



Optimal bruk av VAS?

En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med bruk av smerteskalaen VAS

Rita Ronesen

Masteroppgave i Helsefag, flerfaglig studieretning

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

UiT Norges arktiske universitet

Mai 2014

Antall ord: 26508

Forord

Jeg vil rette en stor takk mot min veileder for denne oppgaven, Margrethe Kristiansen ved Universitetet i Tromsø. Hun har vært en virkelig ressurs for fremdriften av oppgaven ved at hun alltid har villet heve nivået og presse meg forover og gjort arbeidet med oppgaven effektivt. Jeg vil også takke min sjef for all hjelp med tilrettelegging av arbeid, studie og oppgaveskriving.

Takk til mine informanter for at dere stilte opp og lot meg få høre om deres erfaringer med smerteskalaen VAS. Det førte til et innholdsrikt intervjumateriale som ga meg mye kunnskap om temaet.

Medstudenter på masterstudiet i helsefag, takk for vidunderlige tilbakemeldinger på mastergradseminarene og et godt studiemiljø. Jeg har lært mye av å diskutere fag med dere.

Min kjære samboer. Takk for tålmodigheten og støtten. Det har betydd utrolig mye. Og til slutt vil jeg takke min største inspirasjon for å ta denne utdannelsen. Min kjære datter. Jeg lover deg at fra nå av skal hovedprioriteten av min tid være på mammarollen.

Rita Ronesen

Tromsø. Mai, 2014

Sammendrag

Hensikten med denne masteroppgaven er å undersøke sykepleieres erfaringer med bruk av smerteskala-verktøyet VAS (Visual Analog Scale) til postoperative pasienter som har gjennomgått ortopediske inngrep. Studien fokuserer på å få et innblikk i sykepleiernes erfaringer i bruken av VAS som verktøy i smertekartleggingen. Bakgrunnen for studien er tidligere forskning som viser til at sykepleiere i liten grad bruker smerteskala. Studier påpeker at pasienter trolig lider unødige smerter på grunn av dårlig smertekartlegging og derav dårlig smertebehandling. Hensikten med studien er å få en større innsikt i hvordan sykepleiere erfarer VAS og belyse viktige faktorer som må ligge til grunn for at VAS skal bli brukt og vektlagt av sykepleierne i kartleggingen av smerter. Gjennom å forstå sykepleiernes erfaringer i bruken av VAS vil en kunne oppnå utdypet kunnskap om temaet. En større innsikt i bruken av VAS er viktig for å legge forholdene bedre til rette for og optimalisere bruken av smertekartleggingsverktøyet.

Studien har et kvalitativt design med fenomenologisk tilnæringsmetode. Det er gjort semistrukturerte intervju av 4 sykepleiere ved en ortopedisk sengepost ved et norsk sykehus. Intervjuene er analysert ved hjelp av Malteruds utgangspunkt i Giorgis fenomenologiske analysemetode. Videre er materialet fortolket i lys av teoretiske perspektiver på sykepleiepraksis, kunnskap, skjønn og smerter.

Studiens funn viser at sykepleierne har god kunnskap om hvordan VAS skal brukes og at de erfarte bruk av VAS sammen med nøye dokumentasjon som den optimale måten å bruke VAS på. Dette var regnet kvalitetsmessig bedre enn når de skulle dokumentere smertene med deres egne ord. Slik bruk av VAS hendte sjeldent fordi sykepleierne i stor grad gjorde en skjønnsmessig vurdering på om VAS skulle benyttes. Dersom sykepleierne observerte tegn på smerter ble VAS brukt, men dersom pasientens smertescore og deres observasjoner ikke samsvarte ble deres faglige skjønn vektlagt fremfor pasientens VAS. Skjønnsmessige smertevurderinger ble erfart som vanskeligere å dokumentere og smertevurderinger ble dermed dårlig dokumentert. Tre forutsetninger ble fremhevet som viktige for bruk av VAS: Kommunikasjon, tillit og tid. Kommunikasjon var viktig for å forklare pasienten skalaen og innhente hans smerterapporteringer. Tillit til at pasientens smerterapporteringer var korrekte var viktige, men var i stor grad avhengig av om observasjoner på smertetegn var i tråd med pasientens smerterapportering. Tid til å kartlegge smerter ble fremstilt som problematisk fordi

sykepleierne hadde mange andre arbeidsoppgaver og rutiner som var vektlagt som viktigere enn å bruke VAS dersom arbeidsdagen var hektisk.

Studien viser hvilke faktorer som sykepleierne erfarer som spesielt problematiske og som hindrer dem i å bruke VAS konsekvent til alle pasienter. Dette er faktorer som til en viss grad kan forbedres ved eksempelvis bevisstgjøring av sykepleiernes bruk av skjønn i smertevurderingen, forbedringer i dokumentasjonen og eventuelt dokumentasjonssystemet. I forhold til kommunikasjon mellom pasient og pleier kan det være til hjelp å endre hvordan sykepleiere instruerer pasienter i bruk av smerteskalaen og hvordan de kommuniserer om smerter. Tillitsproblemet kan forbedres ved at sykepleierne får mer tid til rådighet til å kommunisere med pasientens om hans smerter. Tidsfaktoren som også bærer preg av få pleiere fordelt på mange pasienter kan forbedres ved endringer i rutiner.

Disse funnene gir økt innsikt i hvilke utfordringer som finnes på temaet. Ved å belyse disse dilemmaene gir det en økt innsikt i hvilke områder som kan forbedre bruke av VAS i praksis.

Nøkkelord: Smerter, smerteskala, VAS, smertekartlegging, smertevurdering, sykepleie

Abstract

The purpose of my study is to investigate the way nurses use the pain scale VAS (Visual Analog Scale) to assess pain in postoperative patients who has undergone orthopaedic surgery. The focus of the study is towards nurses experiences with the use of VAS to help them assess pain. Research on the topic implies that nurses do not use pain scales to assess pain and therefor many patients are likely to suffer unnecessary from undertreated pain. The main goal of the study is to achieve a greater understanding of how nurses use VAS to assess pain. What conditions needs to be present in order for them to use VAS and emphasize the patient's pain score in the further evaluation and treatment of pain?

The study has a qualitative design. 4 nurses from an orthopaedic ward in a hospital in Norway has been interviewed using semi structured interviews with a phenomenological approach. The interviews are analysed with help from Malterud's procedure based on Giorgi's phenomenological method for analysing data. The material is then interpreted and discussed in the light of theoretical perspectives on nursing practise, knowledge and professional judgement.

Findings from the study show that the nurse's knowledge about pain assessment and use of VAS was good. When VAS was used and pain also documented this was experienced as the optimal use of VAS. Such use was believed to be of higher quality than the nurses documentation of pain using only their own words to express their personal judgement. Such optimal use of VAS was rare because the nurses largely made a professional judgement about the patient's pain and whether VAS should be used to assess the pain. If the nurses observed signs of pain then VAS would be used. But if the patients pain score and their observations of pain didn't match, the nurses used their professional judgement to assess the pain instead of the patients pain score. Some preconditions where highlighted as especially important for the use of VAS: communication, trust and time. Communication was necessary for the nurses to teach patients about VAS and to talk to them about their pain intensity. Trust was necessary for the nurses to believe that the patient's pain score is a real reflection of his pain intensity. In order for the nurses to trust the patients, their observations of pain would have to support the patients VAS score in order for VAS to be used and emphasized in the pain management. The nurses also experiences little time to use VAS because they during a hectic workday had too

many other important tasks and work routines that needed to be done and therefore use of VAS to assess pain was problematic.

These findings show which factors the nurses experienced as problematic and kept them from consistent use of VAS. Improvement of these factors can change today's practice of use of VAS by for example making the nurses more aware of how much their professional judgement affects their pain assessment. Improvements in documentation of pain and in the documentation system can help the nurses to document more and better. Communications can be improved by changing the way nurses teach VAS to the patients and improve how they communicate about pain. The trust issue can be improved by giving the nurses more time to talk to the patients. The time factor that also seems to be characterized by few nurses distributed on to many patients can be improved by changing the routines in the ward.

These findings show us the challenges that exist on the subject. By highlighting these dilemmas the study will give a higher insight in areas that can improve the use of VAS.

Keywords: Pain, pain scale, VAS, pain assessment, pain evaluation, nursing

INNHold

Forord.....	2
Sammendrag	3
Abstract	5
1.0 INNLEDNING.....	9
1.1Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	9
1.2 Hensikt med studien og problemstilling.....	11
1.3 Forskningsdesign	13
1.4 Oppgavens oppbygning.....	13
2.0 TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING	14
2.1 Forskning om sykepleieres erfaringer med bruk av smerteskala.....	14
2.2 Aktuell teori og teoretiske perspektiver.....	15
2.2.1 Smerter og smertekartlegging ved hjelp av Visuell Analog Skala	15
2.3 Det sykepleiefaglige skjønnet i praksis.....	20
3.0 METODE	24
3.1 Fenomenologi.....	24
3.2 Det kvalitative forskningsintervjuet	25
3.3 Tilgang til feltet og valg av informanter	26
3.4 Prøveintervju	27
3.5 Gjennomføring av intervjuene	28
3.6 Transkribering av intervjuene	28
3.7 Forskerrollen og min forforståelse	29
3.8 Forskningsetiske hensyn.....	31
3.9 Analyse av intervjumaterialet	32
3. 10 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet	34
4.0 ANALYSE.....	36
4.1 Dokumentasjon av VAS – en kvalitetssikring	36

4.2 VAS – forventet opplevelse av smerter	39
4.3 VAS – Skjønnsmessig vurdering av smerter	41
4.4 VAS - kommunikasjon, tillit og tid	46
5.0 DRØFTING	54
5.1 Dokumentasjon av VAS er kvalitetssikrende	54
5.2 Det faglige skjønnets rolle i smertevurderingen	58
5.2.1 Synlige tegn på sterke smerter	58
5.2.2 En skjønnsmessig vurdering ved bruk av VAS	60
5.3 Forutsetningene for bruk av VAS: kommunikasjon, tillit og tid.	65
5.3.1 Kommunikasjon	65
5.3.2 Tillit	68
5.3.4 Tid	72
6.0 KONKLUSJON	75
LITTERATURLISTE	77

VEDLEGG 1 – Informasjonsbrev
VEDLEGG 2 - Samtykkeerklæring
VEDLEGG 3 – Intervjuguide
VEDLEGG 4 – Skjema NDS

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Smerte defineres av International Association for the Study of Pain som «An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage» (IASP, 2012). Etter kirurgiske inngrep er smerter noe alle pasienter opplever i varierende grad. Det er naturlig at det medfører en viss mengde smerter etter at hud, vev og muskler er skjært i eller at bein er boret eller saget i. Disse smertene trenger i de aller fleste tilfeller å lindres ved hjelp av smertestillende medikamenter den første tiden etter inngrepet. Derimot viser forskning at mange pasienter lider unødige på grunn av dårlig smertekartlegging og behandling (Ene et al., 2008, Reiersdal et al., 2007)

Vi har i Norge ingen statistikk på hvor mange som lider av postoperative smerter på landsbasis, men i en studie gjort av Rognstad (et al, 2012) hvor 17 kirurgiske avdelinger fordelt på 5 ulike sykehus var inkludert, vises det til at 80 % av pasienter anga ha moderate til sterke smerter etter kirurgiske inngrep. Dersom disse smertene forblir ubehandlet, eller behandles utilstrekkelig kan det føre til flere liggedøgn på sykehus og forsinket rehabilitering. På sikt kan smertene påvirke søvnkvaliteten, pasientens fysiske aktivitetsnivå og føre til kroniske smerter (Rognstad et al., 2012). Dersom pasienten blir immobilisert over lengre tid på grunn av smertene, er det også større risiko for komplikasjoner som for eksempel blodpropp, trykksår og lungebetennelse (Almås et al., 2001).

