på bakgrunn av tidligere forskning. Jeg opplevde at det ble brukt flere fremgangsmåter for å evaluere smerte hos den voksne intensivpasienten på respirator, deriblant variert brukt av smerteevalueringsverktøy, bruk av klinisk blick og/eller vitale parametere. Det er gjort flere studier om smertekartlegging hos intensivpasienten, deriblant viser en internasjonal retningslinje for håndtering av smerte, agitasjon og delir at de fleste kritisk syke pasienter vil oppleve smerte og ubehag under oppholdet på intensivavdelingen (Barr et al., 2013). Smerte hos intensivpasienten viser seg å være underestimert og

underbehandlet (Pandharipande & McGrane, 2019). De er estimert at opp mot 50% av intensivpasientene opplever smerte, som kan få negative fysiologiske og psykologiskkonsekvenser for pasienten flere år etter intensivoppholdet (Barr et al., 2013). Intensivsykepleieren spiller derfor en viktig rolle for å evaluere og håndtere smerte (Eti Aslan, Badir, Karadag Arli & Cakmakci, 2010).

Intensivmedisin innebærer krevende behandling av kritisk syke pasienter. Det medisinske fokus har hovedsakelig vært rettet mot organfunksjoner og pasientoverlevelse, men i mindre grad mot pasientens egen opplevelse av situasjonen. Pasientfortellinger om egne opplevelser med intensivbehandlingen viser at regimer for sedasjon og smertelindring ikke alltid ivaretar pasientens behov (Svendsrud & Kvarstein, 2008). Mange intensivpasienter har vært utsatt for traumer eller omfattende kirurgi, enkelte kan ha skade i det perifere eller sentrale nervesystemet. Smertene kan komme av sviktende mage-tarmfunksjon som kan føre til en rekke autonome plager; kvalme, brekning, obstipasjon, diare, svette og skjelvninger (Svendsrud & Kvarstein, 2008). I tillegg utsettes pasientene daglig for rutinemessige prosedyrer som oppleves som smertefulle (Barr et al., 2013). Dette kan være endotrakealsuging, mekanisk ventilasjon og mobilisering (Pandharipande & McGrane, 2019). Pasientens selvevaluering av smerte betraktes som «gullstandard». Derimot er noen intensivpasienter ute av stand til å selv kommunisere ut sin smerte verbalt eller via tegn. Dette på bakgrunn av redusert grad av våkenhet, mekanisk ventilasjon, bruk av store doser med sedativa eller muskelrelaksantia (Barr et al., 2013).

For pasienter som er ute av stand til selv å kunne angi smerte, er det utviklet egne validerte adferdsbaserte verktøy som Behaviour Pain Scale (BPS) og Critical Care Pain Observation Tool (COPT) (Barr et al., 2013). En systematisk evaluering av smerte ved bruk av verktøy som baserer seg på pasientens atferdsmønster, viser seg å kunne redusere pasientens tid på respirator (Georgiou, Hadjibalassi, Lambrinou, Andreou & Papathanassoglou, 2015) og oppholdet på intensivavdelingen (Barr et al., 2013).

Intensivsykepleieren har en sentral og aktiv rolle i pleie og behandling av pasienter som er smertepåvirket. En må ha handlingsberedskap til å identifisere årsak til smerte, kartlegge og møte behov for smertelindring (Gulbrandsen, 2016). Ifølge intensivsykepleierens funksjon- og ansvarsbeskrivelse skal intensivsykepleieren anvende systematisk observasjon og

vurdering for å identifisere og forebygge helsesvikt eller forventet risiko for helsesvikt på et tidlig stadium. Videre beskrives det også at intensivsykepleieren gjennomfører symptomlindrende tiltak for å begrense belastninger som pasienten vil kunne oppleve i forbindelse med sykdom, skade og behandling ved akutt helsesvikt (NSFLIS, 2017).

Vellykket smertelindring krever tverrfaglig samarbeid. Intensivsykepleieren har både et delegert og et selvstendig ansvar med å lindre smerte, som innebærer å identifisere eller kartlegge smerte, administrere behandling ut i fra observasjoner og vurdere effekt av behandling (Gulbrandsen, 2016). Intensivsykepleie er kunnskapsbasert, der kompetansebygging og utvikling av ny kunnskap er sykepleiefaglig forankret (NSFLIS, 2017). Det forventes at sykepleieren forstår- og baserer deres praksis på evidensbasert kunnskap. Å arbeide evidensbasert innebærer at sykepleieren aktivt bruker forskning, i tillegg til sine kliniske avgjørelser og pasientens opplevelser for å ta avgjørelser (Polit & Beck, 2017).

1.2 Hensikt og problemstilling

Studiens hensikt ble valgt på bakgrunn av egne erfaringer og på bakgrunn av tilgjengelig teori og forskning. Min egen erfaring er at intensivpasienten på respirator er intubert som vanskeliggjør dens evne til å kommunisere verbalt. Kort oppsummert viser studier at intensivpasienten fortsatt daglig utsettes for smertefulle prosedyrer og intervensjoner, dette i tillegg til innleggelsesårsak, som for eksempel traume eller kirurgi. For å evaluere smerte behøver intensivsykepleieren blant annet kunnskap og handlingsberedskap. Denne studien kan bidra til økt innsikt i intensivsykepleierens erfaringer omkring evaluering av smerte. Deriblant hva intensivsykepleierne mener kreves for å evaluere smerte, og hvilke utfordringer de møter. Studien kan også bidra til økt innsikt i eget fagfelt.

På bakgrunn av tidligere forskning og egne erfaringer, gav dette nysgjerrighet omkring tematikken og bidro til utviklingen av problemstillingen: *«Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren med evaluering av smerte hos voksne intensivpasienter på respirator?»*

2 Beskrivelse av tidligere forskning

For å finne relevant litteratur ble det gjort søk i PubMed og Cinahl, Swemed. PICOT-skjema ble brukt som hjelp for å systematisere søket (Vedlegg 1). PICOT er et standardisert verktøy, utviklet for å hjelpe med utforming av søk for å svare på forskningsspørsmål (Fineout-

Overholt & Johnston, 2005). Søkord innen hver kolonne ble kombinert med OR og ved søk med flere kolonner ble disse kombinert med AND. Det ble satt en avgrensning på siste 10 år og engelsk eller skandinavisk språk.

2.1 Intensivpasienten og smerte

I følge Stubhaug og Ljoså (2008) vil vedvarende smerte etter en skade, eller smerte ved bevegelse bidrar til at det skadde området holdes i ro og dermed heles. Dette beskrives som en nyttig konsekvens av smerte. De beskriver at smerte og nocisepsjon er to sentrale og forskjellige begreper. Smerte er en sammensatt opplevelse av både sensoriske, affektive og kognitive aspekter, mens nocisepsjon er aktivitet i nociseptive nervebaner. Nerveceller som leder smertesignaler kalles nociseptorer, via frie nerveender reagerer de på stimuli som skader vevet. De beskriver videre at ved klassisk nocisepsjon går det signaler fra skadet vev til hjernen slik at en får en ubehagelig opplevelse som beskrives som smerte. Da smerte er en sammensatt opplevelse, kan man si at smerte er en opplevelse i den våkne hjerne. Pasienter under anestesi opplever ikke smerte til tross for at de utsettes for vevsskade og det er aktivitet i nociseptive baner. I motsetning er nocisepsjon ikke nødvendig for tilstedeværelse av smerte, pasienter kan ha smerte til tross for fravær av nocisepsjon og vevsskade (Stubhaug & Ljoså, 2008).

International Association for the study of pain (IASP) beskriver at smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som er assosiert med faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. De beskriver at smerte alltid er subjektivt, og ens evne til å ikke kunne kommunisere verbalt utelukker ikke muligheten for en individuell opplevelse av smerte, og behov for smertelindring (IASP, 1994).

Flere studier viser til at intensivpasienten opplever smerte under oppholdet på intensivavdelingen (Eti Aslan et al., 2010; Fink, Makic, Poteet & Oman, 2015). Pasienter som hadde fått respiratorbehandling beskrev opplevelser som episoder med panikk og vanskeligheter med å puste (Fink et al., 2015). Noen beskrev årsaken til panikk var å ikke ha krefter til å puste godt nok selv, denne følelsen varte hos noen under hele oppholdet. Det beskrives videre en opplevelse av frykt for at respiratoren skulle slutte å virke (Karlsson, Bergbom & Forsberg, 2012).

Intensivpasienten opplever smerte både i hvile (Ayasrah, 2016) og ved prosedyrer (Puntillo et al., 2018). I Ayasrah (2016) sin prospektive studie, ble smertenivå målt hos 247 pasienter på respirator, før og under prosedyre med BPS. Resultatene viste at 32% opplever smerte ved hvile. Et multisenter studie ved 192 intensivavdelinger undersøkte forekomst av prosedyresmerte, intensitet og risikofaktorer for prosedyresmerter. Resultatet viser at forekomst av prosedyresmerter er ekstremt vanlig hos intensivpasienten (Puntillo et al., 2014). Flere studier har sett på hvilke prosedyrer som medfører smerte hos pasientene, og konkludert med at blant annet endotrakealsuging (Ayasrah, 2016; Karlsson et al., 2012; Puntillo et al., 2018), leiring (Ayasrah, 2016; Eti Aslan et al., 2010; Puntillo et al., 2018) og fjerning av sår- og thoraxdren, (Puntillo et al., 2018) er prosedyrer som medfører betydelig smerte hos pasientene. I Puntillo et al. (2018) sin oppfølging av Europain studien var det en signifikant økning i pasientrapportert smerte og ubehag etter utførte prosedyrer, til sammenligning fra før prosedyren. Ayasrah (2016) beskriver at smerteevaluering bør gjennomføres før ulike prosedyrer for å få en «baseline», dette for å kunne se om smertene endrer seg under prosedyren samt å skille smerte fra angst og frykt.

2.2 Intensivsykepleierens evaluering av smerte

For pasienten kan respiratorbehandling føre til flere negative opplevelser i form av ubehag, manglende evne til å kommunisere manglende medbestemmelse, tap av kontroll og angst (Bakkeland & Thorsen, 2016). Intensivpasienten kan være sedert for å tolerere respiratorbehandlingen for å redusere opplevelsen av negativt stress og angst (Stubberud, 2016b).

En tverrsnittstudie av Randen, Lerdal og Bjork (2013) med 86 intensivsykepleiere viser at under halvparten av deltakerne mente at smerte hos intensivpasienten forekommer sjelden. I Gerber, Thevoz og Ramelet (2015) sin deskriptive observasjonsstudie med 7 intensivsykepleiere, undersøkte de faktorer som påvirker intensivsykepleierens kliniske avgjørelser ved smertehåndtering. Resultatene viser at faktorer for smerteevaluering var forventet risiko for smerte, utvikling i pasientens tilstand, patofysiologisk kunnskap og tilgang på smerteprotokoll. Det beskrives at fysiologisk stabilitet var det viktigste kriteriet for evaluering av smerte, der hemodynamisk stabilitet var den viktigste faktoren. Videre viser resultatet at deltakerne vurderte om endringer i vitale parametre skyldes smerte eller endring i pasientens tilstand, og det påpekes at kunnskap er en viktig faktor i smerteevalueringen.

For evaluering av smerte beskrives det i flere studier at intensivsykepleieren bruker vitale og fysiske observasjoner hos den sederte pasienten. Dette omfatter stigende blodtrykk, økende puls og respirasjonsfrekvens, ansiktsuttrykk og grimasering som indikatorer for smerte (Amundgaard & Østlie, 2015; Bjørknes & Rustøen, 2012; Rose et al., 2011; Rose et al., 2012). Imidlertid beskrives det at bruk av vitale parametre alene for evaluering av smerte ikke anbefales, da vitale parametre også kan endres ved stress og angst (Barr et al., 2013).

2.3 Smertekartleggingsverktøy

I Wøien og Bjørk (2013) sin kvalitative studie med fokusgruppeintervju oppga intensivsykepleierne at verktøy for evaluering av smerte, påvirker pasientpleiens kvalitet og kontinuitet. Verktøy for evaluering av smerte er nyttig og støtter intensivsykepleieren i å oppnå mål som kontinuitet i behandlingen. Videre oppga deltakerne at de følte at ved bruk av verktøy måtte de sette sine egne erfaringer til side. For evaluering av smerte kombinerte de bruken av verktøy og egen erfaring. Evaluering av smerte krever bakgrunnskunnskap om smerte.

I Amundgaard og Østlie (2015) sin kvalitative studie med fokusgruppeintervju, beskrives at bruk av smerteevalueringsverktøy øker intensivsykepleierens bevissthet omkring pasientens smerteopplevelse. Evaluering av smerte forutsetter kunnskap om smerteopplevelse, behandling og diagnose. Det finnes valide verktøy for evaluering av smerte (Barr et al., 2013). I en studie av Rose et al. (2012) var det mindre sannsynlig at deltakerne brukte atferdsbaserte verktøy, enn verktøy der pasienten selv kan angi smertescore. En annen studie av Rose et al. (2011) viser til at 54% av deltakerne ikke brukte verktøy hos pasienter som ikke kunne kommunisere verbalt. Intensivsykepleierne brukte i stedet vitale parametre, i kombinasjon med smerterelatert atferd, eller hver for seg. Det fremgår videre at 98% av intensivsykepleierne brukte verktøy for evaluering av smerte hos pasienter som kunne kommunisere verbalt. Det beskrives en usikkerhet omkring bruk av verktøy hos pasienter som er ute av stand til å kommunisere verbalt og det ble formidlet et behov for mer kunnskap om smerteevaluering (Rose et al., 2011). En norsk tverrsnittstudie av Bjørknes og Rustøen (2012) med 75 deltakere viser også tilsvarende funn, der 99% av deltakerne aldri eller sjelden brukte verktøy for evaluering av smerte.

Årsaker til at slike verktøy ikke blir brukt kan være arbeidsmengde, pasienter som ikke kan kommunisere verbalt eller hemodynamisk ustabil pasient (Rose et al., 2011). Det beskrives

som tidkrevende å sette seg inn i nye rutiner og det er et stort behov for trening i bruken av dette (Amundgaard & Østlie, 2015). I komplekse situasjoner blir smerte nedprioritert og kunnskapsmangel trekkes frem som barrierer (Bjørknes & Rustøen, 2012). En kvalitativ studie fra England gjort av Subramanian, Allcock, James og Lathlean (2012) undersøkte utfordringer som sykepleierne møtte i forbindelse med håndtering av smerte, der det ikke var tilgang på retningslinjer for smertehåndtering. Resultatene viser at kunnskapsmangel hos deltakerne vedrørende smertehåndtering og at de savnet egne retningslinjer. Deltakerne oppgav at de stolte blindt på legenes råd ved smertehåndtering og de ble ansett som «ekspert». Deltakerne formidlet videre at de brukte NRS hos våkne pasienter, hos sederte pasienter på respirator ble det brukt subjektive tegn som for eksempel grimasering for evaluering av smerte. Det nevnes videre at deltakerne mente at problemer relatert til smerteevaluering, kunne reduseres dersom de hadde hatt tilgang til retningslinjer for smertehåndtering.

Torvik, Skauge og Rustøen (2008) skriver at smerte bør kartlegges før smertebehandling igangsettes. Da vil man ha et utgangspunkt for å evaluere om behandlingen er god nok i forhold til målene en ønsker å oppnå som smertelindring og økt funksjonsnivå.

Smertekartlegging er også nødvendig for å sammenligne og evaluere smertebehandlingsregimer. Systematisk smertekartlegging er det første og viktigste tiltaket for effektiv og individuell smertebehandling. Da smerte oppleves ulikt, er det pasientens smerteopplevelse som er utgangspunktet for sykepleierens handlinger (Torvik et al., 2008).

Barr et al. (2013) sin retningslinje for håndtering av smerte, agitasjon og delir hos den voksne intensivpatienten, beskriver at Behaviour Pain Scale (BPS) og Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) er de mest valide og pålitelige verktøyene for systematisk evaluering av smerte hos voksne intensivpasienter, som ikke selv kan uttrykke sin smerte.

CPOT ble utviklet av Gelinas, Fillion, Puntillo, Viens og Fortier (2006) og er et subjektivt smerteevalueringverktøy, med 4 kategorier; ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser, muskeltensjon og samarbeid med respirator. Hver kategori scores fra 0-2, med en total score på 0 indikerer ingen smerte, en score på 8 indikerer maksimal smerte. Verktøyet kan også brukes hos ekstuberte pasienter.