I Norge har Den Norske Legeforening (2009) utarbeidet retningslinjer for smertelindring for å sikre at pasienter får kartlagt smertene sine og får behandling for dem. Disse retningslinjene omfatter organiseringen av smertebehandlingen på sykehus og stiller krav til helsepersonells kompetanse innen smerte og smertebehandling. Retningslinjene vektlegger viktigheten av at vurderinger og behandling av smerter skal journalføres. Målet med den postoperative smertelindringen er at smerteintensiteten ikke skal overstige 3 på Numeric Rating Scale. Dersom postoperative smerter forblir ubehandlet eller behandles utilstrekkelig er det i tillegg til at pasienten påføres unødvendig lidelse økt risiko for utvikling av kroniske smerter. Mobilisering kan bli vanskelig og kan føre til immobilisering av pasienten, noe som øker dødelighetsraten etter kirurgisk inngrep.

Smarter er ansett som en personlig opplevelse og det er kun pasienten selv som kan vite hvordan smerten føles, dens intensitet og varighet (Almås et al., 2001, McCaffery and Beebe, 1996). Et objektivt verktøy for å måle andres smerter eksisterer per dags dato ikke, og vil nok heller aldri gjøre det. Sykepleiere kan ved hjelp av klinisk observasjon vurdere om pasienter har smerter, men studier viser at disse vurderingene ikke alltid stemmer overens med pasientens egen smertevurdering (van Dijk et al., 2012). For at helsepersonell skal få et mest mulig reelt bilde av pasienters smerter er det derfor utviklet flere ulike varianter av smerteskalaer som lar pasienten selv bedømme sin smerte (Almås et al., 2001, McCaffery and Beebe, 1996).

Smerteskala har som formål å la pasienten angi sitt nivå av smerte enten muntlig eller skriftlig. De siste årene har smerteskalaer blitt et relativt vanlig verktøy på de fleste kirurgiske sengeposter for å kartlegge pasienters smerteintensitet. De 3 mest brukte smerteskalaene i norske sykehus er ifølge Torvik (et al, 2010) ansiktsskala, VAS og NRS. Ansiktsskala er en skala med ansiktsuttrykk hvor pasienten kan peke på det ansiktet han føler representerer sitt smertenivå. Denne er gjerne kombinert med ord under hvert bilde som beskriver de ulike smertenivåene, litt smerter, moderat smerte, sterke smerter, uutholdelige smerter eller lignende beskrivelser. Visuell analog skala (VAS) er en opptegnet linje hvor det ene ytterpunktet markerer ingen smerte og det andre ytterpunktet markerer sterk/uutholdelig smerte. Pasienten skal markere hvor på denne linja han opplever at sin smerte ligger. Denne linja kan også ha tallene 0-10 plassert i intervaller langs linjen. Numeric Rating Scale (NRS) er en verbal skala. Her skal pasienten gi en muntlig rapportering på sine smerter mellom 0 og 10 hvor 0 er ingen smerter og 10 er sterk/uutholdelig smerte (Torvik et al., 2010).

I følge McCaffery og Beebe (1996) er smerteskala regnet som den eneste måten å få sikker informasjon om pasienters smerter på og bør av den grunn være rutine å bruke i de situasjoner hvor pasienten har, eller sannsynligvis kommer til å få smerter. Men selv om smerteskalaer er svært vanlig viser Fredheim (et al., 2011) i sin studie til at bare 52% av pasientene på postoperativ avdeling ble i løpet av deres innleggelse bedt om å plassere deres smerteopplevelse på en smerteskala. Hos bare 22% av disse pasientene var registreringene av smerteintensitet blitt systematisk registrert i journal eller på medisinkurve (Fredheim et al., 2011) En annen undersøkelse blant intensivsykepleiere gjort ved et norsk sykehus viser at bare 10 % brukte VAS for å vurdere effekten av smertebehandlingen, mens 67% sjelden eller

aldri brukte VAS i sitt daglige arbeid (Reiersdal et al., 2007). En annen studie gjort av Dihle et al (2006) viste at sykepleierne i postoperativ avdeling stolte mest på egne observasjoner av smertetegn hos pasienter. Selv om de aktivt kommuniserte med pasientene sine om smertenivå og deres opplevelse av smertene, var ikke smerteskala brukt som tilnæringsmetode (Dihle et al., 2006).

Med andre ord viser studiene at smertekartlegging er komplisert. Problemet er at smerteskala i liten grad er brukt rutinemessig til alle pasienter med smerter eller risiko for smerter. Det er behov for en utvidet forståelse på området fordi dette er et komplisert felt og fordi smertekartlegging er viktig for å sørge for god pleie og smertelindring av pasienter.

1.2 Hensikt med studien og problemstilling

I tillegg til temaets aktualitet har min tidligere arbeidserfaring ved ortopedisk sengepost lagt grunnlaget for valget av tema for oppgaven. Gjennom å ha jobbet 5 år med ortopediske pasienter som har gjennomgått ulike elektive eller akutte kirurgiske inngrep på grunn av brudd eller innsetting av protese, har jeg utviklet en interesse for smerter og hvordan de vurderes av sykepleiere. Min erfaring er at postoperative smerter ikke er uvanlig. Det som derimot er mer uvanlig er god kartlegging av disse smertene. Jeg har også opplevd hvilke negative konsekvenser smerter kan føre til. Dersom postoperative smerter blir utilstrekkelig kartlagt og lindret fører dette ofte til lengre liggetid på sykehus, lengre rekonvalesens og at pasientene opplever økt ubehag og nedsatt livskvalitet.

Min erfaring samsvarer med studiene nevnt ovenfor som viser med at smerteskalaer er lite brukt, eller brukt inadekvat blant sykepleiere i kirurgiske avdelinger. Det er dette som har skapt interessen hos meg til å skrive min oppgave om sykepleieres erfaringer i bruken av smerteskala. Gjennom jobben min har jeg fått god kjennskap til smerteskalaen VAS som er den skalaen jeg fokuserer på i min masteroppgave. Jeg har selv stått i mange situasjoner hvor jeg både har brukt og ikke brukt VAS, men aldri reflektert noe særlig over hva som var grunnlaget for mine handlinger.

Da jeg i 2011 startet utdannelsen min i master i helsefag ble jeg introdusert for vitenskapsteori og kunnskapsbegreper på et mye høyere nivå enn tidligere. Jeg begynte å tenke over bruken

av VAS i et mye bredere og dypere perspektiv enn jeg tidligere hadde gjort. Jeg begynte å stille meg spørsmål om hva sykepleierne egentlig mente om VAS? Opplevde de det som et godt verktøy? Brukte de det eller brukte de det ikke, og hva avgjorde om de brukte det eller ei? Forskningen antyder at postoperative pasienter sannsynligvis lider unødige smerter som følge av sykepleieres manglende bruk av smerteskala. Men den sier imidlertid lite om hvorfor det er slik. Jeg mener det er viktig å spørre de som har erfaring med smerteskalaen hvordan de bruker eller ikke bruker den for å få dette svaret. Det kan ha å gjøre med samarbeidsrelasjonen med pasienten, tidsproblematikk, eller andre faktorer tilknyttet arbeidet. Dette ønsket jeg å gå i dybden på. Jeg ønsket å innhente sykepleiernes tanker og meninger rundt deres bruk og/eller ikke bruk av VAS i vurderingen av smerter og finne ut spesifikt hvilke erfaringer de hadde med å bruke slike verktøy. Kunne deres erfaringer gi svar på hvorfor VAS var lite brukt? Og eventuelt hva som kunne gjøres for å forbedre bruken av verktøyet?

Min hensikt med oppgaven er derfor å undersøke hvordan VAS er brukt i smertekartlegging av postoperative smerter. Jeg ønsker å finne ut hva som er sykepleiernes erfaringer med VAS i den praksisen de bruker den i, og få en dypere forståelse av hvordan sykepleiere bruker VAS når de vurderer smerter.

På bakgrunn av dette velger jeg å belyse følgende problemstilling:

Hva er sykepleiernes erfaring med bruk av VAS som smertekartleggingsverktøy for å vurdere postoperative smerter hos ortopediske pasienter?

Jeg mener min studie vil bidra med en større forståelse rundt bruken av VAS fordi tidligere forskning jeg har funnet på området ikke går nok i dybden på dette. Forskningen sier lite om helheten med sykepleieres bruk av VAS og gir heller ingen større beskrivelser av hvordan de bruker eller ikke bruker VAS. I min oppgave er jeg ikke bare ute etter å finne svar på hvorvidt sykepleierne bruker smerteskalaen eller ikke. Det finnes det allerede rikelig med forskning på. Men det er i mindre grad gjort kvalitativ forskning som kan hjelpe oss å forstå hvorfor det er slik. Kvalitativ forskning må til for å få en større forståelse av hvordan sykepleieren erfarer det å bruke VAS fordi den graver mer i dybden enn det kvantitativ forskning gjør. Disse erfaringene mener jeg vil gi en større forståelse av bruken av smertekartleggingsverktøy blant sykepleiere. Ved å belyse dette temaet tror jeg det kan frembringe utdypet kunnskap som kan anvendes til å forbedre dagens praksis med bruk av smerteskala-verktøy.

1.3 Forskningsdesign

Studien har et kvalitativt design med fenomenologisk tilnærming og består av intervju med 4 sykepleiere fra en ortopedisk sengepost ved et sykehus. Sykepleierne er blitt spurt om når og hvordan de brukte smerteskalaen VAS og hvilke erfaringer de hadde gjort seg med dette verktøyet. Intervjuene er deretter analysert ved hjelp av Malteruds utgangspunkt i Giorgis fenomenologiske analysemetode hvor tolkningen er gjort med utgangspunkt i Bengt Molanders perspektiver på kunnskap, Kari Martinsen perspektiver på skjønn og McCaffery og Beebes teorier om smerter.