BPS ble utviklet og testet av Payen et al. (2001), som er et verktøy utviklet for å evaluere smerte hos den sederte intensivpatienten på respirator. Verktøyet er objektivt og baserer seg på pasientens adferd, fordelt på tre hovedkategorier; ansiktsuttrykk, bevegelse av armer og samarbeid med respirator. Innenfor hver kategori kan en gi poeng fra 1-4, maksimal poengscore er 12, minste score er 3 som angir ingen smerte.

I en norsk studie skulle intensivsykepleiere undersøke brukervennlighet og påliteligheten til BPS. Resultatene viste at sykepleierne var fornøyde med brukervennligheten, det krevde lite opplæring, skjemaet var nyttig og fanget opp smerte. Skjemaet ble ansett som pålitelig, og den norske versjonen blir ansett som sensitiv for smerteadferd (Olsen & Rustøen, 2011).

I Varndell, Fry og Elliott (2017) sin systematiske review sammenlignet de anvendelighet, og pålitelighet av flere adferdsbaserte verktøy. De fant at BPS har god validitet og pålitelighet, men var minst foretrukket for å score smerte. De beskriver at det var gjort mange studier med CPOT, som i deres studie hadde sterkere evidens i forhold til validitet og pålitelighet. Intensivsykepleierne var fornøyde med begge verktøyene. Intensivsykepleierne rapporterte at det har påvirket deres sykepleiepraksis med tanke på smertekartlegging, og at den er enkel og tydelig i bruk.

2.4 Teoretisk perspektiv

Mitt teoretiske perspektiv er P Benner, Hooper-Kyriakidis og Stannard (2011) sitt begrep – Clinical Grasp og Tanner (2006) sitt begrep – Clinical Judgement. P Benner et al. (2011) sitt begrep viser til hvordan sykepleieren på bakgrunn av sin kliniske forståelse, kan bruke sitt kliniske blikk for å identifisere pasientens problemer og på bakgrunn av dette ta kliniske avgjørelser. Tanner (2011) har på bakgrunn av sitt begrep og tidligere forskning utarbeidet en modell som viser veien til hvordan sykepleieren tar sine kliniske avgjørelser.

Patricia Benner et. al – Clinical Grasp

P Benner et al. (2011) sier at kliniske avgjørelser kan beskrives som avgjørelser som tas i kliniske uavklarte situasjoner. Utmerket klinisk praksis krever presisjon og timing for å handle i en klinisk situasjon som stadig er i endring. Gjennom erfaring lærer sykepleieren å forstå hvordan det er å ha en god klinisk forståelse. Dette er en form for legemlig taus kunnskap og vil kun være tilgjengelig hos sykepleiere som har lært fra tidligere situasjoner, som enten var lik eller ulik nåværende situasjon. P Benner et al. (2011) Beskriver at å

gjenkjenne kliniske overganger i pasientens fysiske tilstand og tilegne seg en god klinisk forståelse av dens mening, står direkte til terapeutiske intervensjoner. Dermed er en god klinisk forståelse en ferdighet som krever at en lærer fra sine erfaringer, har nødvendig teoretisk bakgrunn, og utvikling av en perseptuell skarphet omkring subtile kliniske endringer. De forteller videre at om en har eller ikke har en god klinisk forståelse av situasjonen, speiler sykepleierens tidligere bekymringer fra tidligere erfaring. Dette bidrar med påfølgende undersøkelser, problemløsning og intervensjon. Å tilegne seg en god klinisk forståelse skjer gjennom måten sykepleieren handler og planlegger som er resultat av å legge merke til at pasientens tilstand forandrer seg (P Benner et al., 2011). P Benner et al. (2011) skriver at uansett hvor godt utviklet begrepet «best practice», evidensbaserte protokoller eller retningslinjer blir, kan ikke daglige kliniske utfordringer løses uten selvstendig refleksjon og klinisk resonnement i en spesifikk kontekst, i en individuell situasjon. Videre forteller de at sykepleieren trer inn i den kliniske situasjonen, der målet er å tilegne seg god klinisk forståelse. Den initiale vurderingen er orientert mot å forstå pasientens kliniske situasjon, hvordan den responderer og følge dens utvikling. Sentralt i å tilegne seg god klinisk forståelse er å skille mellom forklaringer på pasientens tilstand, eller pasientens behov. Klinisk forståelse er forankret i tidligere forståelse av en situasjon, som bidrar til å kunne forutse mulige fremtidige utfall hos pasienter i lignende situasjon (P Benner et al., 2011).

Tanner`s Clinical Judgement, og Clinical Judgement Model

Tanner (2006) har sett på begrepet kliniske vurderinger i sykepleie, gjennom hennes litteraturstudie med 200 inkluderte studier definerer hun begrepet som en prosess sykepleiere gjennomgår for å ta avgjørelser. Funnene i hennes studie viser at kliniske avgjørelser er komplekst og krever en fleksibel og nyansert evne til å gjenkjenne fremtredende aspekter ved en udefinert klinisk situasjon, tolke dens mening og respondere på en adekvat måte. Hun beskriver at kliniske avgjørelser krever ulike former for kunnskap fra forskning og teori, som er abstrakt, kan generaliseres og brukes i flere ulike situasjoner. Denne kunnskapen vokser i takt med sykepleierens erfaring, der forskningsbasert kunnskap utfyller praksis som vil bistå sykepleieren med å gjenkjenne ulike kliniske situasjoner. Tanner (2006) beskriver at den erfarne sykepleieren som møter en kjent situasjon, handler intuitivt som baserer seg på ens umiddelbare kliniske forståelse – en vet hva en skal gjøre. Dette er i motsetning til en nyutdannet sykepleier som må analysere situasjonen for å forstå. Hun beskriver at sykepleieren må lære hvordan en gjenkjenner noe i situasjonen, dette på bakgrunn av hennes

tilegnede evidensbaserte kunnskap. Videre må sykepleieren utvikle praktiske kunnskaper som beskrives som en raffinert, utvidet tilnærming til hennes teoretiske kunnskap. I følge Tanner (2006) spiller det å bli kjent med pasienten en sentral rolle for ens kliniske avgjørelser. Dette grunner i at sykepleieren jobber tett på pasienten. Det beskrives at det er to definisjoner på å bli kjent med pasienten: en er å bli kjent med pasientens som person, det andre er å bli kjent med hvordan pasienten responderer. Hun beskriver at den erfarne sykepleieren har minst tre mønstre av tenkning for å ta kliniske avgjørelser. *En analytisk prosess* beskrives som sykepleierens evne til å bryte ned situasjonen for å evaluere alle ulike elementer (symptomer og tegn), alternativer (diagnose og behandling) og kliniske data opp mot hverandre, for å så ta en avgjørelse. Hun beskriver *intuisjon* som en umiddelbar reaksjon på en klinisk situasjon, som kommer fra erfaring med tidligere lignende situasjoner. *Narrativ tenkning* beskriver hun som vil si å tenke gjennom situasjonen, fortelle og tolke den (Tanner, 2006).

Tanner (2006) har utviklet modellen: *Clinical Judgement Model* som baserer seg på de kliniske vurderingene som erfarne sykepleiere gjør. Hun beskriver at i en slik modell vektlegges sykepleierens bakgrunn, situasjonens kontekst og sykepleierens forhold til pasienten som essensielt for hva sykepleieren legger merke til, og hvordan de tolker sine funn, hvordan de handler og reflekterer over sin respons. Det beskrives at gode kliniske vurderinger krever en forståelse av patofysiologiske, diagnostiske aspekter ved pasientens kliniske bilde og sykdom. Men også hvordan sykdom oppleves og hvordan den på virker pasienten og dens nærmeste (Tanner, 2006). Modellen har fire perspektiver:

- Å legge merke til (Noticing): Omhandler hvilke forventninger sykepleieren har, og forståelse av situasjonen. Slike forventninger kommer fra sykepleierens kunnskap om pasienten; klinisk eller praktisk kunnskap fra lignende pasienter, sykepleierens teoretiske kunnskaper og holdninger, og avdelingens kultur.
- Å fortolke og handle (Interpreting and Responding): Omhandler sykepleierens evne til å legge merke til noe i den kliniske situasjonen, på bakgrunn av ens evne til å tolke situasjonen og sette i gang tiltak.
- Refleksjon (Reflection): Refererer til sykepleierens evne til å «lese» hvordan pasienten responderer på handlingen sykepleieren utførte, og justere sin handling på bakgrunn av denne evalueringen. Dette slutfører prosessen og viser hvordan sykepleieren lærer

fra sine erfaringer og bidrar til å øke ens kliniske kunnskap, som gir en økt kapasitet for å gjøre kliniske vurderinger i fremtidige situasjoner.

(Tanner, 2006).

3 Design og metode

3.1 Design

Forskningsmetode er ulike teknikker forskeren bruker for å strukturere en studie, innsamle og analysere forskningsdata som er relevant for å belyse studiens forskningsspørsmål. I forskning brukes systematiske metoder for å svare på problemstillinger eller å løse utfordringer, der hensikten er å utvikle og utvide kunnskap (Polit & Beck, 2017).

Sykepleieforskning er systematisk designet for å generere troverdig evidens om viktige utfordringer i profesjonen, som inkluderer sykepleiepraksis, utdanning, administrasjon og informasjon (Polit & Beck, 2017).

Denne studien er det blitt brukt et kvalitativt design basert på fokusgruppeintervju for å innhente data. Malterud (2018b) som forteller at et kvalitativt design kan anvendes for å analysere egenskaper, og har som formål å forstå hvordan det oppleves for deltagerne. Et kvalitativt design ble valgt på bakgrunn av studiens hensikt, som er å kartlegge intensivsykepleieres erfaringer med smerteevaluering. Et kvalitativt design vil derfor være hensiktsmessig da det kan bidra med en forståelse av hva intensivsykepleierne vektlegger i smerteevaluering og deres erfaring med evaluering av smerte.

3.2 Fokusgruppeintervju

Malterud (2018a) sier at i fokusgrupper består det empiriske materialet av tekst som representerer menneskers samtaler eller samhandlinger, der samspillet mellom deltakerne står sentralt. Gruppesamtalen gir en annen type kunnskap enn individuelle intervjuer da konteksten er annerledes. I denne studien ble fokusgruppeintervju valgt som metode for å få innsikt i intensivsykepleierens erfaring med smerteevaluering hos den voksne intensivpatienten på respirator. Dette på bakgrunn av at Malterud (2018a) forteller at fokusgruppeintervju er en god metode for å innhente kvalitative data, og godt egnet for å undersøke menneskers kunnskaper og erfaringer om tematikken. En annen begrunnelse for å velge fokusgruppeintervju som metode, er at Malterud (2018a) forteller at ved fokusgruppeintervju kan man utnytte samhandlingen i gruppen, som kan bidra til å fremme

deltagernes fortellinger og deres egne erfaringer med smerteevaluering. Dette ble i varetatt ved at deltagerne ble oppfordret til å snakke mest mulig fritt, komme med innspill og utveksle sine erfaringer, i stedet for at moderator stiller direkte spørsmål til hver og en av deltagerne.

I følge Malterud (2018a) kan fokusgrupper bidra til å åpne opp for relativt ukjente temaer, hensikten er ikke å gi en totaloversikt over tematikken, men kan bidra til utarbeidelse av nye problemstillinger til videre fordypning. I forhold til denne studien vil fokusgruppeintervju være hensiktsmessig, da det i mindre grad finnes studier av nyere dato omkring intensivsykepleierens erfaring med smerteevaluering hos intensivpatienten på respirator. Denne studien kan bidra til å sette nytt søkelys på tematikken, og stimulere til ny forskning. I følge Malterud (2018a) kan samspillet i gruppen kan bidra til å belyse ulike synspunkter. Gruppediskusjonen og dynamikken bidro til å besvare spørsmålene fra intervjuguiden, ved at deltagerne diskuterte og reflektere over sine egne erfaringer omkring smerteevaluering. Individuelle intervju kunne blitt valgt, da det kan bidra til mer inngående og dybdekunnskap om tematikken (Malterud, 2018a).

Et fokusgruppeintervju krever både sekretær og en moderator. Moderator, som ofte er prosjektleder, skal styre samtalen mellom deltagerne og påse at avsatt tid blir brukt hensiktsmessig. Sekretærens rolle er å følge med på hva som foregår i diskusjonen, ta notater om blant annet stemningen og samhandlingen i fokusgruppeintervjuet (Malterud, 2018a).

3.3 Intervjuguide

Malterud (2018a) beskriver at intervjuguidens spørsmål skal ha nøye sammenheng med problemstillingen, og arbeidet med denne bidrar til å spisse studiens problemstilling. Videre sier Malterud (2018a) at det bør utvikles spørsmål og underspørsmål, som skal bidra til åpne og konkrete svaralternativer, som skal bidra til å spisse problemstillingen.

Intervjuguiden i denne studien (vedlegg 6) ble utarbeidet på bakgrunn av tidligere forskning om det aktuelle temaet og studiens problemstilling. Dette resulterte i to hovedtemaer; Generelt om smerteevaluering og verktøy i evaluering av smerte. Det ble utarbeidet totalt 6 hovedspørsmål, som hadde tilhørende oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene var i tråd med studiens hensikt. Eksempel på spørsmål fra intervjuguidens to hovedtema er «*Hva mener dere er viktige forutsetninger for god smerteevaluering*» og «*Hva vil du trekke frem som viktig ved bruk av verktøy i evaluering av smerter hos pasienten?*». Åpningsspørsmålet i studien var

«Kan dere fortelle hvordan dere går frem for å evaluere smerte». Dette ville åpne opp for at deltakerne kunne ta utgangspunkt i egne erfaringer, og gi rom for individuell refleksjon og fortellinger om tematikken.

3.3.1 Pilotintervju

Det ble gjort et pilotintervju med 3 nyutdannede intensivsykepleiere, i forkant av fokusgruppeintervjuet. Dette for å teste kvaliteten på intervjuguidens spørsmål og tidlig få en pekepinn på om spørsmålene var åpne nok og bidro til refleksjon. Samtidig fikk jeg kjenne på følelsen av å intervjuer og rollen som moderator. Pilotintervjuet ble gjennomført uten sekretær, og ble gjennomført i tråd med intervjuguiden. Oppfølgingsspørsmål ble stilt der det passet inn, for eksempel «*kan du utdype mer?*». Tilbakemeldingene fra pilotintervjuet var at spørsmålene var konkrete og enkle å forstå, de bidro til refleksjon hos deltakerne. Pilotintervjuet ble ikke inkludert i denne studien.

3.4 Utvalg og inklusjonskriterier

Malterud (2018a) beskriver at et fokusgruppeintervju kan være nok, når formålet er å beskrive erfaringer som kan kaste nytt lys over et fenomen. Hun anbefaler 5-8 deltakere. I denne studien ble det gjort ett fokusgruppeintervju med intensivsykepleiere, hvor det ble søkt innsikt i deres kunnskaper om erfaringer om smerteevaluering hos den voksne respiratorpasienten.

Utvalget i denne studien består av 4 deltakere. Det ble brukt et strategisk utvalg, som beskrives som et utvalg som har best mulig potensiale til å belyse problemstillingen (Malterud, 2018a). Utvalget i studien ble valgt på bakgrunn av problemstillingen som undersøker intensivsykepleieres erfaringer. For å kunne besvare problemstillingen måtte utvalget møte studiens inklusjonskriterier; intensivsykepleiere, som jobber i klinisk virksomhet i intensivavdeling, at de har arbeidet i minst 5 år som intensivsykepleiere, og har erfaring med pasienter som respiratorbehandles. Årsaken til at det ble valgt intensivsykepleiere med 5 års erfaring, er at Patricia Benner (1995) skriver at det tar 5 år å tilegne seg erfaring. I denne studien ble homogenitet i gruppen oppnådd da et inklusjonskriterie er at deltakerne er utdannet intensivsykepleiere og har erfaring mer tematikken. Homogenitet vil ifølge Malterud (2018a) bidra til å styrke gruppedynamikken, der deltakerne kan gjenkjenne og identifisere seg med hverandres erfaringer. Hun beskriver videre at diskusjonen blir mer substansiell i forhold til tematikken.