1.4 Oppgavens oppbygning

I teoridelen av oppgaven vil jeg først presentere tidligere forskning jeg har funnet på området. Deretter vil jeg si litt om smerter og kartlegging av smerter ved hjelp av VAS. Til slutt vil jeg komme inn på de teoretiske perspektiver jeg tenker å benytte meg av i analysedelen. I metoddelen vil jeg presentere studiens design og hvordan jeg har tilnærmet meg stoffet for å analysere intervjumaterialet og slik belyse problemstillingen min. Studiens funn vil deretter bli presentert og belyst ved hjelp av direkte sitater fra informantene i analysekapitlet. Til slutt vil jeg drøfte mine funn opp i mot mine teoretiske perspektiver og tidligere forskning.

For å skape bedre flyt i teksten vil ordene VAS, smerteskala og smertekartleggingsverktøy bli brukt om hverandre der det faller seg naturlig. Betegnelser vedrørende pasientens smerte plassering på VAS skalaen vil bli omtalt både som smerterapportering og smertescore og VAS. Sykepleieren vil bli omtalt som hun, og pasienten som han.

2.0 TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING

2.1 Forskning om sykepleieres erfaringer med bruk av smerteskala

For å finne tidligere publisert forskning som kunne hjelpe meg å belyse problemstillingen min og få en bredere forståelse av hvordan VAS brukes av sykepleiere, har jeg benyttet meg av databaser som CINAHL (EBSCO), PubMed, SweMed+, Google Scholar, Bibsys Ask, Helsebiblioteket og Munin. Jeg har brukt følgende søkeord i kombinasjoner for å finne frem til den forskningen som var mest relevant i forhold til min masteroppgave: postoperativ smerte vurdering, sykepleieres erfaringer med smerteskala, smerteskala, postoperative pain assessment, nurses experiences with pain scale og pain scale,.

Søkene mine viste at det er publisert mye kvantitativ forskning rundt sykepleieres bruk av VAS og smerteskala. Jeg fikk treff på flere studier som hadde sammenlignet hvordan pasienter og sykepleiere rangerte sine smertevurderinger på en smerteskala. Studiene viste at sykepleieres smertevurdering ikke alltid samsvarte med pasientenes, at sykepleiere i stor grad benyttet seg av klinisk observasjon fremfor skala og konkluderte med at det var behov for mer kunnskap blant sykepleiere rundt temaet smerter og vurdering (Sloman et al., 2005, Harper et al., 2007, Ene et al., 2008). I en studie gjort av Reiersdal (2008) viste det seg imidlertid at sykepleierne selv vurderte sin egen kunnskap om postoperativ smertebehandling til å være gjennomsnittlig godt. Svært få mente å ha svært gode kunnskaper om temaet, men mente likevel at de var i stand til å gjøre gode smertevurderinger.

Jeg kunne ikke finne noen kvalitative forskningsartikler som spesifikt sa noe om sykepleierens erfaringer med bruk av VAS, men jeg fant 3 andre kvalitative studier som tok for seg sykepleierens holdninger og handlinger i forhold til smertevurderinger og bruk av smerteskala. (Dihle et al., 2006, Kim et al., 2005, Layman Young et al., 2006).

Dihles (et al., 2006) studie ble utført ved en postoperativ avdeling i Oslo. Her ble det gjort observasjoner av sykepleierens handlinger i forhold til pasienter som skulle gjennomgå kirurgiske inngrep, og deretter dybdeintervjuer vedrørende deres refleksjoner rundt deres handlinger. Studien viste at det var avvik mellom det sykepleierne sa de gjorde og det de faktisk gjorde. Sykepleierne sa at de ga pre operativ informasjon til pasienter om smerter og smerteskala, men i praksis ble dette ikke gjort med mindre pasienten selv etterspurte slik

informasjon. Når det kom til vurdering av smerter var kommunikasjon sammen med klinisk observasjon den mest brukte metoden, men det varierte hvor god kommunikasjonen mellom pasient og pleier var. Sykepleierne hadde kjennskap til smerteskalaer, men brukte dem sjeldent (Dihle et al., 2006).

I studien gjort av Layman Young (et al., 2006) var hensikten å få rede på sykepleierens positive og negative holdninger til smertevurderinger gjort ved bruk av smertevurderingsverktøy. Her viste det seg at de hadde positive holdninger i forhold at slike verktøy var effektive og gjorde det lettere å samle inn og dokumentere den informasjonen pasientene ga dem. De negative holdningene gikk ut på at de mente at den subjektive opplevelsen av smerter gjorde det vanskelig å bruke slike verktøy, til eksempel når sovende pasienter oppga å ha sterke smerter hadde sykepleierne liten tiltro til smertevurderingsverktøy (Layman Young et al., 2006). I studien til Kim (et al., 2005) ble det funnet 3 kategorier som sykepleierne vektla i smertevurderingen. Hvordan pasientens så ut (observasjoner) hva han sa og innholdet i det han sa (kommunikasjon) og hvilke smerter pasienter som regel hadde. Her baserte sykepleierne seg i stor grad på sine forkunnskaper med slike pasienter/operasjoner og hvilken gruppetilhørighet pasienten hadde (ung/gammel/dement osv).

2.2 Aktuell teori og teoretiske perspektiver

Til å belyse min problemstilling vil jeg først redegjøre for hva smertekartlegging er og hvordan teorien mener sykepleieren skal bruke smerteskalaen i smertevurderingsprosessen. McCaffery og Beebe vil være sentrale her. Problemstillingen omhandler også sykepleieres erfaringer. Erfaringer utgjør en vesentlig del av kunnskapsgrunnlaget til sykepleiere. Dette kunnskapsgrunnlaget er også representert når sykepleiere benytter seg av sitt faglige skjønn. Bengt Molander og Kari Martinsen og deres teorier vil være sentrale her.

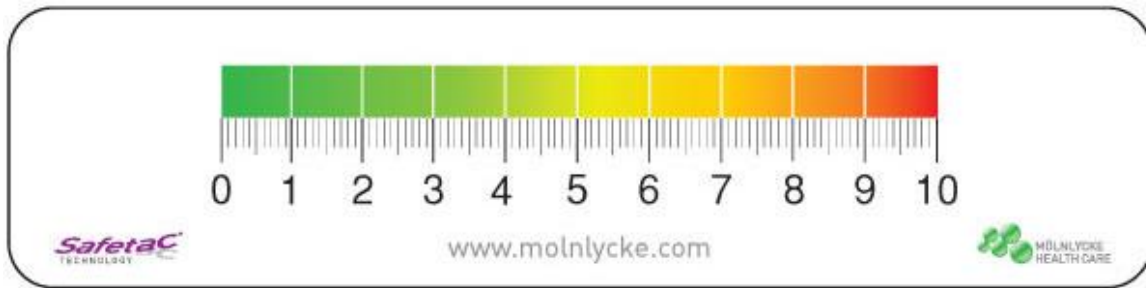
2.2.1 Smerter og smertekartlegging ved hjelp av Visuell Analog Skala

Smerter beskrives av McCaffery og Beebe (1996) som «det personen sier at det er og at den eksisterer når personen som opplever smerter sier at han har smerter» (s.18). Definisjonen

poengterer det subjektive ved smerter og understreker at helsepersonell skal respondere når pasienter gir uttrykk for smerter. Smerter deles gjerne opp i kroniske og akutte. Postoperative smerter kan sies å være akutte smerter. Slike smerter vil som regel gi seg etter 3- 6 måneder. Dersom smertene vedvarer etter dette kan det tenkes at smertene har utviklet seg til å bli kroniske (Stubhaug and Ljoså, 2010). Postoperativ smerte kan deles inn i grunnsmerte og gjennombruddssmerte. Grunnsmerten er en konstant smerte som følge av vevs og nerveskade som oppstår etter alle kirurgiske inngrep. Gjennombruddssmerte er smertetopper som oppstår når pasienten for eksempel beveger seg. Det er gjerne gjennombruddssmertene som krever ekstra smertelindring (Wøien and Strand, 2010).

Den Norske Legeforening (2009) har utviklet retningslinjer for smertevurdering og lindring i Norge. Disse retningslinjene går ut på at smerter skal identifiseres med en gang. Alle pasienter bør derfor rutinemessig undersøkes med hensyn til smerter. Dersom en pasient har smerter må helsepersonellet kartlegge smertene, dokumentere de og umiddelbart iverksette tiltak. Målet er at hver pasient skal få individuell og optimal smertebehandling og pasientens oppfatning av smerter skal være grunnlaget for smertekartleggingen. Ved å kartlegge smerter før man igangsetter behandling vil man ha et bedre utgangspunkt for å vurdere om behandlingen man har gitt er god nok i forhold til de målene det er ønskelig å nå. Slike mål kan være at pasienten får et økt funksjonsnivå og bedre livskvalitet (Torvik et al., 2010).

Smerteskalaer regnes for å være den sikreste veien til å forstå en pasients subjektive oppfatning av sin smerte og for å gi helsepersonell god nok informasjon til å kunne vurdere hvilke smertestillende som er nødvendig for å smertelindre (McCaffery and Beebe, 1996). I følge Fredheim (2011) er systematisk kartlegging av postoperative smerter ved hjelp av skala nødvendig for å bedre kunne planlegge smertebehandlingen. Dersom kvaliteten på smertebehandlingen i den postoperative fasen er optimal er det også sannsynlig at risikoen for å utvikle kroniske smerter i etterkant reduseres. Ved å bruke smerteskala aktivt og de smertestillende medikamenter som er tilgjengelige vil en i tillegg til å redusere pasientens ubehag, få pasienter raskere mobilisert som igjen vil føre til at de trenger færre liggedøgn på sykehuset.



(MÖLNLYCKE)

Illustrasjonen ovenfor viser hvordan smerteskalaen VAS (Visual Analog Scale) ser ut. Det er denne skalaen som er benyttet ved den ortopediske sengeposten hvor studien er gjort. Det finnes i hovedsak to varianter av denne skalaen. Den ene varianten (nederste bilde) består av to ytterpunkter. Det ene ytterpunktet representerer ingen smerte og det andre verst tenkelig smerte. Pasienten setter et kryss langs denne linja som symboliserer hans oppfatning av sine smerter (Fors, 2012). Den andre varianten har i tillegg tall langs denne linjen fra 0 til 10 (øverste bilde) Hvor 0 er ingen smerter og 10 er verst tenkelig smerte. Prinsippet for bruk er imidlertid det samme. Årsaken til at det ofte brukes tall langs linjen er fordi en visuell analog linje vanskelig lar seg dokumentere i dagens elektroniske pasientjournalssystem og er dermed upraktisk når helsepersonell må kommunisere med hverandre via telefon eller data. Med tallindikatorer er det mulig å bruke skalaen både muntlig og i visuell form (McCaffery and Beebe, 1996).