En forskningsveileder ved sykehuset ble brukt for å identifisere aktuell intensivavdeling og leder. Før rekrutteringen kunne starte ble det innhentet godkjenning om tilgang til forskningsfeltet fra intensivavdelingen, samt godkjenning for innhenting av data fra sykehusets forskningsavdeling (vedlegg 8). Intensivavdelingen ble kontaktet via e-post med søknad til forskningsfelt (vedlegg 3), vedlagt prosjektskisse, informasjonsskriv (vedlegg 4) og godkjenning fra NSD (vedlegg 7). Det ble forespurt en gruppe med 5 til 8 deltakere. Fagutviklingssykepleier fungerte som portvakt, og rekrutterte deltakere ut ifra prosjektets inklusjonskriterier. Tid og sted ble avtalt. Portvakten fikk i oppgave informere deltakerne om studiens hensikt, og utlevere informasjonsskriv om studien. Et skriftlig samtykke fra deltagerne ble innhentet på intervjudagen.

Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført ved et sykehus i Norge, det var en generell intensivavdeling med intensivnivå 2. Norge følger europeisk standard med 3 nivåer av intensivenheter, som organiseres etter hvilke og hvor kompliserte tilstander de skal være organisert og teknisk utrustet til å kunne håndtere. Nivå 2 innebærer å tilby behandling for svikt i de fleste organsystemer som hjerte, lunge og nyresvikt (Søreide et al., 2014). Avdelingen hadde kapasitet til 11 intensivpasienter, hvorav 4-5 av respiratorplasser. Avdelingen hadde forsøkt implementert verktøyet Behaviour Pain Scale (BPS) for evaluering av smerte hos respiratorpasienten, men dette var av ikke i bruk. Deltakerne hadde 15 til 25 års erfaring som intensivsykepleier med mean.

3.5 Datainnsamling

I følge Malterud (2018a) er det mest hensiktsmessig å velge et nøytralt lokale for fokusgruppeintervjuet, og deltakerne bør plasseres slik at de kan se hverandre og av hensyn til avstand til mikrofonen. I denne studien ble det valgt et møterom som var skjermet fra støy uten ifra og var plassert et godt stykke fra avdelingen. Like før intervjuet skulle starte falt det fra en deltager grunnet sykdom. Vi ble derfor forespurt om intervjuet kunne gjøres i avdelingen, da dette var mest hensiktsmessig for resterende deltakere. Intervjuet ble gjennomført på et lite rom i tilknytning til avdelingens pauserom.

I forkant av intervjuet hadde jeg et møte med forskningsveileder ved sykehuset, som skulle være sekretær under intervjuet. Under møtet gikk vi igjennom intervjuguidens ulike elementer. Halve intervjuguiden inneholder spørsmål om verktøy for evaluering av smerte. Selv om intensivavdelingen ikke brukte verktøy for evaluering av smerte hos

respiratorpasienten, ble det likevel valgt å gjennomføre intervjuguiden i sin helhet. Dette fordi det kunne tenkes at noen av deltagerne hadde tidligere erfaringer med bruk av verktøy for evaluering av smerte hos intensivpasienten. Det ble det avtalt med forskningsveilederen at de siste 30 minuttene av intervjuet skulle brukes til oppsummering av intervjuet, der deltakerne selv kunne komme med innspill på om de var enige i sine egne utsagn eller om de hadde andre innspill. Sekretæren passet tiden, da samtalen nådde en naturlig pause ble det gitt et tegn til meg slik at samtalen ble avrundet. Sekretæren gjennomgikk sine notater, og deltagerne ble spurt om de var enige eller uenige i hva som ble notert, samt om noe manglet som burde bli diskutert.

Malterud (2018a) sier at moderators oppgave er å styre samtalen mellom deltakerne og sørger for at avsatt tid blir brukt hensiktsmessig i forhold til prosjektets problemstilling. Videre må moderator «lese» diskusjonen, ved for eksempel å oppklare uklare utsagn, eller be deltakerne om å slutføre setninger som blir hengende i luften (Malterud, 2018a). Å følge at intervjuet ble gjennomført innenfor tidsrammen var i denne studien sekretærens rolle. Intervjuguidens spørsmål ble delt på tiden vi hadde til råd, slik at hvert spørsmål fikk omtrent 15 minutter hver. Dette var kun veiledende for meg som moderator, slik at dersom samtalen gikk langt utenfor tema og tiden var ute, kunne jeg avrunde og gå videre til neste spørsmål.

Deltakerne ble ønsket velkommen av moderator, ble kort fortalt hensikten med studien, og hvor lang tid intervjuet ville ta. De ble oppfordret til å snakke en av gangen av hensyn til lyd kvaliteten og la alle slippe til. De ble også fortalt at det ikke finnes riktige eller gale svar, all erfaring er like viktig, dette gjelder også alle synspunkter, positive som negative. Det skriftlig samtykke ble signert før intervjuet startet. Diskusjonen foregikk stort sett fritt. Det var flere pauser. Som moderator opplevdes pausene i starten som lange, noen varte opp til et halvt minutt. Jeg observerte at deltagerne reflekterte hver for seg, som oftest startet deltagerne en ny diskusjon etter pausen. Når noe forble utsagt stilte moderator oppfølgingsspørsmål for å få deltakerne til å forklare nærmere eller utdype hva de hadde fortalt for eksempel «*Kan du forteller mer?*». Noen spørsmål i intervjuguiden hadde også oppfølgingsspørsmål som for eksempel «*Har dere noen eksempler?*» som jeg brukte dersom deltagerne selv ikke kom med eksempler. Dersom pausene ikke bidro til mer refleksjon, eller deltagerne gikk langt utenfor relevant tema gikk moderator over til neste spørsmål. Det opplevdes tidvis som utfordrende å «lese» diskusjonen, dette især når deltagerne var engasjerte og diskuterte med hverandre. I

slike situasjoner var jeg redd for å avbryte diskusjonen dersom noe forble usagt. For å få en oppklaring i dette noterte jeg ned stikkord slik at jeg etter diskusjonen kunne stille oppfølgingsspørsmål til uoppklarte utsagn. Alle deltagerne deltok nogen lunde likt under intervjuet.

Lydopptakeren var testet på forhånd. For å forebygge tekniske feil ble to lydopptakere brukt under fokusgruppeintervjuet. Etter intervjuet ble hovedopptakeren kontrollert for å se om hele opptaket var tatt opp, det ble også gjort en lydtest for å validere kvaliteten på opptaket.

Lydopptaket var av god kvalitet, det var i perioder vanskelig å forstå hva deltakerne sa, dette da de snakket i munnen på hverandre. Selv om fokusgruppeintervjuet ble gjort i avdelingen var det lite støy utenifra, og opptaket og intervjuet ble ikke påvirket av dette.

3.6 Dataanalyse

3.6.1 Transkribering

Empirisk data fra fokusgruppeintervju består av tekst som skal speile samtalen mellom deltakere og moderator. Transkripsjonen skal mest mulig lojalt ivareta det opprinnelige materialet, slik at deltageres erfaringer og meninger ble formidlet under datainnsamlingen (Malterud, 2018a). Transkriberingen blir gjort av intervjueren selv da Malterud (2018a) beskriver at det er enklere å oppdage nyanser i opptaket når en selv har vært til stede, samt at det gir bedre oversikt over datamaterialet.

For at teksten ikke skulle miste sin mening ble opptaket nøye gjennomlyttet. Dersom deltakerne snakket i munnen på hverandre, eller det ikke var mulig å forstå hva som ble sagt, ble dette markert i tekst som [xxxx], i tråd med hva Malterud (2018a) anbefaler. Det ble ikke brukt tid på å forstå enkeltsetninger. Transkriptet ble skrevet med enkel linjeavstand og ny replikk ble markert med et ekstra linjerskift, slik Malterud (2018a) anbefaler.

Deltakerne ble markert med «Deltager 1, 2, 3» osv. Moderator blir markert som «M» i teksten. Dette for å kunne skille deltakerne fra hverandre og intervjueren, slik at teksten ble mer oversiktlig. Malterud (2018a) beskriver at en skal utvise lojalitet til det vi med en viss sannsynlighet vurderer at deltakerne kan ha ment. Transkriptet kan derfor representere en høy grad av autensitet, hvis en redigerer språket forsiktig. Under transkriberingen ble dialekt oversatt til bokmål, for å ivareta deltakernes personvern. (Malterud, 2018b) beskriver at få mennesker snakker slik at en direkte skriftliggjøring av samtalen gir en gyldig gjengivelse av

det som ble sagt og hørt. Hun beskriver videre at ordrett skriftliggjøring av muntlig tale kan gi leseren et annet bilde av samtalen, enn det som ble hørt av samtalepartene. Det ble fokusert på å oversette ord fra dialekt til bokmål, på en slik måte at det best mulig kunne representere hva deltakerne hadde ment, uten at setningen mistet sin opprinnelige mening.

3.6.2 Systematisk tekstkondensering

Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Analysen skal foregå slik at andre kan følge den veien vi har gått, anerkjenne vår systematikk underveis, og forstå våre konklusjoner (Malterud, 2018b). I denne studien ble det valgt å bruke Malterud (2018b) sin metode for systematisk tekstkondensering, som viser til Georgis beskrivelse av en prosedyre, der analysen gjennomføres gjennom 4 trinn.

Trinn 1. Å få et helhetsinntrykk

Trinn 2. Å identifisere meningsdannende enheter

Trinn 3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene.

Trinn 4. Å sammenfatte betydningen av dette

(Malterud, 2018b)

Første trinn ble startet med å skaffe et helhetsinntrykk der materialet ble gjennomlest. Etter at materialet var gjennomlest, reflekterte jeg over egne inntrykk og noterte ned foreløpige temaer som er i tråd med Malterud (2018b). Materialet ble gjennomlest 3 ganger, der det ble identifisert 7 ulike foreløpige temaer. Selv anbefaler Malterud (2018b) 5-8 temaer. De foreløpige temaene var:

1. Klinisk blikk
2. Kontinuitet
3. Tidligere diagnose
4. Smerteproblematikk
5. Samarbeid med lege
6. Erfaring
7. Verktøy

Før fortsettelsen til trinn 2 startet ble de foreløpige temaene diskutert med veileder som kvalitetssikring, før det videre arbeidet kunne starte.

I andre trinn i analysen forteller Malterud (2018b) at man skal organisere materialet som skal studeres, man skal skille tekst som er relevant fra irrelevant tekst. Videre beskriver hun at en skal forholde seg fra tre til fem reviderte foreløpige temaer som skal danne grunnlag for kodegruppene. De syv foreløpige temaene fra forrige trinn ble notert ned, etter en siste gjennomlesning ble det oppdaget at kodegruppen «tidligere diagnose» og «smerte problematikk» inneholdt lik informasjon, de ble derfor sammenslått. Kodegruppen «erfaring» ble slått sammen med «klinisk blikk». Valget falt på å dele opp disse kodegruppene for å berike andre kodegrupper, slik at det totalt ble 4 kodegrupper som fikk nye navn.

- Å identifisere smerte
- Dokumentere og kartlegge
- Individuelle vurderinger
- Erfaringer med verktøy

Malterud (2018b) beskriver at en må sortere de meningsbærende enhetene som er relevant for å belyse problemstillingen under temaene fra forrige trinn, som kalles koding. Den transkriberte teksten blir nøye gjennomgått, for å identifisere meningsbærende enheter. Tekst som ikke ble ansett som meningsbærende enheter ble valgt bort, i tråd med Malterud (2018b). Utsagn som ble ansett som relevante ble kodet med markeringspenn i ulike farger, slik at de ble sortert under tema med tilhørende farge.

I analysens tredje trinn skal en abstrahere den sorterte informasjonen fra forrige trinn, som vil si å systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet fra de meningsbærende enhetene som tidligere ble kodet sammen (Malterud, 2018b). Hver kodegruppe ble gjennomgått for å se om teksten omfatter ulike nyanser som beskriver ulike aspekter ved kodegruppen og danner 2-3 subgrupper slik Malterud (2018b) anbefaler. Forforståelsen ble forsøkt lagt til side for å unngå å bli forutinntatt. For å unngå dette ble veileder ble tatt med i prosessen for å få andre synspunkter, der mine og hennes synspunkter ble diskutert. Subgruppene ble identifisert etter nøye gjennomlesning av de meningsbærende enhetene, det ble tatt stikkord i transkriptets marg underveis for å få et nyansert bilde på hva de forteller noe om. Det er subgruppene som er analyseenhet der det nå lages et kondensat – et kunstig sitat (Malterud, 2018b). Hver

meningsbærende enhet ble gjennomgått for å vurdere om den skal inkluderes i kondensatet, kondensatet ble satt sammen på en slik måte at det ble en sammenhengende tekst, de meningsbærende enhetene ble inkludert på en slik måte at den fikk en logisk oppbygning. Når kondensatet ble utformet ble det lagt vekt på å gjengi informantenes utsagn på en slik måte som de ville ha uttrykt seg, det ble også brukt «jeg» form som en påminnelse om at det er deltagerne stemmer slik Malterud (2018b) anbefaler. Til slutt ble et gullsitat valgt for å illustrere på en god måte hva som ble abstrahert.

Her presenteres et eksempel på kondensat fra subgruppen «*kliniske observasjoner av smerte*» i kodegruppen «*å identifisere smerte*».

Kodegruppe	Meningsbærende enhet	Subgruppe	Kondensat og gullsitat
Å identifisere smerte	« <i>D1: ja.. Ser på klinikken, blodtrykk, puls.. og.. respirasjon.. for puls og blodtrykk det kan jo være forskjellige ting som eh.. påvirker det</i> »	Kliniske observasjoner av smerte	Jeg ser på klinikken; blodtrykk, puls og respirasjon. Det kan være forskjellige ting som påvirker det. « <i>ja.. [Intensivsykepleieren] Ser på klinikken, blodtrykk, puls.. og.. respirasjon.. for puls og blodtrykk det kan jo være forskjellige ting som eh.. påvirker det</i> »

I analysens fjerde trinn skal materialet rekontekstualiseres, som innebærer å sammenfatte kunnskaper fra hver kodegruppe og tilhørende subgruppe (Malterud, 2018b). Kondensatene og sitater ble gjennomgått for å lage en analytisk tekst for hver kodegruppe. Den analytiske teksten ble satt sammen på en slik måte at det ble flyt i teksten, men samtidig at den var tro mot hva deltagerne har fortalt. Hver tekst fra subgruppen fikk sitt eget avsnitt slik at det ble mer oversiktlig. Etter at den analytiske teksten var etablert ble kodegruppen gjennomgått for å vurdere om sitater som ble valgt fortsatt speiler innholdet i teksten, der noen sitater ble byttet ut. Den analytiske teksten en overskrift, som sammenfatter hva innholdet omhandler, slik

Malterud (2018b) anbefaler. Til slutt ble materialet rekontekstualisert, for å validere sammenhengen det ble hentet ut i fra slik Malterud (2018b) forteller. Transkriptet ble gjennomlest en siste gang for å evaluere om den analytiske teksten gjenspeiler hva deltagerne hadde fortalt, og for å utelukke at det var brukt fortolkning i den analytiske teksten.

Dette er en oversikt endelige kodegrupper, subgrupper og tema

Kodegruppe	Subgruppe	Kategori (tema)
Å identifisere smerte	Kliniske observasjoner av smerte	Kliniske observasjoner og yrkeserfaring i evaluering av smerte
	Lære å tolke tegn til smerte	
Dokumentere og kartlegge	Bli kjent pasienten og pårørende	Kontinuitet og rapportering
	Informasjonsutveksling og kontinuitet	
	Samarbeid med lege	
Individuelle vurderinger	Ytre faktorer som gir smerte	Ulike hensyn å ta ved evaluering av smerte
	Reflektere over årsak til smerte	
	Utfordringer med smertevurderingen	
	Lavere sedasjonsnivå letter smerteevalueringen	
Erfaringer med verktøy	Smertekartleggingsverktøyets anvendelighet	BPS – et objektivt mål på en subjektiv opplevelse?
	Utfordringer med bruk av smertekartleggingsverktøy	

Tabell 2: Analysetrinn i STC, inspirasjon hentet fra Malterud (2018b).

Et utdrag fra systematisk tekstkondensering, veien fra helhetsinntrykk til syntese.