Kommunikasjon

God kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er først og fremst viktig for å innhente viktige opplysninger om pasientens smerte i kartleggingsprosessen hevder både McCaffery og Beebe (1996) og Eide (2010). Kommunikasjon er også viktig for at sykepleieren skal kunne gi

informasjon om postoperative smerter og hvordan VAS fungerer. Det er et viktig utgangspunkt mener McCaffery og Beebe (1996) og Wøien og Strand (2010) at pasienten gjøres kjent med skalaen tidlig, og helst før inngrepet. De presiserer at smertekartlegging krever grundighet og tid dersom resultatet skal bli optimalt. Smertekartlegging ved hjelp av skala går først og fremst ut på å spørre pasienten om hvor han vil rangere smertene sine på VAS. Her er det viktige å få frem den subjektive opplevelsen av smertene. En god dialog om smerter kan hjelpe sykepleierne å innhente verdifulle opplysninger om pasientens smerter (Molander, 1996). I vurderingsprosessen samler sykepleieren informasjon fra pasienten som kan hjelpe henne og lettere forstå hans situasjon og hvordan smertene påvirker livet hans. Informasjonen skal hjelpe henne og planlegge å vurdere pleiestrategier og tiltak. Det presiseres at vurderingen er ikke en engangsforeteelse.

Siden smerteopplevelsen sjelden er statisk er det viktig at kartleggingsprosessen heller ikke er det. Når sykepleieren skal kartlegge smerter beskriver McCaffery og Beebe (1996) at følgende må undersøkes: smertens lokalisasjon, smertens intensitet som gjerne beskrives ved sykepleierne ber pasienten angi sin smerte på VAS. Hun bør spørre pasienten om å rangere smertene slik de oppleves nå, når de er på sitt verste og på sitt beste. Sykepleieren må også spørre pasienten hvilket nivå av smerter han selv mener er akseptabelt. 0 er optimalt, men vanskelig og oppnå kort tid etter kirurgi. Sykepleieren må videre be pasienten beskrive hvordan smertene føles (dunkende, stikkende o.l), start, varighet, rytme og hva som forårsaker eller forverrer smertene. I vurderingen skal sykepleieren samle fakta og informasjon gjennom å observere og intervju pasienten, vite sykehistorien, hva er han operert for og gjøre en fysisk undersøkelse av området pasienten har smerter i. Deretter må problemet identifiseres. Er smertene en følge av inngrepet eller kan det være noe annet? Når det kommer til ortopedisk kirurgi er det som nevnt ikke uvanlig med postoperative smerter, men når smertene endrer karakter eller blir umulige å lindre er det viktig å ha i tankene at smertene kan tyde på komplikasjoner som følge av operasjonen. Dersom en kommer tidlig i gang med smertekartlegging er det sannsynlig at slike endringer i smertenivå kan oppdages raskere og avdekke eventuelle komplikasjoner på et tidligere stadium (McCaffery and Beebe, 1996).

Dokumentasjon

McCaffery og Beebe (1996) skriver også at det er avgjørende for god smertekartlegging og oppfølging at dette dokumenteres i pasientjournalen. Ifølge Heggedal (2006) er hensikten med sykepleiedokumentasjon å lage et målrettet dokument som beskriver og ivaretar sykepleien til hver enkelt pasient. Sykepleierdokumentasjon omfatter alt fra daglige observasjoner, prosedyrer og behandlingsplaner. Dokumentasjon er både nødvendig og viktig for å samle og synliggjøre det arbeidet sykepleieren utøver ovenfor pasienten. Den er et middel til kvalitetssikring fordi det tillater andre sykepleiere, ledere og andre helseutøvere å studere og vurdere sykepleien som er gitt og bedømme dem opp mot faglige standarder som for eksempel etiske retningslinjer eller retningslinjer som gjelder for den enkelte helseinstitusjonen. Dokumentasjon synliggjør også faglige vurderinger. Den er en oppsummering av hva vi vet om pasientens helsetilstand og hva vi anser for å være den beste sykepleien ut i fra denne situasjonen. Vurderingen baseres på oppdaterte og relevante opplysninger som er samlet inn og som tolkes ut i fra sykepleierens teoretiske og praktiske kunnskap (Heggedal, 2006).

Tillit

Smerter er et sammensatt fenomen som det kan være problematisk for sykepleiere å forstå. Smerteopplevelsen kan ikke etterprøves eller verifiseres. Sykepleieren må derfor stole på det pasienten sier om smertene. Sykepleieren kan heller ikke forvente å forstå smertene fullstendig. Forståelse er gjerne knyttet opp til egne smerteerfaringer og skjønn, men utgjør ikke god nok kunnskap om fenomenet (Nortvedt and Nortvedt, 2001). Smerteopplevelsen påvirkes av en rekke indre og ytre faktorer som kan være med på å både forverre og redusere smerteopplevelsen. Slike faktorer kan være tidligere erfaringer med smerter, kulturelle faktorer i den grad at mennesker fra forskjellige kulturer takler og gir uttrykk for smerter på ulik måte og individuelle variasjoner. Derfor er det viktig at når en pasient gir uttrykk for at han har smerter skal helsepersonellet respondere positivt ved enten tro at pasienten har smerter eller velge å tro at han har det fremfor å vektlegge om pasienten snakker sant eller ikke. Sykepleierens faglige ansvar er å akseptere pasientens utsagn og hjelpe han på en konstruktiv måte. Det kan naturligvis være at pasienten ikke snakker sant, og i det tilfellet vil sykepleieren bli lurt. Slike tilfeller vil oppstå, men redselen for å bli lurt kan ikke

rettferdiggjøre og ikke tro på pasienten eller være tilbakeholden med smertelindring (McCaffery and Beebe, 1996).

Tillit til pasienten og hans smerteopplevelse er derfor vesentlig for bruken av smerteskala. Martinsen (2005) beskriver tilliten som fundamental i forhold til sykepleierens omsorg til pasienter. Den er et uunnværlighetsfenomen fordi vi normalt møter hverandre med tillit. Skulle vi møte hverandre med mistillit er det som regel en årsak til det. For eksempel at vi har gode grunner for å tro at vedkommende lyver for oss. Tillit vil si å utlevere seg i håp om at den andre imøtekommer vår tillit og tar vare på den. I samtalen er tilliten til stede. Når sykepleieren samtaler med pasienten om hans smerter kan måten hun møter denne tilliten på brytes ned dersom hun ikke bruker den informasjonen pasienten gir henne på riktig måte (Martinsen, 2005).

McCaffery og Beebe (1996) mener kunnskapen om smerter er relativt ny og siden det har vært stor utvikling på dette området de siste 10 årene, har ikke denne kunnskapen fått skikkelig innpass i helsepersonellutdanningene da dette er en prosess som gjerne tar tid. De antar derfor at det finnes en stor andel helsepersonell som har fått inadekvat eller upresis utdanning innen smertevurdering og smertekontroll og at de selv ofte ikke er klar over at de mangler denne kunnskapen. Sykepleieren tilbringer mer tid sammen med pasientene enn for eksempel legene gjør etter kirurgiske inngrep. Det er derfor naturlig at hun gjør de fleste observasjoner og vurderinger knyttet til pasientbehandlingen og det er også avgjørende at hun bruker pasienten som «fasit» når det kommer til smertemålinger da disse vil være langt mer pålitelige enn hennes egne.

2.3 Det sykepleiefaglige skjønnet i praksis

Sykepleierfaget er basert på både teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap. Teoretisk kunnskap er også kalt påstandskunnskap av Molander (1996) og kan forklares og uttrykkes i form av teorier, forskrifter, regler og definisjoner. Praktisk kunnskap handler om hvordan vi gjør ting og innebærer et mangfold av andre kunnskapsbegreper som taus kunnskap, fortrolighetskunnskap, ferdighetskunnskap og personlig kunnskap. Et passende samlebegrep for disse kunnskapsaspektene er erfaringskunnskap. Erfaringskunnskapen er personlig, og er ervervet gjennom erfaringer med ulike situasjoner, hendelser og ved å gjøre bestemte

handlinger (Molander, 1996). Dette utgjør en vesentlig del av sykepleiernes kunnskapsgrunnlag og viser seg i hvordan sykepleieren handler når hun skal vurdere smerter. Hvordan vurderer hun, hva vurderer hun og hvorfor vurderer hun?

I sykepleierfaget kan ikke teori og praksis oppfattes som adskilte fra hverandre. De utfyller hverandre og begge er nødvendige for å kunne gi korrekt behandling og omsorg til pasientene (Nortvedt and Grimen, 2004). Å forstå hvilken kunnskap sykepleiere har er viktig for min oppgave. Jeg tenker da hovedsakelig på den type erfaringskunnskap sykepleieren har som gjør at hun handler som hun gjør og som gjør at hun fatter beslutninger og tar vurderinger om pasientens smertetilstand. Hva ligger til grunn for de vurderinger sykepleieren gjør og hva er ansett som viktig kunnskap om smerter for sykepleieren? De ulike kunnskapsbegrepene vil gå inn i hverandre og utgjør en vesentlig del av kunnskapsgrunnlaget i det faglige skjønnnet. Videre i oppgaven vil i hovedsak det faglige skjønnnet vektlegges.

Skjønn beskrives både av Grimen og Molander (2008) og Martinsen (1990) som en form for praktisk resonnering hvor målet er å finne konklusjoner om hva som bør gjøres i konkrete tilfeller, men hvor holdepunktene for denne resonneringen er svake. Skjønn kan oversettes med forstand, omdømme, dømmekraft, vett og vurdering. Grimen og Molander (2008) beskriver videre at skjønn kan forstås på to måter. På den ene siden er skjønn en kognitiv aktivitet hvor det «felles dommer om objekter under betingelser av ubestemthet og den resonnering som fører frem til slike dommer» (s.181). Ubestemtheten tar hensyn til hva som er riktig, og skjønn kan derfor forstås som en resonneringsprosess som leder frem til beslutninger og konklusjoner. Den andre måten beskriver skjønnnet som «et vernet rom for valg eller beslutninger på grunnlag av slike dommer» (s 181) kan forstås som en avgrenset frihet til å velge mellom bestemte handlingsalternativer på basis av grunner skjønnsutøveren selv godtar (Grimen and Molander, 2008).