Helhetsinntrykk Villnis til foreløpige temaer	Meningsbærende enheter		Kondensering		Syntese	
	Foreløpige temaer til koder og sortering		Koder til abstrahert meningsinnhold		Kondensering til beskrivelser, begreper og resultater	
Foreløpige temaer	Kodegruppe	Meningsbærende enheter	Subgruppe	Kondensat	Analytisk tekst	Ny overskrift
Kliniske tegn	Å identifisere smerte	<p>“D1: ja.. Ser på klinikken..</p> <p>“D1: Det er jo ja.. hud og tåreflod og sårne ting.»</p> <p>“D4: tåreflod kanskje.. hos de som er i utgangpunktet godt sedert da, ja..»</p> <p>“D4: det var jo de tegnene du nevnte (D1) respirasjonsfrekvens, puls, blodtrykk, tåreflod og du nevner (D3) med avverge og.. ja..»</p> <p>«D3: en får puls og blodtrykksstigning dersom vi påfører de noe ekstra, i alle fall»</p> <p>«D1: for puls og blodtrykk det kan jo være forskjellige ting som eh.. påvirker det»</p>	Kliniske observasjoner av smerte	<p>Jeg ser på klinikken:</p> <p>blodtrykk, puls og respirasjon.</p> <p>Det kan være forskjellige ting som påvirker det. Du får blodtrykksstigning dersom vi påfører de noe ekstra. De tegnene du nevnte:</p> <p>respirasjonsfrekvens, puls, blodtrykk, tåreflod og det du nevner med avverge</p>	<p>Flere av deltakerne forteller at de bruker det kliniske blikk, de ser på blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens, tåreflod, og avverge i bevegelser. Det forklares at ulike ting påvirker de vitale parametrene, en deltaker forteller at pasienten får stigende blodtrykk dersom pasienten blir påført noe ekstra.</p>	Kliniske observasjoner og yrkeserfaring i evaluering av smerte

Tabell inspirert av Malterud (2018b)

3.6.3 Troverdighet

Forskere vil at deres slutninger skal korrespondere med sannheten. Forskning kan ikke bidra til evidens for å guide klinisk praksis hvis funnene ikke er korrekte, forutinntatt, eller ikke greier å representere erfaringene fra gruppen, som ble undersøkt (Polit & Beck, 2017).

Polit og Beck (2017) viser til Lincon og Guba (1985) som anbefaler fire kriterier for å oppnå troverdighet innenfor kvalitativ forskning; kredibilitet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet. Kredibilitet refererer til tilliten til datamaterialet og tolkningen av den. Pålitelighet referer til stabilitet (relabilitet) fra datamaterialet over tid, et viktig spørsmål her er om funnene kan gjentas dersom studien gjøres på nytt med samme eller lignende deltakere, i samme eller lignende kontekst. Bekreftbarhet viser til objektivitet i datainnsamling og analyse. Overførbarhet refererer til om funnene kan bli overført til andre grupper eller settinger (Polit & Beck, 2017).

For å ivareta troverdighet i denne studien, ble det iverksatt tiltak for å ivareta kredibilitet, pålitelighet, bærekreftbarhet og overførbarhet. For å ivareta kredibilitet ble Malterud (2018b) sin metode for systematisk tekstkondenserting brukt. Som er en metode som sikter på å gi nybegynnere en enkelt innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk måte (Malterud, 2018b). For å ivareta pålitelighet i studien ble det under arbeidet med intervjuguiden utviklet spørsmål på en slik måte at de ikke skulle være ledende og samsvarer med Kvale og Brinkmann (2018) sine anbefalinger. Det ble utarbeidet åpne spørsmål som ville bidra til refleksjon og diskusjon innad i gruppen. Båndopptakeren blir testet før intervjuet for å få kjentskap til dens funksjoner, og for å unngå feil under intervjuet. Deltakerne blir plassert på en hensiktsmessig måte i forhold til båndopptakeren, slik at lydkvaliteten blir best mulig. I tillegg bli deltakeren bedt om å snakke en og en, for å gi best mulig kvalitet på intervjuopptaket. Det ble inkludert et utvalg av forskning omkring temaet som belyser ulike tilnærminger til tematikken. For å ivareta påliteligheten hadde det stor betydning at funnene i studien ble sammenlignet med tidligere forskning.

Fokusgruppeintervju ble valgt, da det er velegnet for å kartlegge ulike gruppers erfaringer (Malterud, 2018a). Utvalget og metoden var relevant for å belyse problemstillingen. For å ivareta bekreftbarheten ble forforståelsen skrevet ned tidlig i prosjektet (pkt. 3.7.4).

Forforståelsen kan påvirke min objektivitet i studien, og det var viktig å ha et bevisst forhold til denne under intervjuet og analysen. Funnene i denne studien ble presentert nøyaktig,

imidlertid ble det gjort et valg å oversette fra dialekt til bokmål, dette for å verne om deltagerens personvern. I forhold til overførbarhet etterspør problemstilling intensivsykepleierens erfaringer, i fokussgruppeintervjuet ble det derfor inkludert intensivsykepleiere med minimum 5 års erfaring fra klinisk praksis og erfaring med smerteevaluering hos respiratorpasienten. Dette på bakgrunn av at Patricia Benner (1995) forteller at det tar 5 år for å tilegne seg erfaring. Funnene i denne studien kan overføres til alle intensivsykepleiere og sykepleiere som jobber med respiratorpasienter. Dette da de kan reflektere over egne erfaringer og holdninger til tematikken.

3.6.4 Forforståelse

Malterud (2018b) beskriver at forforståelsen er den «ryggsekken» vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter. Innholdet i sekken påvirker hele veien måten vi samler og leser våre data på. Det er en bagasje som i beste fall kan gi næring og styrke til prosjektet, og i verste fall kan det bli en tung bær som gjør at vi må avbryte. Fordi alt handler om oss og ikke om hva en ser langs veien. Malterud beskriver videre at bagasjen består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og av den teoretiske referanserammen. Forforståelsen er en viktig side av forskerens motivasjon for å sette i gang med forskning omkring et bestemt tema, imidlertid kan den bidra til at en går inn i prosjektet med «skylapper», begrenset horisont eller manglende evne til å lære. Hun beskriver videre at dersom forskeren har et aktivt forhold til sin forforståelse, kan dette forebygges (Malterud, 2018b).

Min forforståelse er preget av at jeg før videreutdanning i intensivsykepleie jobbet i en intensivavdeling. Videre har jeg hatt praksis som intensivsykepleierstudent i intensivavdeling, hvor jeg har egne erfaringer med respiratorpasienter. Dette dannet grunnlaget for hensikten med studien og problemstillingen. Min oppfatning er at evaluering av smerte hos respiratorpasienten er vanskelig, og jeg opplever at det er ulik praksis for evaluering av smerte blant kollegaer. Dette er en del av min forforståelse som det under arbeidet vil være viktig å reflektere over. For å forhindre at min forforståelse påvirket dette prosjektet, var jeg bevisst på min forforståelse som ble den hentet frem flere ganger. Under arbeidet med transkribering var det stor fare for fortolkning, det ble derfor vektlagt å gjengi hva informantene fortalte ordrett. I presentasjon av resultatene ble det brukt klammaparantes, der det etter transkriberingen ikke kom tydelig frem hva deltagerne refererte til som for eksempel pasienten eller et smerteevalueringsverktøy.

Veileder ble brukt under analysen og presentasjon av resultat for å forebygge fortolkning. Under arbeidet med analysen ble det diskutert med veileder om veien fra foreløpig tema, meningsbærende enheter, kondensat, analytisk tekst og tema var tydelig og i tråd med Malterud (2018b) sin systematiske tekstkondensering. Under arbeidet med presentasjon av resultat ble det diskutert og reflektert med veileder om hvordan resultatene best kunne presenteres, for å speile intensivsykepleiernes erfaringer om smerteevaluering hos respiratorpasienten. Her under å vurdere om sitater svarer til den analytiske teksten, og om sitat og tekst ville være forståelig for leseren.

3.7 Forskningsetiske overveielser

Studien er gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonen der det fremgår at medisinsk forskning skal ha etiske standarder som skal sikre respekt for alle deltakere og beskytte deres helse og rettigheter. Den beskriver videre at selv om hovedformålet med medisinsk forskning er å generere ny kunnskap, skal dette ikke gå på bekostning av rettighetene hos deltakerne (World Medical Association, 2013). I følge Malterud (2018b) skal forskeren sørge for at deltakerne kjenner seg trygg på at anonymiteten blir ivaretatt, uten risiko for gjenkjennelse. Studien ble søkt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (Vedlegg 7), da prosjektet omfatter behandling av deltagerens personopplysninger hentet fra skriftlig samtykke. For å ivareta anonymiteten og konfidensialitet, blir lokalisasjonen, eller navn på deltakerne ikke nevnt, deltakerne tildeles pseudoanonymer som «deltaker 1,2,3». I følge Personopplysningsloven (2018) bidrar pseudoanonymer til å redusere risikoen for gjenkjenning.

Det ble sendt en søknad om tilgang til forskningsfeltet, med vedlagt projektskisse og informasjonsskriv (vedlegg 4), som inneholder nødvendig informasjon om studien i tråd med Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2013). Et informert samtykke ble signert på intervjudagen (Vedlegg 5), som viser at deltakelsen i studien er frivillig, informert, at deltakerne samtykker til behandling av opplysninger i tråd med Helseforskningsloven (2009,§13).

Et intervju kan påvirke deltakerne som ikke bare deler deres erfaringer og dype tanker, men også kan bli bevisst på skjulte følelser for første gang (Holloway & Galvin, 2016). Viktige normer innen etikk i kvalitativ forskning er prosjektleders ansvar for den enkelte, vurdering av nytt-riisiko, et informert samtykke, og en vurdering av hvem som er passende informanter.

Noen personer klassifiseres som sårbare grupper, som inkluderer barn, personer med psykiske lidelser, sykdom, miljø og begrensede ressurser (Ruyter, 2015). I denne studien, der deltakerne er intensivsykepleiere som reflekterer over eget arbeid på intensivavdelingen, blir disse ikke ansett å være en sårbar gruppe.

I følge Malterud (2018a) er gjensidig taushetsplikt viktig for diskusjonen innad i gruppen. Hun sier at som moderator er det viktig å være årvåken og sørge for at deltakerne ikke føler seg presset til å dele mer informasjon enn de selv ønsker. Noen av spørsmålene i mitt prosjekt gav refleksjon omkring pasientsituasjoner. I fare for brudd på taushetsplikten, ble dette nevnt i starten av intervjuet, slik at deltakerne selv kan vurdere hvilken informasjon de kunne dele for å ikke bidra til å identifisere enkeltpersoner. I mitt prosjekt ble intervjuet tatt med en godkjent opptaker, i tillegg til at sekretær tar feltnotater.

Lydfilene og transkribert data ble oppbevarte på en sikker, passord beskyttet programvare i henhold til UiT Norges arktiske universitet sine retningslinjer for sikker lagring av sensitive data (UiT, 2017/02.10.19).

4 Resultat

Gjennom analysen fant jeg 4 hovedkategorier som beskriver intensivsykepleierene sine erfaringer med evaluering av smerte hos respiratorpasienten; Kliniske observasjoner og yrkeserfaring i evaluering av smerte, kontinuitet og rapportering, ulike hensyn å ta ved evaluering av smerte, BPS – et objektive mål på en subjektiv opplevelse? Hver kategori har tilhørende subgrupper, der det er ti subgrupper totalt. Resultatene presenteres under hver kategori, som resultat fra analysen. Jeg har valgt å gi informantene ikke-identifiserbar identitet.

4.1 Kliniske observasjoner og yrkeserfaring i evaluering av smerte

4.1.1 Kliniske observasjoner av smerte

Intensivsykepleierne forteller at de bruker sine sanser og observasjoner for å identifisere smerte, begge anses som likeverdige og de ser ikke den ene alene for seg. Flere av deltakerne forteller at de bruker både vitale parametre og det kliniske blikk i observasjon av smerte. De observerer om blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvensen stiger, og ser etter tåreflod, og avverge ved bevegelser.

“Deltager 1: ja.. [intensivsykepleieren] Ser på klinikken, blodtrykk, puls.. og.. respirasjon”

Deltagerne forklarer at ulike ting påvirker de vitale parametrene, en deltaker trekker frem at pasienten får stigende blodtrykk dersom intensivsykepleieren gjør noe med pasienten som oppleves som smertefullt.

“Deltager 1: ja.. [intensivsykepleieren] Ser på klinikken, blodtrykk, puls.. og.. respirasjon... for puls og blodtrykk det kan jo være forskjellige ting som eh.. påvirker det”

«Deltager 3: En [pasienten] får puls og blostrykksstigning dersom vi påfører de noe ekstra, i alle fall.. Jo men jeg ser hvis du løfter den foten som er operert eller eh.. etter eller annet»

En deltager forteller det at en observerer huden og er oppmerksom på tåreflod. Deltakerne forteller at de ikke registrerer et tall på smerte, men at de observerer pasientens ansikt med tanke på grimaser, eller avverge i bevegelser.

«Deltager 3: Ikke at vi skriver ned noen tall nei, men jeg kan.. det går jo på det der å se på [pasientens] ansiktet... Grimasering og avverging i bevegelser og sånn det kan..»

En deltager beskriver at ved situasjoner der det observeres tåreflod blir det kommunisert til den andre sykepleieren- dersom de er to, slik at de begge blir oppmerksomme på dette.

«Deltager 4: jo men.. men vi står jo ofte og ser at «nei nå har han tåreflod» ikke sant.. da kommenterer vi til den som står på den andre siden av sengen for eksempel.. da er vi litt sånn på alerten»

En annen deltager reflekterer om en er nok observant på smerte hos pasienter som er dypt sedert, og at det er en fordel å være lettere sedert da det er enklere å tolke smerte.

«Deltager 2: men er vi observante nok på de som sover tungt da? I forhold til det med smerte.. det er jo det som er.. faren med det.. eller? Det er vel en av grunnen til at det er en fordel å være lettere sedert.. det kan være enklere å tolke»

Hos intensivpasienten som er intubert reflekterer en sykepleier om pasientens opplevelse av hvor årvåkne sykepleierne er for å tolke dens signaler. Hun beskriver at dette gjelder også hos den ikke intuberte pasienten. Videre sier hun at selv om en bruker det kliniske blikk eller verktøy, så er det viktig å være årvåken.

«Deltager 2: Sånn er det for intensivpasienten som er intubert også.. den eh.. opplevelsen av liksom.. hvor årvåken vi [intensivsykepleierene] er da, for å si det sånn.. for å tolke signaler [pasientens], det gjelder både for dem og for de som ikke er intubert.. uansett om en har verktøy eller.. eller om vi bruker klinisk blikk, som vi sier, så er det noe med dem årvåkenheten»

4.1.2 Lære å tolke tegn til smerte

En deltager beskriver at å observere kliniske tegn til smerte er noe en lærer seg etter hvert, etter flere år i yrket møter intensivsykepleieren flere ulike pasientgrupper og har erfart hvilke smerter de ulike pasientgruppene kan oppleve.

«Deltager 4: det var jo de tegnene du nevnte (D1) respirasjonsfrekvens, puls, blodtrykk, tåreflod og du nevner (D3) med avverge og.. ja.. det er jo slikt du lærer deg etter hvert da.. eh.. ja.. det er jo den erfaringen du har med den type pasienter da.»

En deltager forteller at yngre sykepleiere ofte spør erfarne sykepleiere om deres vurdering, etter mange års erfaring og videreutdanning så har en lært en del.

«Deltager 4: altså når du har jobbet en stund, så har du jo møtt mange flere [pasienter] du har erfart hva er det som... hva gir vi av smertestillende eh.. kan å tolke at det virker ja.. slik at når det er yngre sykepleiere, ferske så spør de liksom.. de spør jo om hva tror du liksom.. så.. men.. ja mange år og videreutdanning og alt det der det er.. vi har jo lært noe “

En deltager beskriver at hun bruker sin erfaring og kan raskt se at pasienten har behov for en del smertestillende, hun beskriver at hun ikke gir den vanlige dosen og venter, hvis det er åpenbart at pasienten har smerte. I stedet for vurderer hun å øke dosen i samråd med lege, slik at en kommer hurtigere i mål med smertelindringen enn en som er uerfaren.