Kari Martinsen (1990) sier at skjønnnet er en involvering og situasjonsanalyse for å overveie hvilket handlingsalternativ som er til pasientens beste. Slike skjønnsmessige beslutninger bærer preg av omsorg, moral, våre holdninger og normer og regler for hva som er akseptabelt i den enkelte situasjonen. Hun hevder at en dyktig sykepleier må ha mer enn bare teoretisk og vitenskapelig kunnskap. Hun må kunne kombinere fag og menneskekunnskap i handlingene sine (Martinsen, 1990). Kari Martinsen og hennes omsorgstenkning stiller seg kritisk til moderne og tekniske måter å forholde seg til kropper/pasienter på og argumenterer for at

omsorg er det grunnleggende i menneskelig væren. Hun mener at pasienten må sees i sin helhet og at disse tekniske måtene kan redusere omsorgen til og kun handle om utvalgte deler av pasienten. Å gjøre prosedyrer, følge normer og regler, og handle ubegrunnet ut i fra dem kaller hun blind teknikk. Dersom omsorgen, skjønn og moralen ikke inngår i den samme handlingen hvor teknikken og vitenskapen med dens verktøy (for eksempel ved bruk av smertekartleggingsverktøy) benyttes er det ikke lengre sykepleie det er snakk om, det blir kun tomme handlinger (Martinsen, 1990).

Martinsen (2005) skriver at «skjønn er omveienes vei til evidens» (s. 116) skjønn skal ikke settes opp mot vitenskapelig kunnskap, men det er viktig å se på hva som preger skjønn både i klinisk og vitenskapelig praksis og at skjønn gir et «grunnlag for å gjøre et resonnement, en vurdering og føre en rasjonell argumentasjon for det som skal skjønn» (Martinsen, 2005 s. 116) Det vitenskapelige språket beskrives av Martinsen (1990) som entydig, upersonlig og kaldt, det renser ordene for sanselighet og følelse og gjør situasjonen abstrakt. Det er ikke presist nok til å formidle kompleksiteten i situasjoner slik det dagligdagse språket er. Martinsen (2005) beskriver at læreprosessen med å bli en dyktig sykepleier innebærer å kunne «fagets regler, prosedyrer, teknikker og faktakunnskap» (s. 150) men dette alene er ikke tilstrekkelig. Det er gjennom å stå i det kliniske felt, ved pasientsengen at sykepleieren lærer gode holdninger og godt omdømme ved at hun får erfaring med å gjøre skjønnsmessige vurderinger. Skjønn er alltid knyttet til en bestemt situasjon og det fordrer at sykepleieren gjør en emosjonell involvering og en situasjonsanalyse for og så kunne overveie hvilke handlingsalternativer hun har.

Martinsen (2005) hevder at skjønn er viktig fordi det hindrer oss i å bruke faktakunnskap og regler uten videre refleksjon. Refleksjonen over kunnskap og handlinger gjør sykepleieren til en reflektert praktiker. En definisjon også Molander (1996) benytter seg av når han beskriver den kyndige praktiker og hans evner til å kunne håndtere unike og ukjente situasjoner. Jeg forstår Martinsens (2005) beskrivelser av skjønn som sykepleierens evne til å vurdere teori og faktakunnskap opp i mot den aktuelle situasjonen. Vi kan si at skjønn er vår evne til å dømme/vurdere riktig og til pasientens beste. Slike vurderinger krever at sykepleieren har kunnskap som er relevant i forhold til det som skal skjønn. Martinsen (2005) beskriver at den faglig dyktige sykepleieren «ser» løsningen på forhånd, og hun «vet» hva som skal gjøres fordi hun har lang erfaring fra lignende situasjoner. Dette kaller hun å ha intuisjon.

I det faglige skjønnet ligger det også mye taus kunnskap. Taus kunnskap går ut på at vi vet mer enn vi kan fortelle (Grimen og Molander, 2008, Molander 1996). I følge Molander (1996) har all kunnskap en kjerne av taus kunnskap. Vi erverver oss denne kunnskapen gjennom å reflektere over våre praktiske handlinger. Ofte er vår refleksjon ubevisst. Slik skaper vi vår egen personlige erfaringsbaserte og tause kunnskap. Denne kunnskapen er beskrevet av Molander (1996) som vanskelig, og kanskje helt umulig å artikulere. Det kan være vanskelig for sykepleieren å begrunne hva hun kan og hvorfor hun kan det. Taus kunnskap kan til en viss grad uttrykkes gjennom eksempler på situasjoner hvor kunnskapen har blitt brukt eller på annet vis blitt synliggjort (Molander, 1996). Hamran (2004) beskriver taus kunnskap som personlig. Hun hevder at sykepleierens personlige kunnskap er dannet av teorier, metoder, knep, vurderinger og ferdigheter. Mens taus kunnskap er evnen til å bruke disse erfaringene til å gjenkjenne likheter i nye situasjoner. Hvilket tyder på at det er lettere å vise denne kunnskapen fremfor å artikulere den. Kunnskapen kommer til syne gjennom våre handlinger og viser seg til eksempel i måten sykepleieren tar seg av pasienten etter en operasjon, hva ser hun etter for å vurdere om pasienten har smerter? (Nortvedt and Grimen, 2004).

På grunn av at taus kunnskap er såpass problematisk og sette ord på har begrepet møtt mye motstand i vitenskapen. Kritikken går ut på at kunnskapen må begrunnes og dokumenteres for å bli gyldig, ellers er det fare for at en utvikler et ukritisk forhold til egne vurderinger og moral, noe som kan føre til en overdreven tiltro til egne erfaringer og vurderinger. Hvordan kan man vite at det eksisterer kunnskap dersom den ikke kan artikuleres (Hamran, 2004). Molander (1996) beskriver at handlingen er en måte å vise denne kunnskapen. Handlingen kan til en viss grad forklares og dokumenteres, men visse aspekter må erfares for å forstå kunnskapen. Hamran mener at taus kunnskap også være kulturelt betinget. Det vil si at flere sykepleiere innenfor samme arbeidssted eller område har lik kunnskap om noe. Dette gjør ikke nødvendigvis at kunnskapen blir lettere å artikulere, men den blir mer synlig og forståelig siden det ikke bare er snakk om en sykepleier som innehar denne kunnskapen, men at den er felles for flere (Hamran, 2004).

Bakgrunnen for våre handlinger inneholder mange kunnskapsområder som vi ikke kan uttrykke verbalt. Taus kunnskap inneholder ting som tas for gitt, som vi ikke tenker over at vi kan eller vet. En person har ikke oversikt over alt han kan, men i yrkesutøvelsen kommer denne kunnskapen frem i form av vår måte å handle på og hvilke skjønsmessige vurderinger vi g

3.0 METODE

Problemstillingen for studien avgjør hvilken metode det er hensiktsmessig å bruke. Ettersom min problemstilling er å undersøke sykepleieres erfaringer med bruk av smertekartleggingsverktøyet VAS, har jeg valgt den kvalitative metoden med intervju som datainnsamlingsmetode.

Kvalitative metoder egner seg for og utforske menneskelige egenskaper som erfaringer, tanker, opplevelser, motiver og holdninger til ulike fenomener (Malterud, 2013). Den fokuserer på mening og meningssammenhenger og tar utgangspunkt i mennesker og deres erfaringer og handlinger og forsøker å forstå disse. Metoden egner seg derfor til og utforske fenomener som er lite beskrevet i eksisterende litteratur og som det finnes lite forskningsbasert kunnskap om fra tidligere (Kvale and Brinkmann, 2010). Den kvalitative metodens mål er å oppnå en større forståelse ovenfor fenomenet som undersøkes.

3.1 Fenomenologi

Tilnærmingen til mitt forskningsspørsmål er fenomenologisk da jeg søker å forstå informantenes levde erfaring med fenomenet VAS. Fenomenologi beskrives som å studere fenomener slik de fremstår for oss fra et førstepersonsperspektiv, og benyttes gjerne når det er ønskelig å vite noe om menneskers livsverden. Edmund Husserl, som regnes som grunnleggeren av den moderne fenomenologien, beskrev fenomenologi som å «gå tilbake til tingene selv» Disse «tingene» kan beskrives som aspekter ved menneskers liv, deres opplevelser eller erfaringer (Bengtsson, 2006). Innen kvalitativ forskning er fenomenologi et begrep som peker på en interesse for å forstå fenomener ut fra informantenes egne perspektiver og beskrive fenomenet slik det oppleves av dem (Kvale and Brinkmann, 2010). En fenomenologisk tilnærming vil derfor egne seg for å gi meg en større forståelse av sykepleiernes erfaringer med bruk eller ikke bruk av VAS og tillater meg å se flere aspekter ved deres erfaringer som kan være vesentlige for å få en fullgod forståelse og slik svare på problemstillingen min.

3.2 Det kvalitative forskningsintervjuet

Jeg har valgt å bruke intervju som forskningsmetode for å besvare min problemstilling. Som intervjuform valgte jeg det semistrukturerte intervjuet. Kvale og Brinkmann (2010) skriver at «et semistrukturert livsverdenintervju brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut i fra intervjupersonens egne perspektiver» (Kvale og Brinkmann, 2010 s. 47). Det semistrukturerte intervjuet er en fleksibel, men planlagt samtale som søker å innhente beskrivelser fra informantenes egne perspektiver med henblikk på fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet. Den gir meg som intervjuer anledning til å holde en viss tråd i intervjuet siden den utføres ved hjelp av en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer og inneholder gjerne forslag til spørsmål, men likevel er intervjueren åpen for avsporinger som holder seg innenfor temaet (Kvale og Brinkmann, 2010).

Den semistrukturerte intervjuformen tillater meg som forsker å være fokusert på hvilke tema jeg vil vite noe om (Olsen, 2003) Jeg valgte å holde meg til temaer som sa noe om sykepleiernes bruk av VAS, forståelse av VAS, forutsetninger for bruk av VAS og meninger om VAS. For å sikre meg at jeg holdt meg innenfor disse temaene utarbeidet jeg i forkant av intervjuene jeg en intervjuguide (vedlegg 3) med spørsmål og temaer jeg ville vinkle intervjuet inn på for å få best mulig svar på hvordan sykepleiere opplevde det å bruke smerteskalaen for å vurdere smerter hos postoperative pasienter. Dette opplevde jeg som oversiktlig siden jeg er nybegynner når det kommer til å intervjuer. En intervjuguide beskrives av Kvale og Brinkmann (2010) som en oversikt over forslag til spørsmål eller temaer som intervjueren vil at intervjupersonene skal si noe om. Spørsmålene i intervjuguiden ble utarbeidet med den hensikt at de skulle være klare og enkle og bære preg av et hverdagslig og lett forståelig språk som gav intervjupersonene muligheten til å bidra med meningsfull informasjon om temaet. Jeg ønsket å unngå å bruke spørsmål som kunne besvares med ja og nei da dette ville være lite produktivt for problemstillingen (Polit and Beck, 2012). Intervjuguiden var til god hjelp for å holde tråden og fremdriften i intervjuet og sørge for at jeg fikk frem informasjon om temaet som belyste min problemstilling. Jeg fulgte ikke denne slavisk punkt for punkt, men brukte den som en huskeliste eller sjekklister for å sikre at jeg fikk spurt alle informantene om de aktuelle temaene.