«Deltager 3: jeg bruker den erfaringen for å se, for eksempel en som jeg ser har eh.. kan med ganske raskt blick og hvis jeg gjør det og hvis jeg har tilgang til hva en [pasienten] har fått, så vet jeg at dem trenger en del.. og da kan jeg på en måte gi mer. Jeg gir ikke den vanlige dosen og så venter i 10 minutter dersom en allerede vrir seg i smerter, da går jeg opp også.. eller ringer å spørre om jeg skal doble eller.. at litt sånn.. at en kommer i mål raskere enn en som er uerfaren, i alle fall når det gjelder å ha erfaring, så synes jeg jo egentlig det.»

4.2 Kontinuitet og rapportering

4.2.1 Bli kjent med pasienten og pårørende

Det tar tid å bli kjent med pasienten, og se hva som er årsak til smerte. Deltagerne diskuterer omkring viktigheten med å snakke med pårørende, da de kjenner pasienten og vet hva som er normalt for han. De beskriver at de kan prate om betydningen av rynken i pannen eller spenningen kjeven, samt snakke om pasientens funksjonsnivå både kognitivt og fysisk.

«Deltager 2: da er vi vel tilbake til det med tåreflod og uttrykkene.. så snakker vi med pårørende, ikke sant.. og den rynken i pannen betyr sånn og sånn, om en spenner kjeven og det med.. så er det enklere når en er blitt kjent med pasienten»

«Deltager 4: det går jo.. vi snakket litt om pårørende, det å snakke med pårørende hvis du har en pasient som til vanlig har et nedsatt funksjonsnivå, fysisk eller kognitivt, ikke sant. Snakke med de som kjenner han, er dette vanlig? Det er jo viktig»

Deltagerne diskuterer om å følge trender. En deltaker sier at dersom pasienten har vært omkring fem og stiger til seks eller sju på smerteskalaen, må en reflektere over hvordan dette skal tolkes. Videre fortelles det at etter at smertestillende er gitt, er interessant å se om det har hatt effekt. Deltageren forteller at man også kan se at pasienten blir mer avslappet og kan få et annet tonefall [dersom pasienten ikke er intubert].

«Deltager 2: så er det det med trender som du sier (D4) dersom en [pasienten] har vært omkring fem og så øker det til seks og sju..[på smerteskalaen] det er litt hvordan en skal tolke det... øker det eller minker det? En kan jo si at det tiltar eller avtar også selvfølgelig men..»

4.2.2 Informasjonsutveksling og kontinuitet

Deltagerne diskuterer omkring vaktskifte, om det å snakke med sykepleieren som har hatt pasienten og dens erfaring med bruken av smertestillende hos pasienten. Samt den enkeltes vurdering av smerte. En deltager påpeker at de også videreformidler hvilken effekt smertestillende har hatt på pasienten.

«Deltager 4: ja også.. også har vi jo vaktskifte, ikke sant og snakker med sykepleieren som har hatt pasienten tidligere også.. eh.. deres erfaring med bruken av smertestillende på forrige vakt, har en god effekt av det eller det eller»

Deltagerne forteller at de er dårlige på dokumentere smerte hos respiratorpasienten, en deltager forteller at selv om de ikke bruker verktøy for evaluering av smerte, dokumenterer de heller ikke deres subjektive opplevelser av pasientens smerte.

«Deltager 3: jeg tenker jo på det.. observasjonsverktøyene vi har.. så har vi ikke noe sted vi observerer.. eller skriver ikke ned.. vi dokumenterer ikke.. ikke vår subjektive mening heller»

En deltager forteller at man da må følge utviklingen ved overtakelse av en pasient som har vært innlagt noen dager. Man må gjøre seg opp en formening om hvordan smertebehandlingen har vært, på bakgrunn av hva pasienten har fått. Det konkluderer med at vaktskifte er en kvalitetssikring og beskriver at alle har ulike blikk, det den ene ikke fanger opp kan neste fange opp.

«Deltager 2: for det.. er det noe med å følge en utvikling og når en skal ta over en pasient som har vært her noen dager, sant.. og så skal du gjøre deg opp en formening om hvordan har det vært med smertebehandlingen.. har det vært.. da har vi på en måte ingen.. vi kan bare se på hva en har fått.... Så er det nesten sånn det er kvalitetssikring at vi har de vaktskiftene og at vi har forskjellige blikk, da den ene ikke fanger opp kan den neste fange opp kanskje.. så det fordi det er en ting vi er opptatt av, det tror jeg ikke er noe å overdrive»

4.2.3 Samarbeid med lege

Det er ofte sykepleierne som formidler hva de har observert og sine meninger om smerte til legen, som ofte foreslår smertebehandling. Videre sier en deltager at det kan være en

spenning, nesten en konflikt at legen ikke er tilstede, og sykepleieren alltid er der. Dette beskrives som utfordrende, og oppleves som at legene har en gjesteopptreden.

«D3: jeg opplever at det er vanskelig fordi vi er tilstedeværende også [xxxx] de har en gjesteopptreden da.. og da skal vi.. da skal man forsøke å formidle dette godt nok slik at [xxxx]»

En deltager forteller at smerte nesten ikke er et tema før sykepleierne opplever at det er et problem. Videre fortelles det at det er sykepleierens ansvar å kommunisere med legen, si ifra om noe mangler eller kan gjøres annerledes, da de alltid er til stede hos pasienten.

«Deltager 4: Det er jo vårt ansvar å kommunisere med legen, og si ifra hvis vi mener at noe mangler, eller vi må gjøre noe annerledes. Det er jo vi som står med sengen hele tiden, legen er jo der til og fra.. så det er jo vårt ansvar»

Deltagerne beskriver at samarbeid mellom lege og sykepleier er viktig. En deltager beskriver at når de skal vekke pasienten tas av og til all smertelindring bort, det beskrives som dårlig gjort ovenfor pasienten, da pasienten med stor sannsynlighet vil oppleve smerte samtidig som en blir vekt.

«Deltager 3: Nå skal pasienten vekkes» og da skal de ta bort alt av smertestillende også med en gang. Det synes jeg er litt dårlig gjort... Prøv det selv, tenker jeg. Men.. eh.. ja.. fordi.. ubehag, smerter har du jo til en viss grad da men.. [xxxx] De aller fleste vil nok eh.. oppleve smerte samtidig som de blir vekket.»

4.3 Ulike hensyn å ta ved evaluering av smerte

4.3.1 Ytre faktorer som gir smerte

En deltager sier at en må være oppmerksom på prosedyrer som kan være smertefulle og gi ubehag. Deltageren trekker frem prosedyrer som trakealsuging, leiring i seng og mobilisering.

«Deltager 1: så er det litt i forhold til prosedyrer og sånn som vi skal gjøre som kanskje kan være smertestillende.. nei smertefulle, at en kan fylle på med litt ekstra eh.. smertestillende akkurat i den forbindelse. Slik at en må være oppmerksom på ting som eh.. er smertefullt og ubehagelig og sånn.. ja.. prosedyrer: suging og snuing kanskje.. og forskjellig mobilisering»

Deltagerne diskuterer omkring hvor godt sykepleieren tåler pasientens ubehag. En deltager påpeker at det ikke er ubetydelig i denne sammenheng, da det er ubehagelig å se at noen har smerter.

«Deltager 4: hvor godt tåler sykepleieren pasientens ubehag?»

I forhold til respiratorbehandling forteller en deltager at målet er at de skal ha kortest mulig tid på respirator. Det diskuteres at de kanskje må være litt restriktive med sedasjon, og kanskje tolerere å se pasientens ubehag av og til.

«Deltager 1: du vil helst ikke gjøre det.. men så er det jo.. altså vi skal jo få denne pasienten av respirator så fort som mulig og da må vi kanskje være litt restriktive med sedasjon så.. kanskje vi gjør dem en bjørnetjeneste egentlig.. kanskje vi må.. kanskje vi må tolerere å se at pasientene har litt ubehag inni mellom.. jeg vet ikke»

En annen deltager trekker frem dette med respiratorinnstillinger, som kunne ha vært annerledes. Det påpekes at hvis pasienten jobber mot respiratoren, så behøver ikke pasienten ha smerte, men kanskje kunne innstillingene på respiratoren vært optimalisert.

«Deltager 2: så er det det med respiratorinnstillinger.. for av og til kan en mistolke.. hvis det blir.. at de jobber mot respiratoren da, at vi tror at det kan være noe med pasienten, altså smerte eller ubehag.. men så er det.. så kunne respiratorinnstillingene vært annerledes eller bedret»

I forhold til optimalisering av smertebehandling sier en deltager at man bør diskutere behov for epidural, behov for Paracetamol, og at leie er optimalisert.

«Deltager 4: ja.. så er det jo viktig å ha den grunnsmøringen som vi sier med Paracet, ikke sant, kan pasienten ha behov for en epidural eller en blokade, ikke sant.. eh.. leiring og slike ting.. at det optimaliseres»

4.3.2 Reflektere over årsak til smerte

Deltagere påpeker viktigheten av å ta pasientens bakgrunn og diagnose i betraktning ved evaluering av smerte. Dette innebærer å reflektere om pasienten har luftveisproblemer, er pasienten nylig operert, eller er det et traume.

«Deltager 4: .Er pasienten operert i en større operasjon, større inngrep? Er det ubehaget med tube, respirator.. ja, luftveiene»

De beskriver videre å vurdere type inngrep, er det ubehag med trakealtube eller respirator. En deltager sier at dette kan gi de en pekepinn. En annen deltager sier at dersom man har kunnskap om at pasienten har smerte i hoften eller ryggen, så blir dette ikke bedre av sengeleie.

«Deltager 2: så er det å vurdere bakgrunn for hvorfor den er så... diagnose da.... Om det er.. luftveisproblemer eller om det er postoperativt eller, for da gir det oss en pekepinn på.. ja..»

Intensivsykepleierene forteller at de har erfaring med de ulike diagnoser, inngrep og hva de kan forvente av smerte. Samtidig påpeker de viktigheten av at en er åpen for at alle pasienter er ulike, og har opplever ting forskjellig.

«Deltager2: også, det at en er åpen for eh.. Det er en ting at en [intensivsykepleieren] har erfaringer som tilsier at dersom en [pasienten] har den og den diagnosen fra før og en har gjort det og det inngrepet så kan en forvente sånn og sånn, men at en på en måte er.. åpen for at alle er forskjellige da”

Deltagerne forteller at de av den grunn ofte er i forkant, som kommer av at en har opplevd samme situasjon tidligere, en har sett det før. De påpeker at det er viktig å ha erfaring med problemstillingen, hva en kan forvente når en pasient har et stort lapratomisnitt, i motsetning til en intubert pasient med pneumoni som er to forskjellige situasjoner.

«Deltager 3: ja.. som sykepleier så synes jeg at vi er foran skjemaet noen ganger [ler] hvis jeg kan si det, det går jo på at vi synes at vi har sett det før.. at vi vet at.. men.. vi tror vi vet..»

«D4: hva du kan forvente da.. når du har en pasient som eh.. har et stort lapratomisnitt da for eksempel kontra en som blir.. liggende her intubert for en pneumoni, sant.. det er to forskjellige situasjoner.»

4.3.3 Utfordringer med smertevurderingen

I forhold til utfordringer med å evaluere smerte trekker en deltager frem abstinenser, som er noe en må ta hensyn til. Han beskriver at opiater bør trekkes tilbake gradvis.

«Deltager 1: men så er det jo.. det er jo det med abstinenser og da vet du.. når de [pasientene] har hatt Fentanyl i.. flere dager kanskje.. også skal du [intensivsykepleieren] begynne å trekke det tilbake igjen...Det med abstinenser er jo noe man må ta hensyn til»

En annen deltager reflekterer over hvor mye pasienten kan nyansere om det er smerte, angst eller ubehag. Hun beskriver at det er vanskelig fordi de ulike nyansene krever ulik tilnærming. Smerte er komplekst og mange faktorer på spiller inn. Noen pasienter er vant til å håndtere smerte og andre ikke.

«Deltager 2: [ler] hvor mye kan de [pasientene] nyansere liksom.. at de har eh.. smerte eller er det stress eller er det angst eller er det ubehag eh.. det er jo det som kanskje kan være vanskelig å.. fordi de ulike tingene krever jo egentlig forskjellige tiltak da»

En annen deltager forteller om sin erfaring med respiratorpasienten. Pasienter som har respiratorbehandling over tid får generelle smerter i ledd og muskulatur, slik at mobilisering også blir smertefullt.

«Deltager 1: ja.. eh.. min erfaring er at de som ligger på respirator over lengre tid. de får jo slike generelle eh.. smerter i kroppen altså, ledd, muskulatur og slike ting og det er veldig smertefullt hos dem når vi skal starte å mobilisere og.. Det er jo sengeleies komplikasjoner rett og slett»

Det trekkes frem at kommunikasjon også er et hinder for å evaluere smerte, spesielt hos pasienter som er intubert.

«Deltager 1: så er det jo alltid det at de ikke er kommuniserbar nok.. altså at de ligger med en tube i halsen og ikke klarer å snakke for seg, så det med kommunikasjon er jo.. er jo.. et hinder for å evaluere»

4.3.4 Lavere sedasjonsnivå letter smerteevalueringen

En deltager forteller at de er redde for at pasienten skal ha smerter, dog beskrives det at majoriteten av bolusdoser som blir gitt er sedativa og ikke analgetika.

«Deltager 1: så ser jeg at.. jeg går ofte igjennom [xxxx] i etterkant og.. der jeg ser er jo at.. det som er majoriteten av boluser, det går jo på.. det er jo Propofol og ikke Fentanyl»

Deltagerne beskriver det som fordelaktig å lette på sedasjonen ved å redusere dose Fentanyl, da en lettere kan få kontakt med pasienten.

«Deltager 2: fordelene er med å begynne å lette de, er at en kan kanskje få noen tilbakemeldinger da... når en gir de mindre Fentanyl så kan en faktisk få kontakt og..»

En annen deltager beskriver dette med et pasienteksempel.

«Deltager 3: Vi har jo hatt respiratorpasient som har vært våken på tube.. nei på trakeostomitube som.. selv gav uttrykk for at en hadde smerte, så fikk en eh.. Oxynorm kapsel i eh.. sonde, det er jo litt sånn.. helt tydelig liksom «nå har jeg smerter», så fikk en det»

En deltager formidler at hvis pasienten er litt våken, kan man spørre pasienten om smerte.

«Deltager 2: så er det jo hvis pasienten er... Litt våken da kan en jo spørre og få et nikk eller riste på hodet, kanskje da»

4.4 BPS - et objektivt mål på en subjektiv opplevelse?

4.4.1 Smertekartleggingsverktøyets anvendelighet

Deltagerne har tilgang på verktøyet BPS, men bruker det ikke. De forteller at det ikke er enkelt å bruke. En beskriver at smerte er subjektivt, å lage objektive mål på subjektive opplevelser ikke vil bli riktig.

«Deltager 2: lage slike objektive mål på subjektive opplevelser... Det vil aldri bli riktig [ler] det er ikke lett i alle fall.. uansett hvilken scala vi bruker så er det.. så har det begrensninger..»

Deltagerne forteller at bruk av verktøy ikke er enkelt, de har sine begrensninger og må brukes sammen med det kliniske blikk.

«D1: ...så har vi likevel det kliniske blikket som vi har snakket om, og de observasjonene vi gjør. At det er godt nok for kunne vurdere hvorvidt pasienten har smerter og trenger smertelindring»

En deltager forteller at hun ikke bruker BPS da hun stoler mer på sin egen evaluering av smerte.

«Deltager 3: det er kanskje derfor at de ikke har.. at de ikke bruker den da.. jeg stoler mer på meg selv»

Selv om deltagerne ikke bruker verktøy for evaluering av smerte, sier en deltager at det ikke betyr at de ikke evaluerer smerte, men forklarer at ikke alle opplevelser er like lett å tallfeste.

«Deltager 2: nei.. jeg tror egentlig at det.. det er jo de erfaringene.. vi har jo veldig forskjellige.. vi har forskjellige erfaringer, pasienten uttrykker ting ulikt.. så det blir eh.. skal du sette et tall fra en til ti på alt dette.. vi som skal sette tallene har forskjellige erfaringer og pasienten har sine opplevelser, sant, så det er.. ja.. det er ikke alt av følelser, skal jeg til å si.. opplevelser som det er like lett å sette tall på.. i en scala [smertescala]»

En deltager opplever at de verktøyene som fins ikke kan brukes hos respiratorpasienten, men undrer seg over om det hadde vært lurt å bruke ett.

«D3: Det er klart at de redskapene [verktøyene] som finnes er.. ikke er brukbare til respiratorpasientene er vel det viktigste»

En annen deltager beskriver det slik.