3.3 Tilgang til feltet og valg av informanter

Det var det viktig for meg å finne informanter til studien som hadde erfaring med smerter hos pasienter hos ortopediske pasienter, samt smertevurdering postoperativt for å få belyst problemstillingen min på best mulig måte. Jeg ønsket også at sykepleierne på den valgte avdelingen skulle ha kjennskap til VAS. Men siden det kan variere hvilke smerteskalaer som brukes på ulike sykehus og sykehusavdelinger var ikke dette et krav med tanke på at problemstillingen lett kunne endres til å gjelde sykepleiernes erfaringer med en annen smerteskala. Valget falt på en ortopedisk sengepost hvor jeg selv har jobbet og har det meste av min arbeidserfaring fra. Min egen erfaring herfra tilsa at ortopediske pasienter stort sett alltid er utsatt for smerter i forbindelse slike inngrep, og at det er en av sykepleiernes viktigste og vanskeligste oppgaver og vurdere disse smertene og gi adekvat smertelindring. Den tiden jeg jobbet ved avdelingen var det VAS som var den smerteskalaen sykepleierne brukte, derfor var jeg ganske sikker på at dette fremdeles var den smerteskalaen som ble benyttet.

For å skaffe informanter kontaktet jeg først klinikkjef for ortopedisk avdeling per telefon og ble henvist videre til oversykepleier for ortopedisk avdeling. Jeg kontaktet også henne per telefon og avtalte et møte hvor jeg la frem studien min, hva den gikk ut på og hva jeg trengte hennes hjelp til. Hun kunne bekrefte at VAS fremdeles var den smerteskalaen de benyttet seg av. Selv om jeg bare ønsket 4 informanter til studien min ble oversykepleier ble gitt 8 konvolutter som skulle sendes ut til 8 sykepleiere som oppfylte inklusjonskriteriene mine. Disse konvoluttene inneholdt informasjon om studien, samtykkeskjema og ferdig frankert returkonvolutt. Tanken bak å sende ut flere konvolutter enn nødvendig var både for å spare tid og av forskningsetiske hensyn. Ved å sende ut et nøyaktig antall kunne jeg risikere at ikke alle ville delta og at jeg måtte foreta en runde til med rekruttering. I tillegg ville det å sende ut et nøyaktig antall være negativt fordi oversykepleier kunne lettere finne ut hvem som hadde deltatt i studien. Dermed ville flere konvolutter medføre at dette ble vanskeligere og informantenes anonymitet ville være sikret. Som inklusjonskriterier hadde jeg bestemt i samråd med veileder at informantene mine skulle ha minst 3 års erfaring fra ortopedisk avdeling. Dette fordi jeg anså erfaringskunnskap som en viktig faktor i forhold til at sykepleierne da ville ha brukt VAS over lengre tid og ha gjort seg flere tanker, meninger og erfaringer rundt bruk av verktøyet enn en nyutdannet sykepleier. Oversykepleier ved

avdelingen gjorde meg oppmerksom på at dette kunne bli problematisk krav å imøtekomme fordi det begynte å minke på mengden sykepleiere som hadde jobber der såpass lenge.

De fire første som returnerte sitt samtykkeskjema ble valgt ut som informanter til studien. Alle sykepleierne hadde jobbet mellom 3 og 10 år på avdelingen. En av dem hadde erfaring fra andre ortopediske eller kirurgiske sengeposter på andre sykehus. En annen informant hadde vært på flere kurs som var relevante i forhold til smertelindring. To av informantene hadde begynt å jobbe ved avdelingen som nyutdannede og hadde ikke arbeidserfaring fra andre steder.

Innen to uker hadde jeg fått alle informantene på plass. Jeg kontaktet informantene per telefon og takket for at de ville bli intervjuet samtidig som vi avtalte datoer og tidspunkt for å foreta intervjuene.

3.4 Prøveintervju

Før jeg gikk i gang med intervjuene utførte jeg et prøveintervju på en medstudent. Dette ble gjort for å teste ut om intervjuguiden fungerte eller om det var behov for noen justeringer. Jeg mente også det var viktig å øve meg på intervjusituasjonen slik at jeg var tryggere og mer forberedt før jeg skulle begynne med de virkelige intervjuene. I etterkant av prøveintervjuet følte jeg ikke at intervjuguiden trengte noen større justeringer, men at jeg måtte øve meg på å stille oppfølgingsspørsmål for å få utdypende informasjon fra informantene mine. Kvale og Brinkmann (2010) skriver at intervjueren kan få utdypende informasjon ved å stille spørsmål til det som nettopp er blitt sagt, eller gjenta de ordene i et svar som man oppfattet som viktige. På den måten inviteres personen til fordypning. En pause etter at informanten har snakket eller et bekræftende «mm» viser også at intervjueren er interessert og følger med. I tillegg kan en spørre inngående spørsmål som å be informanten si mer om det hun nettopp fortalte eller spesifiserende spørsmål som «hva tenkte du da?» eller sikre at en har forstått det informanten sier ved å spørre «mener du at..?» (Kvale og Brinkmann, 2010).

3.5 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført på det tidspunkt og sted som passet informantene best. Noen ville bli intervjuet hjemme mens andre ble intervjuet på universitetets grupperom. Jeg følte det var viktig at informantene fikk bestemme dette selv fordi jeg var opptatt av at de skulle møte opp mest mulig avslappet og forberedt til intervjuet. Samtidig ønsket jeg i størst mulig grad å unngå å gjøre intervjuene på arbeidsplassen til informantene. Dette for å ivareta anonymiteten til informantene. Intervjuene foregikk på en avslappet og uanstrengt måte. Informantene hadde satt av godt med tid i forkant av intervjuet og tok seg tid til å tenke seg om før de besvarte spørsmålene. I forkant av intervjuet hadde jeg et håp om å få mest mulig beskrivende og utfyllende svar på spørsmålene mine. Noe jeg hadde jobbet med i utarbeidingen av intervjuguiden samt erfaringen jeg hadde gjort meg i prøveintervjuet angående å stille oppfølgingsspørsmål. Før båndopptakeren ble startet gjentok jeg generell informasjon om studien og hvordan materialet kom til å bli brukt. Jeg ga informasjon om hvordan intervjuet kom til å foregå, forventet tidsbruk samt at informantene fikk muligheten til å stille spørsmål dersom de lurte på noe. Hvert intervju ble avsluttet med en gjennomgang av hva vi hadde snakket om i intervjuet og informantene ble spurt om de hadde noe de ville tilføye.

3.6 Transkribering av intervjuene

Hvert intervju hadde en varighet på mellom 30 og 45 minutter. På grunn av at det tok sin tid å finne datoer og tidspunkt som passet alle informantene gikk det en ofte noen dager mellom hvert intervju. Denne tiden valgte jeg å bruke til å transkribere. Å transkribere betyr å transformere det muntlige til skriftlig form. Formålet er å strukturere intervjumaterialet slik at det blir enklere å analysere. Selv om en transkriberer ordrett så risikerer en at mye går tapt når det muntlige skal gjøres skriftlig. Det muntlige språket er preget av mange flere nyanser enn det skriftlige er. Det kan være vanskelig og kanskje til og med umulig og skriftlig gjøre tonefall, ironi og nonverbalt i den grad at det blir forståelig (Kvale and Brinkmann, 2010). Jeg valgte og transkribere ordrett og på bokmål fordi det er denne målformen som er naturlig for meg å bruke i skriftlig arbeid. Jeg valgte å utelate pauser og lignende. Kvale og Brinkmann (2010) skriver at det er viktig og ikke anse det transkriberte intervjumaterialet «som de

egentlige grunnleggende empiriske dataene i intervjuprosjektet» (s.186). Derfor har jeg gjennom hele prosjektet vendt tilbake til det muntlige materialet for å forsikre meg om at jeg har forstått informantenes utsagn korrekt.

Ved å transkribere materialet fortløpende følte jeg meg også tryggere i intervjusituasjonen og mer forberedt til neste intervju. Noe som førte til at jeg lettere klarte å frigjøre meg fra intervjuguiden og stille relevante oppfølgingsspørsmål i de påfølgende intervjuene. Mens jeg transkriberte gjorde jeg meg også tanker om det informantene sa, noe jeg noterte ned i tilfelle det kunne være relevant i den senere analysen av intervjuene.

3.7 Forskerrollen og min forforståelse

Å gå inn i forskerrollen var helt nytt for meg. Jeg måtte tenkte grundig gjennom hvordan det ville være å intervju fremmede før jeg tok den endelige avgjørelsen med å velge en problemstilling hvor intervju ble forutsatt som datainnsamlingsmetode. Jeg måtte også ta i betraktning at jeg kunne risikere å måtte intervju tidligere kollegaer av meg, hvilken betydning det kunne få for intervjusituasjonen og om materialet ville være preg av dette. I dette tilfellet var feltet som skulle studeres et felt jeg hadde mye personlig erfaring fra og som jeg gjennom å ha lest tidligere forskning visste at det var rom for forbedringer på. Likevel var det viktig for meg å møte informantene mine med blanke ark og vektlegge hva de sa, hva deres erfaringer og meninger om temaet var både i det muntlige intervjuet og i analyseringen av dem.

I følge Malterud (2013) kan forforståelsen beskrives som at man går inn i et prosjekt med skyggelapper som begrenser vår horisont eller gjør at vi har manglende evner til å lære av materialet vårt. Dersom forskeren er bevisst sin egen forforståelse mener hun dette kan unngås ved at man tenker igjennom hva som er ens egen erfaring på området, hvilke forventninger en har til hva studien vil avdekke, og hva som ville vært annerledes dersom en annen forsker med en annen bakgrunn hadde gjort studien? Min forforståelse for temaet er dannet gjennom min egen arbeidserfaring på avdelingen, min kjennskap til pasientgruppen og smertevurdering med og uten VAS. Den gang jeg jobbet ved avdelingen brukte jeg verktøyet lite. Jeg oppfattet verktøyet som lite hjelpsomt og følte det så problematisk de gangene jeg brukte VAS at jeg til slutt utelot helt å bruke det uten at jeg reflekterte noe over hvorfor. Jeg

forventet å finne lignende funn hos mine informanter. Jeg har derfor forsøkt å være bevisst hva dette ville si for min utførelse av intervjuene, analysen, hvilke funn jeg kom frem til samt mine tolkninger av intervjumaterialet. I følge Gadamer bør man være bevisst sin egen forforståelse før analysen og tolkningen av materialet starter. Forforståelse kan også oversettes med fordommer og kan virke negativt inn på forskningen dersom man ikke er den bevisst og lar den påvirke intervju spørsmålene, analysen og tolkningen. Men den kan også være produktiv fordi den gjør at jeg som forsker forstår meg selv og mine fordommer og meninger om saken og dermed klarer å skille ut informantenes meninger og forstår disse. (Gulddal and Møller, 1999). Gadamer (2003) beskriver fordommer som betingelser for forståelse, men de gir ikke en garanti for at det som blir forstått, blir forstått riktig og nettopp derfor er det viktig å være den bevisst (Gadamer, 2003).