«D4: Etter x antall år på intensiv.. det har liksom ikke kommet noen verktøy som har blitt tatt i bruk. Da må en begynne å.. hva er grunnen til det?»

4.4.2 utfordringer med bruk av smertekartleggingsverktøy

Deltagerne reflekterer omkring utfordringer med bruk av verktøy, en deltager undrer seg over om BPS er et godt verktøy. Det gis eksempel på pasienter som har nevropati som ikke kan bevege armene, det vil her være en utfordring med bruk av smertekartleggingsverktøyet.

«Deltager 2: ja.. så kommer til.. så har de.. nevropati, sant.. så ser du ikke armene, sant.. så blir det problematisering omkring dette [smertekartlegging] da»

Deltagerne forteller at pasienten kan kjempe mot respiratoren når den føler at man får for lite luft, det behøver ikke være smerte selv om. En deltager forteller om en pasient som grunnet sin sykdom bare kunne bevege øynene, pasienten kunne derfor ikke løfte armene.

Sykepleieren forteller at en må kjenne pasienten godt å ha kontinuitet i pleien. Det er utfordrende å vite om en har smerter, det vil da være viktig å være årvåken i forhold til pasientens ansikt.

«Deltager 3: ja det kan det.. vi er tilbake til den pasienten som ikke kunne gi så mange uttrykk da.. en stund var det kun bevegelse i øynene, han ville ikke kunne gjøre sånn og sånn [armbevegelser] da.. skal du kjenne han godt da.. være den sykepleieren som har vært mye hos han og ikke sykepleieren som har sin første vakt der»

5 Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke intensivsykepleierens erfaring med smerteevaluering hos respiratorpasienten. Jeg har valgt å diskutere resultatene med utgangspunkt i de samme fire hovedkategoriene jeg identifiserte i analysen.

5.1 Kliniske observasjoner og yrkeserfaring i evaluering av smerte

Informantene i min studie beskriver at de bruker både sitt kliniske blikk og vitale parametere for å evaluere smerte hos intensivpasienten. De beskriver at de observerer pasientens atferd, som grimasering, avverge i bevegelser, de ser etter tåreflod og kjenner på pasientens hud. Informantene beskriver at de vitale parametrene de ser etter er stigende blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens. Dette er i likhet med funn fra tidligere forskning der Amundgaard og Østlie (2015) og Bjørknes og Rustøen (2012) sine informanter oppgav at de viktigste indikatorer på smerte blant annet er stigende blod trykk, respirasjonsfrekvens, hjerterefrekvens og grimasering. Rose et al. (2011) viser til at grimasering er den viktigste kroppslige indikatoren på smerte. Kroppslig stivhet og knyttede never er de nest viktigste indikatorene hos pasienter som ikke kan kommunisere verbalt. I en studie av Randen et al. (2013) fant de at intensivsykepleierne anså vitale parametere som mindre viktig i sin evaluering av ubehagelige symptomer. Intensivsykepleierne i studien vektla bland annet grimasering og agitasjon, som var avgjørende i evalueringen om pasienten hadde smerte. Barr et al. (2013) beskriver i sin retningslinje for håndtering av smerte, agitasjon og delir at bruk av vitale

parametre alene for å evaluere smerte ikke anbefales, da disse kan påvirkes av blant annet stress og angst. De anbefaler at vitale parametre kan brukes som indikator for videre å evaluere smerte. Jeg forstår dette som vitale parametre og det kliniske blikk må brukes sammen, for å se pasientens helhetlige bilde. Begge anses som likeverdige i evalueringen av smerte, men intensivsykepleieren må samtidig ta høyde for at de vitale parametrene også kan påvirkes av andre tilstander som angst.

Deltagerne i min studie reflekterte over om de er observante nok på smerte hos den dypt sederte intensivpatienten, samt over pasientens opplevelse av hvor årvåkne intensivsykepleierne er for å tolke dens signaler. Karlsson et al. (2012) beskriver at å være årvåken forutsetter at man er oppmerksom, til stede og forberedt på å handle raskt. Dette kan relateres til min studie da intensivsykepleierne beskriver at å være årvåken overfor den sederte intensivpatienten, er å være årvåken ovenfor pasientens signaler samt evne og vilje til å tolke disse. Dette kan tolkes til at intensivsykepleierne i min studie på bakgrunn av sin lange erfaring, sitt kliniske blikk og kompetanse, tidlig kan identifisere smerte og sette i gang smertelindrende tiltak på bakgrunn av deres årvåkenhet. Dette kan også relateres med P Benner et al. (2011) som beskriver at god klinisk praksis krever presisjon og timing for å handle i en klinisk situasjon som stadig endrer seg.

Resultatene i min studie viser at kliniske tegn i observasjon av smerte hos intensivpatienten på respirator krever erfaring. Etter møte med flere ulike pasientgrupper, har intensivsykepleieren erfaring med hva som gis av smertestillende og hvordan tolke effekten av det. Dette samsvarer med P Benner et al. (2011) som sier at en god klinisk forståelse og å bruke sine sanser er noe som kommer med erfaring. Det å kunne gjenkjenne situasjoner og pasientgrupper slik intensivsykepleierne i denne studien beskriver, beskriver P Benner et al. (2011) som en egenskap som kommer med erfaring – at de har lært fra lignende tidligere situasjoner. I denne studien beskrives det at den erfarne intensivsykepleieren bruker kortere tid på å evaluere smerte, og hvor mye smertestillende pasienten har behov for. Videre beskriver intensivsykepleierne at en tidligere kommer i kontakt med lege for å vurdere smertebehandlingen og kommer tidligere i mål med smertelindring, enn en uerfaren intensivsykepleier. Dette kan sammenlignes med Tanner (2006) sitt begrep, kliniske avgjørelser. Tanner (2006) beskriver begrepet som en kompleks oppgave som krever fleksibilitet og en nyansert evne til å gjenkjenne aspekter ved en udefinert situasjon, for å

respondere på en adekvat måte. Deltagerne i min studie har 15-25 års erfaring, opparbeidet seg kunnskaper- og erfaringer med ulike pasientgrupper, og situasjoner. Dette gjør dem i stand til å gjenkjenne hva Tanner (2006) beskriver som det udefinerte i situasjonen og handle deretter.

5.2 Kontinuitet og rapportering

Deltagerne i studien forteller at det tar tid å bli kjent med pasienten i forhold til hva pasienten opplever som smertefullt. De beskriver videre at det er viktig å snakke med pasientens pårørende. Dette for å kartlegge hva som er normalt for pasienten, og kunne få en forklaring på hva for eksempel rynken i pannen eller spenningen i kjeven betyr. Dette samsvarer med Fink et al. (2015) sin studie som beskriver at familiemedlemmer har en god forståelse av pasientens behov og kan ofte oppdage pasientens nonverbale tegn, som ansiktsuttrykk og kroppslige bevegelser. Videre fant de at sykepleierens evaluering av smerte samsvarer med familiens smerteevaluering, men dette stemte ikke alltid med pasientens egen oppfatning av smerte. Intensivsykepleierne i min studie sier det er viktig å bli kjent med pasienten. Dette samsvarer med Tanner (2006), som forteller at å bli kjent med pasienten, spiller en sentral rolle for sykepleierens kliniske avgjørelser. Hun beskriver videre at dette omhandler å bli kjent med pasienten som person og bli kjent med hvordan pasienten responderer.

Intensivsykepleierne i studien viser til at vaktskifte er en kvalitetssikring, der observasjoner om smerte, tanker og erfaringer omkring smerteevaluering hos pasienten videreformidles. Dette samsvarer med Rose et al. (2011) sin studie, der 86% av sykepleierne diskuterer deres håndtering av smerte hos pasienten med andre sykepleiere som en rutine. Deltagerne i min studie fortalte at de ikke alltid dokumenterer sin evaluering av smerte. De gjør seg opp en formening om hvordan pasientens smertebilde har vært på bakgrunn av hvilke legemidler pasienten har fått. Amundgaard og Østlie (2015) sine informanter fortalte at dokumentasjon bør inneholde en god deskriptiv tekst om sykepleierens observasjon av smerte, slik at dette gir bedre informasjon til neste vakt. Jeg forstår det som viktig å diskutere med kollegaer under vaktskifte, ut ifra hva deltagerne i min studie forteller og hva tidligere forskning viser. Imidlertid vil det være av betydning for praksis at smerte dokumenteres i pasientens journal og på intensivsykepleierens arbeidsskjema, som i tillegg til vaktskifte kan være en kvalitetssikring.

Deltagerne i min studie beskriver samarbeid mellom lege og sykepleiere er viktig. Noe av dette er i likhet med Subramanian et al. (2012) sin studie, der det fremgår at optimal medisinsk behandling krever at beslutninger diskuteres mellom helsearbeidere og pasienten. Informantene i min studie fortalte at det ofte er sykepleierne som formidler sine observasjoner til legen, og at det er deres ansvar å gi beskjed dersom noe mangler eller noe kunne vært gjort på en annen måte. Dette er i motsetning til Subramanian et al. (2012) sin studie, der deltagerne fortalte at de stoler på legens vurdering avgående evaluering og håndtering av smerte. I følge funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere, skal intensivsykepleieren samhandle om kvalitet og pasientsikkerhet gjennom pasientforløpet. Videre skal en bruke systematisk observasjon og vurdering for å identifisere helsesvikt eller forhøyet risiko for helsesvikt på et tidlig stadium (NSFLIS, 2017). Dette samsvarer med resultatet fra min studie der intensivsykepleieren identifiserer smerte, og videreformidler sine observasjoner til legen. Dette samsvarer også med Tanner (2006) sin modell, som beskriver at sykepleieren legger merke til noe i den kliniske situasjonen på bakgrunn av sin erfaring og setter i gang tiltak. Til sammenligning beskriver deltagerne i Subramanian et al. (2012) at utstrakt erfaring og kunnskap er viktig for å kunne håndtere smerte adekvat.

Deltagerne i min studie beskriver det som en slags spenning eller konflikt at legen er lite inne hos pasienten, mens intensivsykepleieren kontinuerlig er tilstede. I Subramanian et al. (2012) sin studie beskrives legene som eksperter i håndtering av smerte. Men viser samtidig til at det er en utfordring er at sykepleieren må være mer selvstendige utenfor legens «kontor tid», eller når legen ikke er til stede. Det kan her ses likheter og ulikheter med min studie.

Intensivsykepleierne i min studie bruker begrepet konflikt om at legen tidvis ikke er tilstede. I Subramanian et al. (2012) sin studie beskriver sykepleierne det som en utfordring.

Sykepleierne i deres studie beskriver at de er avhengig av å samarbeide i team for å gi optimal pleie til pasienten (Subramanian et al., 2012), i likhet med min studie, der intensivsykepleierne beskriver samarbeid med lege som viktig.

5.3 Ulike hensyn å ta ved evaluering av smerte

Intensivsykepleierne i studien viser til at de må være oppmerksomme på prosedyrer som oppleves som smertefulle eller ubehagelige for pasienten. I følge Puntillo et al. (2014) er smerter i forbindelse med prosedyrer ekstremt vanlig. Det viser seg at det er en signifikant økning i pasientrapportert smerte etter utført prosedyre, til sammenligning med før

prosedyren (Puntillo et al., 2018). I min studie trekkes det frem prosedyrer som trakealsuging, leiring i seng og mobilisering. Informantene fortalte ikke hva de mente at pasienten opplevde som mest smertefullt. Tre studier har sett på hva pasientene opplever som smertefulle intervensjoner, der de ulike intervensjonene blir rangert ulikt. Ayasrah (2016) trekker frem å endre stilling i sengen som mest smertefullt, etterfulgt av endotrakealsuging. Eti Aslan et al. (2010) fant at å ha thoraxdren gav mest smerte, etterfulgt av endotrakealsuging. Puntillo et al. (2018) fant i sin studie at endotrakealsuging var mest smertefullt, etterfulgt av seponering av thoraxdren. Ayasrah (2016) beskriver at man bør evaluere smerte i forkant, for å få en «baseline», dette for å kunne se om smertene tiltar under prosedyren, men også for å kunne skille smerte fra angst og frykt. I min studie bruker deltagerne begrepet å følge trender. Dette forstår jeg som å følge pasienten utvikling av smerte. Å få en «baseline» for smerte kan sammenlignes med resultatet fra min studie der deltagerne beskriver å følge trender, de beskriver dette som å evaluere om smertene øker eller minker. Dette kan etter min mening også brukes under prosedyrer for å evaluere om prosedyren medfører smerte for pasienten

Resultatet viser at intensivsykepleierne tar pasientens tidligere sykdommer og årsak til innleggelse i betraktning når de evaluerer smerte. Eksempelvis trekkes det frem refleksjoner omkring luftveisproblematikk, postoperative pasienter, eller traume. De beskriver at denne vurderingen kan gi de en pekepinn på hvilken type smerte pasienten kan ha. Dette er i likhet med Gerber et al. (2015) sin studie der blant annet forventet risiko for smerte var en faktor for å evaluere smerte. Amundgaard og Østlie (2015) sine informanter kan også bekrefte dette og forteller at dette er bakgrunnsinformasjon som er av stor betydning for smertevurderingen. I min studie beskrives det at den erfarne intensivsykepleieren ofte er i forkant, som kommer av at de har opplevd samme situasjon tidligere og har erfaring med problemstillingen. Tanner (2006) sin modell – *clinical judgement Model* baseres på den erfarne sykepleierens vurderinger, og beskriver at gode kliniske vurderinger krever kunnskap om patofysiologi, men også en forståelse av diagnostiske aspekter ved det kliniske bilde og sykdom. Modellen beskriver at *å legge merke til* kommer fra sykepleierens bakgrunnskunnskap – klinisk, teoretisk og praktisk, som bidrar til å danne et bilde av hva sykepleieren kan forvente. *Å fortolke og handle* beskriver Tanner (2006) som noe sykepleieren gjør på bakgrunn av at en la merke til noe i situasjonen og setter i gang tiltak. *Refleksjon* kommer etter at tiltaket er iverksatt, som er en vurdering sykepleieren gjør for å vurdere effekten av tiltaket, som stimulerer til læring og en økning i sine kliniske kunnskaper (Tanner, 2006). Det er

likhetstrekk mellom Tanner (2006) og min studie. Begrepet *å legge merke til* samsvarer med intensivsykepleierne i min studie, som beskriver som å ha erfaring med ulike pasientgrupper, noe de har fått gjennom sin lange erfaring. *Å fortolke og handle* gjør intensivsykepleierne i min studie på bakgrunn av at de har opplevd samme situasjon tidligere og har erfaring med ulike problemstillinger. *Refleksjon* kan relateres til min studie da der intensivsykepleierne vurderer for eksempel effekten av smertestillende.

Informantene i denne studien forteller om flere utfordringer i evaluering av smerte, de trekker frem abstinenser, å kunne skille smerte fra angst eller ubehag, og pasientens manglende evne til å kommunisere. Videre viser denne studien at det er en fordel om pasientene ikke mottar så mye sedasjon, da smerte kan være enklere å tolke, det vil være hensiktsmessig å redusere sedasjonen slik at en kan få kontakt med pasienten. Dette er i likhet med Rose et al. (2011) sin studie, der deltagerne fortalte at pasientens manglende evne til kommunikasjon er en utfordring som påvirker smerteevalueringen. Videre beskriver informantene i Amundgaard og Østlie (2015) sin studie at det var en fordel om pasienten var mer våken, slik at kommunikasjonen ble lettere. De beskriver at pasienten da kunne svare med et nikk eller ved bruk av hjelpemidler. Dette bekreftes også av Fink et al. (2015) som i tillegg beskriver at redusert evne til kommunikasjon med helsearbeidere, å ikke kunne gjøre seg forstått, kan bidra til stress. Jeg forstår det som en fordel at pasienten mottar mindre sedasjon. Dette fordi det kan gjøre smerteevalueringen enklere for intensivsykepleieren, i form av at pasienten kan være mer våken. Pasienten kan da bekrefte eller avkrefte smerte ved å nikke/riste på hodet eller ved bruk av hjelpemidler.

5.4 BPS - et objektivt mål på en subjektiv opplevelse?

Deltagerne i denne studien har tilgang på verktøyet BPS, men det blir av ulike årsaker ikke brukt. Det trekkes frem at det ikke er enkelt å bruke, og det har sine begrensninger. Videre oppleves det som utfordrende å sette et objektivt mål på en subjektiv opplevelse. I følge Barr et al. (2013) sin retningslinje for håndtering av smerte, agitasjon og delir på intensivavdelingen er BPS og CPOT de mest valide og pålitelige verktøyene, for systematisk evaluering av smerte hos voksne respiratorpasienter. Dette samsvarer med Olsen og Rustøen (2011) sin studie som viser at BPS er brukervennlig, krever lite opplæring, og er nyttig for å identifisere smerte. Varndell et al. (2017) fant at BPS var minst foretrukket for å evaluere smerte, som har et fellestrekk med denne studien.

Intensivsykepleieren i denne studien mener at verktøy må brukes sammen med det kliniske blikk, en deltager trekker frem at en stoler mer på sin egen vurdering av smerte en BPS. Til sammenligning fant Wøien og Bjørk (2013) i sin studie at ved bruk av verktøy måtte deltagerne sette sine egne erfaringer til side, der noen kombinerte bruken av verktøy og sin egne erfaringer. Intensivsykepleierne bruker i stedet for blant annet det kliniske blikk, og mener det er godt nok for å evaluere smerte. Rose et al. (2012) fant i sin studie, at sykepleiere som ikke brukte verktøy for evaluering av smerte, brukte fysiologiske parametre eller atferdsbaserte tegn, hver for seg eller i kombinasjon. Rose et al. (2011) fant også i sin studie at erfarne sykepleiere føler seg mer sikker på egne vurderinger om smerte hos pasienter som ikke kan kommunisere verbalt, som er i likhet med min studie. Resultatet i min studie viser at selv om intensivsykepleierene ikke bruker verktøy, betyr det ikke at de ikke evaluerer smerte. Det beskrives at alle sykepleiere har ulike erfaringer med å evaluere smerte med tall, og ikke alle opplevelser er like lett å tallfeste. P Benner et al. (2011) sier at selv om begrepet «best practice» og evidensbaserte protokoller utvikles, kan ikke daglige kliniske utfordringer løses uten selvstendig refleksjon og klinisk resonnement i en unik klinisk situasjon. Ut ifra dette tenker jeg at det kan oppleves som en konflikt, der det i litteraturen er beskrevet som «best practice» å bruke verktøy for evaluering av smerte. Til tross for dette opplever intensivsykepleierne i min studie at de stoler mer på egen evne til å evaluere smerte, samt at verktøy for evaluering av smerte må brukes sammen med det kliniske blikk.

Intensivsykepleierene i min studie viser til at det er flere utfordringer ved bruk av verktøy for å evaluere smerte. Nevropati eller andre sykdommer der pasienten ikke kan bevege armene, trekkes frem som eksempel. Dette er unikt for min studie, en annen studie fant at bevegelse av armer og samarbeid med respirator kan tolkes ulikt av personalet (Varndell et al., 2017). P Benner et al. (2011) beskriver at en klinisk forståelse krever at en lærer av sine erfaringer og har nødvendig teoretiske kunnskaper. Etter min mening kan dette sammenlignes med min studie da intensivsykepleieren må inneha kunnskaper om sykdommer og sykdomsforløp som Nevropati. Kanskje speiler funnene i Varndell et al. (2017) ulikt erfarings- og kompetansenivå innad i intensivavdelingen som vil påvirke deres funn, med at kroppslige bevegelser og samarbeid med respirator tolkes ulikt. Verktøyene BPS og CPOT har begge et scoringsområde som går på bevegelse av armene (Gelinias et al., 2006; Payen et al., 2001). Sett i sammenheng med resultatene fra denne studien vil pasientens manglende evne til å bevege armene grunnet sykdom påvirke resultatet fra bruken av verktøyene. Dette da ingen

bevegelse gir 0 poeng med CPOT (vedlegg 2) (Gelinás et al., 2006) og 1 poeng med BPS (vedlegg 2) (Payen et al., 2001), slik at dette kan påvirke den totale scoren og etter min mening maskere grad av smerte. Resultatet i min studie viser at pasienten kan kjempe mot respiratoren da en føler en ikke får nok oksygen, og behøver ikke å være smertepåvirket. Imidlertid beskriver ikke deltagerne i min studie, respiratorbehandling som smertefullt. Respiratorbehandling kan medføre flere negative opplevelser for pasienten, blant annet ubehag, manglende evne til kommunikasjon og tap av kontroll (Bakkelund & Thorsen, 2016). Som et paradoks har både BPS og CPOT et scoringsområde som går på samarbeid med respirator. Slik at dersom pasienten kjemper imot vil dette gi utslag som indikerer smerte (Gelinás et al., 2006; Payen et al., 2001).

5.5 Metodiske overveielser og studiens begrensninger

I denne studien ble et kvalitativt design med fokusgruppeintervju valgt på bakgrunn av studiens problemstilling og hensikt. Det ble i denne studien gjort et fokusgruppeintervju. For å få et mer nyansert bilde på intensivsykepleierens erfaring med smerteevaluering hos respiratorpasienten, kunne det vært en fordel dersom det ble gjort flere fokusgruppeintervjuer, på ulike avdelinger som kunne styrke studiens resultater. Pilotintervjuet ble gjort med nyutdannede intensivsykepleiere, og som kunne vært inkludert i studien for å bidra til et mer nyansert bilde av studiens problemstilling. Dette da deltagerne i denne studien var erfarne intensivsykepleiere med 15-25 års erfaring. Det kunne også vært gjort individuelle intervjuer for å undersøke problemstillingen, da individuelle intervjuer ifølge Malterud (2018a) kan gi mer inngående og detaljert kunnskap om tematikken.

En svakhet med studien er at 4 deltakere gir kunnskap om en liten gruppe intensivsykepleieres erfaringer. Dette kan ha påvirket studiens pålitelighet, som beskrives som datamaterialets stabilitet over tid (Polit & Beck, 2017). Malterud (2018a) anbefaler 5-8 deltakere, slik at denne studien hadde ikke anbefalt anbefalte deltakere. Imidlertid var utvalget i denne studien relevant for å belyse problemstillingen. Det beskrives at metning betraktes som oppnådd når nye data ikke lengre tilfører ny kunnskap, og bør vurderes fortløpende under datainnsamlingen (Malterud, 2018a). Da det i denne studien ble gjort et fokusgruppeintervju, kan det derfor ikke vurderes om metning er oppnådd.

En svakhet med studien er min manglende erfaring med å intervjuer, dersom jeg hadde hatt mer erfaring kunne dette ha bidratt til mer data fra intervjuet. Imidlertid er det en styrke med

studien at en forskningsveileder, med bred erfaring bidro som sekretær under intervjuet. Slik at vedkommende kunne komme med innspill underveis i intervjuet, dersom det var nødvendig.

I forhold til forforståelsen (pkt.3.6.4) kan denne ha påvirket studien i positiv og negativ retning. Min nærhet til tematikken gjennom forforståelsen står i fare for å påvirke resultatene. Forforståelsen vil også være en styrke i form av at jeg har samme faglige språk som deltakerne, og under intervjuet vil jeg kunne forstå hva de diskuterer. Dens påvirkning i negativ retning er at den kan ha påvirket alle ledd i denne studien. For å forebygge dette ble den forsøkt bevisstgjort og reflektert over, under arbeidet med prosjektet og forsøkt tilsidesatt for å styrke studiens bekreftbarhet. En styrke er at det finnes tidligere forsknings som støtter resultatene i denne studien. En svakhet er at flere studier ser på verktøy for smerteevaluering, implementering av verktøy og smerte hos intensivpatienten, og et fåtall studier som også er av eldre dato, ser på intensivsykepleierens erfaringer og opplevelser med smerteevaluering.

5.6 Konklusjon

I denne studien var hensikten å sette søkelys på Intensivsykepleierens erfaringer med smerteevaluering hos den voksne respiratorpasienten. Evaluering av smerte er en kompleks oppgave, og inneholder flere ulike aspekter som alle spiller en viktig rolle.

Intensivsykepleierens erfaring med smerteevaluering hos respiratorpasienten viser at smerteevaluering krever erfaring, utvikle et kliniske blikk, ta i bruk kunnskap om diagnose og pasientopplevelser for å evaluere smerte. Like viktig er det få til god kontinuitet i pasientpleien. Det er viktig å bli kjent med pasienten, for å forstå hva som oppleves som smertefullt og hvordan pasienten responderer på intensivsykepleierens intervensjoner.

Resultatet viser at det er viktig å ha et godt samarbeid og dialog med legen, som er essensielt for å komme tidlig i gang med smertebehandlingen. Imidlertid er intensivsykepleieren mye alene med pasienten og sine evalueringer som smerte. Det beskrives som en konflikt, der legen ikke alltid er til stede. Intensivsykepleierene beskriver flere ulike utfordringer de møter når de skal evaluere smerte hos respiratorpasienten, deriblant bruk av sedativa, abstinenser og pasientens manglende evne til å kommunisere verbalt. Deltagerne har tilgang på verktøyet Behaviour Pain Scale for å evaluere smerte, dette blir imidlertid ikke brukt. Dette til tross for at internasjonale retningslinjer anbefaler bruk av validerte verktøy. Intensivsykepleierne beskriver at de stoler mer på sin egen evaluering av smerte, og beskriver verktøyet som

vanskelig å bruke, de undrer seg over om det er mulig å sette et subjektivt mål på en objektiv opplevelse.

5.6.1 Betydning for klinisk praksis

Studiens betydning for klinisk praksis er at intensivsykepleierne i stor grad bruker sitt kliniske blikk og vitale parametre i evaluering av smerte. De bruker ikke verktøy i sin smerteevaluering, til tross for hva internasjonale retningslinjer anbefaler. Det viser seg at vitale parametre kan ikke brukes alene da de kan påvirkes av flere andre faktorer. Videre vil det være viktig å lære pasienten å kjenne. Dette innebærer for eksempel å se hvilke prosedyrer eller andre intervensjoner som fremkaller smerte. Når intensivsykepleieren har kartlagt dette kan en være i forkant og gi ekstra smertestillende, som kan bidra til kontinuitet i pasientpleien.

Denne studien kan bidra med å sette nytt søkelys på intensivsykepleierens erfaring med evaluering av smerte hos intensivpasienten på respirator. Denne studien hadde et relativt lite utvalg, slik at resultatene kan ikke generaliseres. Studien kan stimulere leseren til refleksjon over egne erfaringer og holdninger til tematikken. Studien kan også være relevant for intensivsykepleiere som arbeider med andre pasientgrupper, der pasienten av ulike årsaker kan ha redusert evne til å kommunisere verbalt.

Det finnes mye tidligere forskning som har sett på implementering av verktøy for evaluering av smerte hos pasienter som ikke kan uttrykke seg verbalt. Det er mindre forskning av nyere dato som ser på hvilke erfaringer intensivsykepleieren har med evaluering av smerte. Til tross for dette viser forskning at smerte hos intensivpasienten fortsatt er underdiagnostisert og underestimert (Pandharipande & McGrane, 2019). Denne studien kan på bakgrunn av dette bidra med å stimulere til videre forskning på tematikken. Studien kan også være et springbrett til å se på hvorfor smerte hos intensivpasienten fortsatt er underestimert.

Referanseliste

- Amundgaard, T., K & Østlie, I., L. (2015). Vurdering av smerte hos voksne respiratorpasienter. *Sykepleien forskning*.
- Ayasrah, S. (2016). Care-related pain in critically ill mechanically ventilated patients. *Anaesth Intensive Care*, 44(4), 458-465. 10.1177/0310057x1604400412
- Bakkeland, J. & Thorsen, B., H. (2016). Respiratorbehandling. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (3 utg., bd. 2): Cappelen Damm AS.
- Barr, L., Juliana, Fraser, W., Gilles, Puntillo, F., Kathleen, Ely, E., E., Gélinas, W., Céline, Dasta, P., Joseph, . . . Jaeschke, N., Roman. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263-306. 10.1097/CCM.0b013e3182783b72
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert : mesterlighet og styrke i klinisk sykeplejepsaksis* (From novice to expert). København: Munksgaard.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach, Second Edition* (2nd ed. utg.): United States: Springer Publishing Company.
- Bjørknes, G. & Rustøen, T. (2012). Assessing pain in sedated, ventilated patients. *Sykepleien forskning*, 7(1). 10.4220/sykepleienf.2012.0022
- Eti Aslan, F., Badir, A., Karadag Arli, S. & Cakmakci, H. (2010). Patients' experience of pain after cardiac surgery. *Contemporary Nurse*, 34(1), 48-54. 10.5172/conu.2009.34.1.048
- Fineout-Overholt, E. & Johnston, L. (2005). Teaching EBP: asking searchable, answerable clinical questions. *Worldviews Evid Based Nurs*, 2(3), 157-160. 10.1111/j.1741-6787.2005.00032.x
- Fink, R. M., Makic, M. B., Poteet, A. W. & Oman, K. S. (2015). The Ventilated Patient's Experience. *Dimens Crit Care Nurs*, 34(5), 301-308. 10.1097/dcc.0000000000000128
- Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K. A., Viens, C. & Fortier, M. (2006). Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *Am J Crit Care*, 15(4), 420-427.
- Georgiou, E., Hadjibalassi, M., Lambrinou, E., Andreou, P. & Papathanassoglou, E. (2015). The Impact of Pain Assessment on Critically Ill Patients; Outcomes: A Systematic Review. *BioMed Research International*, 2015, 18. 10.1155/2015/503830
- Gerber, A., Thevoz, A. L. & Ramelet, A. S. (2015). Expert clinical reasoning and pain assessment in mechanically ventilated patients: A descriptive study. *Aust Crit Care*, 28(1), 2-8; quiz 9. 10.1016/j.aucc.2014.06.002
- Gulbrandsen, T. (2016). Smertelindring. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (2 utg., bd. 3). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2018-06-22-76). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskning>
- Holloway, I. & Galvin, K. (2016). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Hoboken: Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated.
- IASP. (1994). IASP Terminology. Hentet 10.09.19 fra <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>
- Karlsson, V., Bergbom, I. & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive Crit Care Nurs*, 28(1), 6-15. 10.1016/j.iccn.2011.11.002
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 4. oppl. utg. Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Malterud, K. (2018a). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (bd. 2). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2018b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg., bd. 2). Universitetsforlaget.
- NIR. (2018). Årsrapport fra 2018. Hentet fra https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/38_arsrapport_2017_intensiv.pdf
- NSFLIS. (2006). Definisjoner. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/125356/Vedtatte%20definisjoner%202004%20og%202006.pdf>
- NSFLIS. (2017). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3637056/10504/FUNKSJONS--OG-ANSVARSBESKRIVELSE-FOR-INTENSIVSYKEPLEIER>
- Olsen, B. F. & Rustøen, T. (2011). *Er den norske versjonen av "Behavioral pain scale" pålitelig og brukervennlig?: smertevurdering av respiratorpasienter*.
- Pandharipande, P. & McGrane, S. (2019). Pain control in the critically ill adult patient. Hentet fra 16.06.19 https://www.uptodate.com/contents/pain-control-in-the-critically-ill-adult-patient?search=pain%20critical%20ill&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., . . . Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med*, 29(12), 2258-2263. 10.1097/00003246-200112000-00004
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/*#*
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Puntillo, K. A., Max, A., Timsit, J. F., Ruckly, S., Chanques, G., Robleda, G., . . . Azoulay, E. (2018). Pain distress: the negative emotion associated with procedures in ICU patients. *Intensive Care Med*, 44(9), 1493-1501. 10.1007/s00134-018-5344-0
- Puntillo, K. A., Max, A., Timsit, J. F., Vignoud, L., Chanques, G., Robleda, G., . . . Azoulay, E. (2014). Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. The Europain(R) study. *Am J Respir Crit Care Med*, 189(1), 39-47. 10.1164/rccm.201306-1174OC
- Randen, I., Lerdal, A. & Bjork, I. T. (2013). Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients. *Nurs Crit Care*, 18(4), 176-186. 10.1111/nicc.12012
- Rose, L., Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., Fraser, M., Pinto, R., . . . Watt-Watson, J. (2011). Survey of assessment and management of pain for critically ill adults. *Intensive Crit Care Nurs*, 27(3), 121-128. 10.1016/j.iccn.2011.02.001
- Rose, L., Smith, O., Gelinias, C., Haslam, L., Dale, C., Luk, E., . . . Watt-Watson, J. (2012). Critical care nurses' pain assessment and management practices: a survey in Canada. *Am J Crit Care*, 21(4), 251-259. 10.4037/ajcc2012611
- Ruyter, K. (2015). Innføring i forskningsetikk/Medisin og helsefag. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Innforing-i-forskningsetikk/Medisin-og-helsefag/>
- Stubberud, D.-G. (2016a). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3 utg., bd. 2). Oslo: Cappelen Damm AS.