Min tilstedeværelse er umulig å fjerne fra studien og slik som Tjora (2012) sier kan ikke en fullstendig nøytralitet eksistere innen den fortolkende tradisjonen som kvalitativ forskning er basert på. Han mener forskeren er en ressurs med tanke på hans/hennes kunnskap dersom det er gjort rede for hans/hennes posisjon og hvordan den kan komme til å prege forskningsarbeidet.

Paulgaard (1997) skriver at når en forsker innen sitt eget felt har man fordelene av at man er en del av et samfunn eller krets og derfor har en bedre forståelse av feltet. Det kan bety at sykepleierne opplevde det som lettere å bli intervjuet av meg med min sykepleierbakgrunn og kjennskap til ortopedisk postoperativ sykepleie, enn en helt fremmed person uten helsefaglig bakgrunn. En slik relasjon kan være hjelpsom i intervjusituasjonen fordi sykepleierne visste at jeg hadde kjennskap til feltet og at de kunne bruke ord og uttrykk som kanskje ikke ville vært like forståelige for en intervju person som ikke hadde jobbet innen feltet (Paulgaard, 1997). Det faktum at jeg selv er sykepleier og har erfaring fra samme avdeling som mine informanter, tror jeg også gjorde det lettere for dem og bli intervjuet siden de visste at jeg på et vis var på samme «plattform» som dem. Jeg var likevel obs på at dette kunne bære med seg en utfordring i den grad at mye kunne bli tatt for gitt og at kunnskapsformidlingen kunne risikere å bli påvirket i negativ grad ved at informantene kunne gå ut i fra at jeg kunne og visste ting fra før og at de derfor unngikk å gå innom slike tema eller unngikk å gå i dybden på dem. Jeg anså det også som en potensiell utfordring dersom jeg skulle intervju noen av mine tidligere kollegaer. Imidlertid viste det seg at ingen av de fire informantene som ble inkludert i studien var tidligere kollegaer av meg.

3.8 Forskningsetiske hensyn

Når en studie berører et tema som kan være vanskelig for informantene å snakke om er det særdeles viktig å ta forskningsetiske hensyn i betraktning. Oppgavens tema mener jeg er ikke er av slik karakter at det skulle medføre noen belastning eller ubehag for informantene å snakke om. For å sikre at forskning utføres etter etiske prinsipper er all forskning er regulert av flere lover som for eksempel forskningsetikkloven og helseforskningsloven. Lovenes formål er og «fremme god og etisk medisinsk og helsefaglig forskning» (Helseforskningsloven, 2008),§1) og bidra til at forskningen «skjer i henhold til anerkjente etiske normer» (Forskningsetikkloven, 2006),§1). Studien ble meldt til personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste - NSD (vedlegg 4). Informanter til studien ble rekruttert i samsvar med NSDs etiske retningslinjer som sier at samtykket skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart. På grunn av prosjektets formål og metode ble ikke studien meldt inn til Regional Etisk Komite (REK). I tillegg har NEM (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag) utviklet normer og regler som jeg som forsker har forholdt meg til.

Et informert samtykke er basert på skriftlig informasjon om studiens formål og hovedtrekkene i prosjektplanen. Deltakerne ble tilsendt et informasjonsbrev (vedlegg 1) og et samtykkeskjema (vedlegg 2) sammen med ferdig frankert returkonvolutt. Aktuelle deltakere ble gitt den betenkningstid de trengte før de returnerte samtykkeerklæringen i vanlig post. De ble også informert om sin rett til ikke å delta i studien, og om deres rett til å tilbaketrekke sitt samtykke på et hvilket som helst tidspunkt dersom de skulle ombestemme seg.

Intervjuene ble tatt opp på lydbåndopptaker og ble deretter transkribert ordrett. NSDs kriterier for personvern ble fulgt ved at alle gjenkjennende opplysninger som navn og alder, geografisk tilhørighet og avdeling ble anonymisert. I oppgaven er deltakernes anonymitet sikret ved at det benyttes fiktive navn og det er ikke nevnt hvilket sykehus undersøkelsen er gjort på.

Lydfiler er blitt oppbevart på PC tilknyttet institusjonsnettverk med passord og utskrifter er blitt oppbevart innelåst i prosjektperioden. Personidentifiserbare opplysninger som skriftlig informert samtykke har vært oppbevart innelåst adskilt fra resten av datamaterialet. Alt av intervjumateriale og opplysninger om deltakerne skal slettes etter at studien er over.

3.9 Analyse av intervjumaterialet

I følge Kvale og Brinkmann (2010) starter analysen av intervjuene allerede mens en intervjuer og stiller seg kritiske fortolkende spørsmål underveis, og fortsetter videre med de transkriberte intervjuene. Som forsker måtte jeg ha en uavhengighet til forskningsfeltet og deltakerne i studien. Kvale og Brinkmann (2010) beskriver dette som profesjonell avstand. I intervjuer kommer en nært innpå informantene. Kvale og Brinkmann (2010) advarer mot at det kan oppstå emosjonelle bånd og relasjoner som kan påvirke forskningsresultatene i den grad at en lar sykepleiernes tolkninger og meninger bli de «sanne» og ikke lar analysen og tolkningen bli objektiv og frembringe ny kunnskap. Fortolkeren skal stille spørsmål til intervjuteksten, disse spørsmålene er med på å bestemme analysen. De bør derfor ha som hensikt å gi en bredere forståelse av sykepleieres bruk av smerteskala og eventuelt utforme en teori om hvorfor det er lite brukt.

Etter at intervjuene var ferdig transkribert satt jeg igjen med flere sider med utsagn som jeg måtte få oversikt over. Når analysearbeidet startet valgte jeg å bruke Malteruds (2013) analyse for systematisk tekstkondensering som er inspirert av Giorgi fenomenologiske analyse. Jeg mente denne analysemetoden passet fint fordi den har som formål «å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt (Malterud, 2013 s. 97).

Malterud (2013) tar utgangspunkt i Giorgis prosedyre for analyse, der analysen deles inn i fire trinn.

1. Det første trinnet handler om å få et helhetsinntrykk av intervjumaterialet. Jeg startet derfor med å lese gjennom alle intervjuene for å få et inntrykk av hva informantene egentlig snakket om i intervjuene og hva som var relevant å plukke ut i forhold til å belyse studiens problemstilling. Mens jeg leste var det viktig at jeg la fra meg min egen forforståelse og teoretiske referanseramme for oppgaven. Malterud (2013) beskriver dette som forutsetningen for at man skal kunne være åpen for de inntrykk som intervjumaterialet formidler. Denne første gjennomlesningen gav meg et helhetlig bilde av intervjuene og jeg så flere temaer som trådte frem gjennom informantenes utsagn. Disse noterte jeg ned. Til slutt endte jeg opp med 12 temaer som hadde vekket min oppmerksomhet.

2. I andre trinn av analysen skal materialet organiseres. Her skal relevant tekst skilles fra det som er irrelevant, og man skal sortere ut den teksten som virker mest relevant i forhold til å belyse problemstillingen. Denne teksten kalles også meningsbærende enheter (Malterud, 2013). Her så jeg nærmere på hva informantenes utsagn fortalte meg om deres erfaring med bruk av VAS. De delene av intervjueteksten som syntes å bære med seg kunnskap om ett eller flere av temaene fra første trinn ble kodet inn under sine respektive temaer. Etter å ha gjort dette så jeg at jeg hadde alt for mange koder og at mange av kodene hadde mye til felles. Jeg organiserte derfor disse videre inn under kodegrupper der de meningsbærende enhetene som viste fellestrekk kom inn under samme gruppe. Her kom jeg frem til 4 kodegrupper:
- Kvalitetssikring og dokumentasjon ved bruk av VAS
 - Sykepleiernes forventninger til smerteopplevelsen
 - Skjønnsmessig vurdering av smerter
 - Forutsetninger for bruk av VAS (Kommunikasjon, tid og tillit).

Forutsetninger for bruk av VAS ble veldig fremtredende uten at jeg spesifikt hadde spurt informantene om dette. Denne kodegruppen ble derfor vanskelig å utelukke fra mine funn.

3. I tredje trinn skal det hentes ut mening fra de meningsbærende enhetene som er kodet sammen (Malterud, 2013). Jeg tok for meg en og en av de 4 kodegruppene jeg hadde organisert materialet mitt inn under i forrige trinn. Inn under hver kodegruppe fant jeg også flere subgrupper som jeg fant relevante. Jeg kondenserte deretter en tekst for hver subgruppe som inneholdt informasjon fra mine funn komprimert sammen til en sammenhengende tekst.
4. I det fjerde og siste trinnet skal det dannes en sammenfatning av funn og det må gjøres en vurdering på om disse funnene fremdeles er relevante når de blir satt sammen igjen. Malterud (2013) kaller dette for rekontekstualisering. Med bakgrunn i de kondenserte tekstene fra forrige trinn laget jeg en analytisk sammenfattende tekst for hver kodegruppe. For å belyse tekstens innhold ytterligere valgte jeg der det var mulig å dra inn sitater fra intervjuene. Dette dannet grunnlaget for teksten i oppgavens neste kapittel.

I resultatdelen og videre i oppgaven er alle informanter anonymisert ved fiktive navn: Anna, Bente, Cecilie og Dina

I oppgaven velger jeg videre og presentere analysen i et eget resultatkapittel. Funnene vil deretter diskuteres i et eget drøftingskapittel

3. 10 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet

De tre kriteriene ovenfor benyttes ofte for å beskrive kvaliteten til forskning, og er viktige å tenke på i alle ledd av forskningsprosessen (Kvale and Brinkmann, 2010).

Reliabilitet har med forskningens troverdighet å gjøre. Hvor pålitelig min studie er, avhenger av min påvirkning av den. Et eksempel på påvirkning kan være å stille informantene ledende spørsmål, eller at jeg som forsker ikke har tatt min egen forforståelse i betraktning og dermed latt analysen og drøftingen bære preg av dette (Kvale and Brinkmann, 2010). I følge Tjora (2012) kan det ikke eksistere en fullstendig nøytralitet innen kvalitativ forskning. Forskeren som gjør studien vil ha en forutforståelse og en kunnskap som både kan sees på som «støy» og som en ressurs når det kommer til analysen av data (Tjora, 2012). Med andre ord kan min egen erfaring og kjennskap til det ortopediske fagfeltet og bruk av smerteskala være en feilkilde så vel som en styrke. På grunn av at jeg under hele prosjektet har vært bevisst min egen forforståelse rundt temaet mener jeg at denne feilkilden er minimal. Dette har gjort det lettere å se når analysen bar preg av mine meninger og ikke informantenes meninger. Det faktum at jeg har kommet frem til 3 funn (kommunikasjon, tid og tillit) som jeg i utgangspunktet ikke hadde regnet med å finne eller tatt høyde for i intervju spørsmålene mener jeg støtter opp denne påstanden.