- Stubberud, D.-G. (2016b). Pasientens psykososiale behov. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3 utg., bd. 2). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Stubhaug, A. & Ljoså, T., M. (2008). Hva er smerte? I T. Rustøen & A. Whal, K (Red.), *Ulike tekster om smerte* (1 utg., bd. 1). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Subramanian, P., Allcock, N., James, V. & Lathlean, J. (2012). Challenges faced by nurses in managing pain in a critical care setting. *J Clin Nurs*, 21(9-10), 1254-1262. 10.1111/j.1365-2702.2011.03789.x
- Svendsrud, A. & Kvarstein, G. (2008). Smerte og intensivpasienten. I T. Rustøen & A. Whal (Red.), *Ulike tekster om smerte* (bd. 1). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Søreide, E., Flatland, S., Flaatten, H., Helset, E., Haavind, A., Klepstad, P. & Vinorum, O. (2014). Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer_for_IntensivvirksomhetNORGE_23_10.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of nursing education*, 45(6), 204-211.
- Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I T. Rustøen & A. Wahl, K (Red.), *Ulike tekster om smerte* (1 utg., bd. 1). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- UiT. (2017). Prinsipper og retningslinjer for forvaltning av forskningsdata ved UiT. Hentet 02.10.19 fra https://intranett.uit.no/Content/523436/cache=20172206150343/Policy_forskningsdata_UiT_090317.pdf
- Varndell, W., Fry, M. & Elliott, D. (2017). A systematic review of observational pain assessment instruments for use with nonverbal intubated critically ill adult patients in the emergency department: an assessment of their suitability and psychometric properties. *J Clin Nurs*, 26(1-2), 7-32. 10.1111/jocn.13594
- Wold Medical Association (2013), WMA DECLARATION OF HELSINKI – *ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS*. Hentet fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> 12.06.19
- Wøien, H. & Bjørk, I. T. (2013). Intensive care pain treatment and sedation: nurses' experiences of the conflict between clinical judgement and standardised care: an explorative study. *Intensive Crit Care Nurs*, 29(3), 128-136. 10.1016/j.iccn.2012.11.003

Vedlegg

1. PICOT-skjema

P	I	C	O	T
Mekanical ventilation Artificial airway Respiration, artificial Unable to communicate Nurses* Criticale care nurse* Care unit, intensive	Pain evaluation Pain measurement Pain management Tools		Experiences Attitudes Attitudes of healt personnel Perceptions	10 år

2. Smertekartleggingsverktøy

CPOT

Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)

Indicator	0	1	2
Facial description	No muscular tension observed: Relaxed, neutral	Presence of frowning, brow lowering, orbit tightening, and levator contraction: Tense	All of the above facial movements plus eyelid tightly closed: Grimacing
Body movements	Does not move at all (does not necessarily mean absence of pain): Absence of movements	Slow cautious movements, touching or rubbing the pain site, seeking attention through movements: Protection	Pulling tube, attempting to sit up, moving limbs/ thrashing, not following commands, striking at staff, trying to climb out of bed: Restlessness
Muscle tension (evaluation by passive flexion and extension of upper extremities)	No resistance to passive movements: Relaxed	Resistance to passive movements: Tense, rigid	Strong resistance to passive movements, inability to complete them: Very tense or rigid
Compliance with the ventilator (intubated patients), OR	Alarms not activated, easy ventilation: Tolerating ventilator or movement	Alarms stop spontaneously: Coughing but tolerating	Asynchrony: blocking ventilation, alarms frequently activated: Fighting ventilator
Vocalization (extubated patients)	Talking in normal tone or no sound	Sighing, moaning	Crying out, sobbing

From Gelinas, C., Fillion, L., Puntillo, K., Viens, C., & Fortier, M. (2006). Validation of the critical-care pain observation tool in adults. *American Journal of Critical Care, 15*(4), 421.

(Gelinas et al., 2006)

BPS

Item	Description	Score
Facial expression	Relaxed	1
	Partially tightened (e.g. brow lowering)	2
	Fully tightened (e.g. eyelid closing)	3
	Grimacing	4
Upper limbs	No movement	1
	Partially bent	2
	Fully bent with finger flexion	3
	Permanently retracted	4
Compliance with ventilation	Tolerating movement	1
	Coughing with movement	2
	Fighting ventilator	3
	Unable to control ventilation	4

Reproduced from Payen et al. (2001) with kind permission from Lippincott, Williams and Wilkins.

(Payen et al., 2001)

3. Søknad om tilgang til forskningsfelt

(Studentens navn)

(adresse)

(avdelingsleder)

Ved

(intensivavdeling, sykehus)

Søknad om tilgang til forskningsfeltet

Jeg er student ved Universitetet i Tromsø, som tar min mastergrad i sykepleie, studieretning intensivsykepleie.

Min problemstilling er: «*Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren med evaluering av smerte hos pasienter på respirator?*»

I den anledning skal jeg gjøre et fokusgruppeintervju, med 90 minutters varighet. Det er ønskelig med 5-8 deltakere. Det vil bli gjort lydopptak under intervjuet, opptaket blir kryptert og lagret i en passord beskyttet fil like etter intervjuet. All informasjon behandles konfidensielt, informasjon som fremgår under intervjuet vil ikke kunne tilbakeføres til deltakerne. For å delta i studien må følgende inklusjonskriterier være oppfylt: Deltakerne må ha minst 5 års erfaring som intensivsykepleier, har erfaring med voksne pasienter på respirator og erfaring med verktøy for evaluering av smerte. Intervjuene planlegges gjennomført i januar 2020.

Ved spørsmål, er jeg å treffe på telefon (*Mobilnummer*)

Med vennlig hilsen

(signatur)

4. Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«*Erfaringer med evaluering av smerte hos respiratorpasienten*»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt, hvor formålet er å undersøke intensivsykepleieren erfaring smerteevaluering hos respiratorpasienten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Smerteevaluering hos intensivpasienter kan være en utfordrende oppgave. Pasienten er ofte intubert og sedert for å tolerere behandlingen, som vanskeliggjør å kommunisere ut sin smerte verbalt.

Formålet med dette forskningsprosjektet er å undersøke intensivsykepleierens erfaring med evaluering av smerte hos respiratorpasienten

Problemstillingen er; «*Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere smerteevaluering hos respiratorpasienten*»?

Forskningsprosjektet er en del av en mastergradstudie ved UiT Norges arktiske universitet: Master i sykepleie-studieretning intensivsykepleie.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Prosjektets utvalg er 5-8 intensivsykepleiere i klinisk virksomhet i intensivavdeling.

Inklusjonskriteriene er sykepleier med videreutdanning i intensivsykepleie og som har jobbet i minimum 5 år som intensivsykepleier. Intensivsykepleieren må tidligere ha jobbet med, og fortsatt jobbe med, voksne intuberte respiratorpasienter.

Jeg har tatt kontakt med avdelingen din for å få hjelp til å finne deltagere til prosjektet og din leder har valgt deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Datainnsamlingen vil skje gjennom fokusgruppeintervju med 5-8 intensivsykepleiere.

Deltakelse i prosjektet innebærer at du må sette av 1-2 timer til deltakelse i fokusgruppeintervju sammen med intensivsykepleierne ved samme intensivavdeling.

Temaet for intervjuguiden vil være: Erfaringer omkring smerteevaluering og erfaringer med bruk av verktøy for smerteevaluering.

Under intervjuet vil studenten og hennes veileder være til stede, der studenten og ordstyrer og veilederen er sekretær. Intervjuet vil bli tatt opp via en godkjent båndopptaker, og sekretæren vil ta notater underveis i intervjuet. Etter intervjuet vil opptaket bli omgjort til tekst, anonymitet skal ivaretas ved at deltakerne ikke navngis i teksten men beskrives som «deltaker 1, 2, 3». For å skille deltakerne fra hverandre i prosessen med omgjøring av tekst, er det ønskelig at en i starten av intervjuet presenterer seg.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Datamaterialet vil bli kryptert og lagret i en passord beskyttet fil og de som har tilgang til materialet er studenten og veileder for prosjektet. Informert samtykke vil bli nedlåst separat fra datamaterialet. Deltakerne i studien vil ikke kunne gjenkjennes i rapporten. Avdelingen og sykehuset studien gjøres på vil ikke bli navngitt. Det som vil bli publisert er sitater fra deltakerne under intervjuet, deltakerne blir ikke navngitt, annet enn med tall; «deltaker 1».

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 07.05.20. Etter prosjektslutt vil datamaterialet bli slettet fra server, informert samtykke og opptaksmateriale vil bli destruert 07.05.20.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- Å få rettet personopplysninger om deg,
- Få slettet personopplysninger om deg,
- Få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- UiT Norges arktiske universitet ved Lillian Hafsmo-Vitsø (student) epost: [redacted] telefon: [redacted], og Monica Kvande (prosjektansvarlig/veileder) epost: [redacted], telefon: [redacted]
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Eventuelt student

(Forsker/veileder)

5. Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «verktøy for evaluering av smerte hos respiratorpasienten» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjenne mine egne sitat og utsagn

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca.
05.05.2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

6. Intervjuguide

Innledning

Ønske velkommen, takke for deltakelse.

Moderator og sekretær presenteres

Informasjon om studien: Gis ut ifra informasjonsskriv, er samtykke signert?

Problemstilling: Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med smerteevaluering av pasienter på respirator?

Moderator vil i liten grad styre diskusjonen, ønskelig at dette foregår mest fritt, men vil komme med innspill dersom en sporer av eller er tid for bytte tema. Taushetsplikt

Båndopptakeren settes på

Presentasjon av deltakere: Navn, ansiennitet

TEMA	Spørsmål
SMERTEEVALUERING	<ul style="list-style-type: none">• Kan dere fortelle hvordan dere går frem for å evaluere smerter<ul style="list-style-type: none">- Oppfølgingsspørsmål: Hva vektlegger dere i evalueringen? Har dere noen eksempler? Hvilke erfaringer har dere med evaluering av smerte, hos sederte respiratorpasienter?• Hva opplever du som mest utfordrende i evaluering av smerter hos pasienten? Har du noen eksempler?<ul style="list-style-type: none">- Oppfølgingsspørsmål: Kan dere fortelle om en situasjon hvor evaluering av smerte var utfordrende?• Hva mener dere er viktige forutsetninger for god smerteevaluering?
VERKTØY I EVALUERING AV SMERTE	<ul style="list-style-type: none">• Hvilke erfaringer har dere med bruk av verktøy for evaluering av smerte? Har dere eksempel på verktøy?<ul style="list-style-type: none">- Oppfølgingsspørsmål: Hvilke tanker har dere om bruk av verktøy for evaluering av smerte?• Hva vil du trekke frem som viktig ved bruk av verktøy i evaluering av smerter hos pasienten? Har du noen eksempler?<ul style="list-style-type: none">- Oppfølgingsspørsmål: Kan dere fortelle om en situasjon hvor bruk av verktøy i smerteevaluering fungerte bra? Hva fungerte bra?• Kan dere fortelle om en situasjon hvor bruk av verktøy i smerteevaluering fungerte mindre bra eller var utfordrende?<ul style="list-style-type: none">- Oppfølgingsspørsmål: Hva fungerte mindre bra?

7. Godkjenning fra NSD

NSD Personvern

21.01.2020 14:38

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 21.1.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Utvalget ditt har taushetsplikt. Det er viktig at datainnsamlingen gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkelt personer eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 7.5.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
 - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
 - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
 - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet
- 1b), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

8. Godkjenning fra DAC

Monica Kvande
Universitetet i Tromsø
IHO
Pb 6050 Langnes

9037 TROMSØ

Vår ref.:
2020/741 - 6773/2020

Deres ref.:

Dato:
28.02.2020

Svar på søknad om godkjenning av forskningsprosjekt

Prosjekt:

Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med bruk av smerteevalueringsverktøy hos respiratorpasienten?

Prosjektleder:

Monica Evelyn Kvande, førsteamanuensis, UiT, Norges arktiske universitet

Forskningsansvarlig:

UiT, Norges arktiske universitet

Dataansvarlig/Behandlingsansvarlig:

UiT, Norges arktiske universitet

Forskningsgruppe lokalt/regionalt:

Lillian Hafsmo-Vitsø, mastergradsstudent, UiT

Prosjektets formål og bakgrunn:

Intensivpasientene kan oppleve smerter grunnet traumer eller kirurgi, skade i det perifere eller sentrale nervesystemet, i tillegg til daglige prosedyrer som kan være smertefulle. Pasientene er ofte ute av stand til selv å kommunisere sin smerte verbalt eller via tegn, på grunn av redusert grad av våkenhet, mekanisk ventilasjon, eller bruk av store doser med sedativa. For pasienter som er ute av stand til selv å angi smerte, er det utviklet egne validerte adferdsbaserte verktøy som Behavoir Pain Scale (BPS) og Critical Care Pain Observation Tool (COP). Systematiske verktøy som baserer seg på pasientens atferdsmønster kan redusere tid på respirator og tid i intensivavdeling. Hensikten med denne studien er å undersøke intensivsykepleieres erfaringer med bruk av verktøy for evaluering av smerte hos intensivpasientene.

Foreligger tilfredsstillende prosjektbeskrivelse/protokoll?

Det foreligger en tilfredsstillende protokoll.

Datamateriale og datahåndtering:

Det skal gjennomføres fokusgruppeintervju med 5-8 intensivsykepleiere. Intervjuguide er vedlagt søknaden. Intervjuene tas opp på digital lydopptaker. Lydopptak og transkriberte intervju krypteres og overføres til Tjeneste for sensitive data, UiO (TSD). Koblingsnøkkel mellom ID-nummer og navn oppbevares innelåst og atskilt fra annet materiale, og hvor kun prosjektleder og mastergradsstudent har tilgang.

Etikk og personvern:

Studien er samtykkebasert. Vedlagt er utkast til informasjonsskriv og samtykkeerklæring.

Kostnader/finansiering:

Ingen finansiering anses nødvendig på grunn av at det er et studentprosjekt.

Prosjektperiode:

01.01.2020 til 05.05.2020

Vurdering:

Forskningsansvarlig instans _____ har vurdert søknaden i henhold til personvernforordningen, relevant særlovgivning og _____ egne retningslinjer/strategier for bruk av pasientdata til forskningsformål.

DAC behandlet søknaden *Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med bruk av smerteevalueringsverktøy hos respiratorpasienten*, i møte den 25.februar 2020. Prosjektet er samtykkebasert og det skal gjennomføres intervju med intensivsykepleiere.

Behandlingsgrunnlag:

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig og prosjektleder et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av personopplysninger har et lovlig grunnlag.

Behandlingsansvarlig institusjon (UiT) viser til behandlingsgrunnlag etter personvernforordningens artikkel 6 nr. 1 bokstav a, og den registrertes samtykke. Det behandles ikke særlige kategorier av personopplysninger.

Vilkår:

- DAC forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med den dokumentasjon som ligger til grunn for godkjenning i _____ og NSD, og med de vilkår som er gitt. Innsamlet data skal kun brukes slik det er beskrevet i formålet til det omsøkte prosjektet.
- DAC forutsetter at prosjektet behandler opplysninger i henhold til gjeldende lovverk. Dette innebærer at behandlingsansvarlig institusjon (UiT) sørger for tilstrekkelig informasjonssikkerhet.

- Opplysningene som innhentes skal være adekvate, relevante og begrenset til det som er nødvendig for formålene de behandles for («dataminimering»). Dette innebærer at kun opplysninger som er nødvendige for å svare på problemstillingen, skal registreres.
- Ved eventuell fremtidig gjenbruk av data som er innsamlet i , eller ved større endringer i prosjektet skal dette meldes til DAC.
- Lydfiler på opptakeren må slettes når lydfilen er overført til sikkert lagringsområde.

Vedtak:

Prosjektet godkjennes med de vilkår som er gitt.

For søknader der det etterspørres ytterligere dokumentasjon, ber vi om at denne ettersendes så snart det foreligger. E-posten skal merkes med saksnummer