Å validere er å stille spørsmål om den «metoden vi har brukt er en relevant vei til kunnskap som kan belyse problemstillingen» (Malterud, 2013 s. 181). Hvor valid min studie er, avhenger av om den metoden jeg har brukt for å besvare problemstillingen er egnet til dette formål. Jeg mener ikke at det finnes en annen fullgod metode enn den jeg har brukt for å få svar på sykepleieres erfaringer. En observasjonsstudie kunne fortalt meg mye om deres handlinger, men hvordan deres erfaringer påvirker disse handlingene kan ikke forstås bare

gjennom observasjon, de må ytres for at de skal skjønnes. Validitet har også å gjøre med intervjuingens kvalitet og intervjupersonenes troverdighet. Underveis i hele studien og særlig i intervjuprosessen og analysen har jeg forsøkt å stille meg åpen og fordomsfri til materialet. I intervjuene sikret jeg meg at jeg hadde forstått sykepleiernes utsagn korrekt ved å spørre dem om min forståelse var riktig. Validering handler også om og kontinuerlig sjekke sine funn, utspørre dem og fortolke dem teoretisk. Tjora (2012) skriver at dette i praksis betyr at vi forholder oss bevisst til teorier og perspektiver samt tidligere forskning som er gjort på samme området med lignende metoder og sammenligner våre funn med annen forskning. I følge Kvale og Brinkmann (2010) oppstår gyldig kunnskap når motstridende fortolkninger drøftes opp i mot hverandre slik at det er tydelig at tolkningene er belyst. For å sikre at jeg har belyst mine funn tilstrekkelig har jeg forsøkt og ikke godta en endelig tolkning av dem umiddelbart. Jeg har hatt god nytte av mastergradseminarer hvor jeg har fått gode innspill fra lærere, veileder og medstudenter i å se nye ting i materialet mitt. Dette mener jeg har ført til at mine tolkninger har blitt gyldige og kunnskapsrike.

Dersom resultatene av studien regnes som pålitelige og gyldige gjenstår spørsmålet om de kan generaliseres og overføres til andre intervjupersoner eller om de primært er av lokal interesse (Kvale and Brinkmann, 2010). Spørsmålet er om resultatene ville bli de samme dersom studien ble gjort på en annen ortopedisk avdeling eller om de kun er relevante for akkurat denne avdelingen? Studiens utvalg på 4 personer har gjort datamengden overkommelig for en masteroppgave, men med tanke på generalisering kan dette være for lite. Dersom studien hadde hatt flere informanter og blitt gjort på flere forskjellige ortopediske avdelinger ville dette resultert i en større bredde og grunnlaget for generalisering kunne vært bedre, men det kunne gjort analysen mer komplisert og uoversiktlig.

4.0 ANALYSE

Jeg vil her presentere de funn jeg har kommet frem til gjennom analysen som jeg mener relevante for å belyse problemstillingen min. Med problemstillingen og teoretiske perspektiver i bakhodet har jeg i analysen fokusert på de ulike aspektene av de erfaringene sykepleierne presenterer angående bruk smerteskala. Underveis i presentasjonen av mine funn vil jeg vise til utdrag i form av sitater fra informantene for å vise at tolkningene mine er empirinære.

4.1 Dokumentasjon av VAS – en kvalitetssikring

Sykepleierne i materialet syntes å ha god kunnskap om smertekartlegging ved bruk av VAS. De fortalte å ha lært om dette gjennom andre sykepleiere på avdelingen eller på internundervisninger. I materialet fortalte alle sykepleierne at de opplevde det som positivt og motiverende og bruke VAS. Når det fremstod som positivt og motiverende var det fordi de mente VAS lot dem kvalitetssikre arbeidet sitt. Det de vektla som viktige aspekter med kvalitetssikring var at de kunne dokumentere pasientens smerter ved hjelp av VAS i den elektroniske pasientjournalen. På den måten ble pasientens VAS rapportering, deres egne vurderinger og de tiltakene de hadde iverksatt synliggjort både for andre sykepleiere, leger og andre profesjoner som hadde et behandlingsansvar ovenfor pasienten. Anna beskrev sin opplevelse av når hun opplevde det som positivt å bruke VAS slik:

«Ved at jeg dokumenterer smertene ved hjelp av VAS viser jeg liksom hvordan jeg har kartlagt smertene og at jeg har brukt VAS. Så blir det jo lettere for andre å forstå den prosessen. Jeg føler jo da at jeg har gjort en optimal jobb som jeg kan vise frem for andre»

Annas utsagn viser at når hun dokumenterte smerter ved bruk av VAS gjorde det at hun følte at hun hadde gjort en god jobb. Denne jobben opplevde hun som å være av god kvalitet og hun mente også andre ville anse det som å være kvalitetsmessig godt.

I tillegg fremstilte sykepleierne det som en ryddig og forståelig måte og synliggjøre også for dem selv hvilke tiltak de hadde iverksatt og effekten av dem. For eksempel hvilken effekt gitt smertelindring hadde hatt. Bente beskrev dette slik:

«Det gjør det jo lettere for meg selv også når jeg sitter der og skal skrive rapporten. Så får jeg jo tenkt igjennom alt trinn for trinn, det jeg har gitt og virkningen det hadde eller ikke hadde»

Bente forteller her at hun opplevde det å skrive en grundig rapport som en systematisk gjennomgang av smertekartleggingen hun hadde gjort. Det gav henne muligheten til å oppsummere og vise både for seg selv og andre at hun hadde brukt VAS, hvordan hun hadde brukt det og hvilke VAS rapporteringer pasienten hadde gitt henne. I tillegg kunne hun dokumentere hvilken smertelindring og dosering som var blitt gitt og i hvilken grad pasientens VAS rapporteringer viste til at smertenivået sank som følge av dette. Det var en felles enighet blant alle sykepleierne at en slik dokumentasjon av VAS, lik den Bente beskrev, gjorde at arbeidet deres ble synliggjort på en god måte. Dette ble av flere omtalt som den optimale måten å kartlegge smerter på.

Dina mente at «...man slipper jo mye dobbeltarbeid dersom den før deg har dokumentert og forklart det godt nok» Med hensyn til at den neste sykepleieren som kom på vakt hadde lest rapporten, mente sykepleierne at hun ville slippe å måtte gjøre den samme prøve og feile metoden med smertelindringen som pleieren før henne hadde gjort. Sykepleierne fortalte at ved å lese slike utfyllende dokumenter kunne de mye raskere danne seg et helhetlig bilde av hvilke tiltak som var utprøvd og hva som hadde best virkning av smertelindrende medikamenter for nettopp denne pasienten.

Når sykepleierne gjorde en smertevurdering ved hjelp av VAS fremstilte de det som ryddig og oversiktlig og at det ga dem en pekepinn på hvilket nivå av smertelindring de burde legge seg på. Samt at de mente VAS var en oversiktlig måte og kontrollere virkningen av gitt smertelindring. Bente forklarte hva hun oppfattet som fordelaktig og ryddig med å bruke VAS slik:

«VAS er jo en fin på den måten at den sier jo litt om hvilken smertelindring jeg bør gå for. Den forteller meg jo at pasienten rangerer sine smerter til et bestemt tall, også kan jeg velge smertestillende ut i fra det tallet han sier. I tillegg er det jo en fin måte å se om det har hatt effekt det han har fått.»

Bente forteller her hva det betyr for henne at hun kan kvalitetssikre arbeidet sitt ved at VAS gjorde det enklere for henne å velge hvilket nivå av smertestillende hun burde starte med. VAS tillater henne og synliggjøre for seg selv og andre de opplysninger hun har innhentet fra pasienten. Samt hvilke valg hun har tatt for smertelindring.

I materialet fremstilte alle sykepleierne det som en stor fordel at VAS gjorde det lettere og kommunisere om smerter både innad sitt eget fagfelt, men også på tvers av fagfeltene (leger, fysioterapeuter, anestesileger). Dina fortalte dette slik: *«når jeg bruker VAS så får jeg jo oppgitt ett tall fra pasienten, dette tallet gjør det utrolig mye enklere å snakke med andre sykepleiere eller leger om smertene hans.»* Ut i fra det Dina sier så hjalp VAS henne å kommunisere om smerter. Dette lettet jobben hennes i å formidle videre både gjennom muntlig og skriftlig rapport om hvordan hun hadde brukt VAS og hvordan hun hadde handlet ut i fra VAS. I tillegg vektla Dina at det fremstod som et krav fra eksempelvis leger og anestesipersonell at sykepleierne hadde brukt VAS før hun kontaktet dem for hjelp eller konsultasjoner vedrørende pasientens smertebehandling.

Sykepleierne fortalte at de opplevde det å kommunisere eller dokumentere tall som lettvint når de skulle forklare smertene for andre eller dokumentere dem i journalen. Dette ble opplevd som enklere og bedre enn å forklare smertene med egne ord og uttrykk. Dette fremstod også som positivt i forhold til sykepleierens tanker om å kvalitetssikre smertevurderingene de gjorde ettersom det lettet samhandlingen innad egen profesjon og med andre profesjoner. Anna beskrev dette slik: *«Du føler at det hele er litt mer proft når du har et tall å fortelle dem istedenfor at du skal forklare med sine egne ord hvordan smerter pasienten har.»* Anna forteller her at hun opplevde VAS som et godt verktøy når hun skulle samhandle med andre om pasienten vedrørende hans smerter. Hun fremstilte VAS som profesjonelt i og med at det forenklet kommunikasjonen og sentrerte det til å handle om ett tall. Istedenfor at hun skulle brukt sine egne ord for å beskrive smertene. Dette gjaldt også når hun skulle

dokumentere smerter ved hjelp av egne ord. Hvilket hun følte ville ikke bli oppfattet som en like profesjonell måte å omtale smerter på.

I materialet fremkommer det at VAS var positivt for sykepleierne og at det ga dem en innsikt i hvordan pasienten opplevde smertene sine. Cecilie beskrev sin erfaring slik «...skalaen gir meg en bedre mulighet til å dokumentere smertene, og gir jo i tillegg en innsikt i hvordan pasienten opplevelse av dem.»

4.2 VAS – forventet opplevelse av smerter

Det fremstod som en felles forståelse blant alle sykepleierne i studien at smerter var individuelt og at pasienten var den eneste som fullt ut kunne vite hvordan smertene opplevdes. Beskrevet med Dinas ord: «*Det er jo kun akkurat den pasienten som vet hvor vondt han har, det er jo en veldig subjektiv opplevelse dette med smerter.*»

Sykepleierne oppga videre å bruke VAS til pasienter som var nyopererte. Cecilie gir her en god beskrivelse av hvilke pasienter som ble operert ved avdelingen og deres variasjon i smertenivå:

«Alle som kommer innom her skal jo gjøre en eller annen operasjon. Enten det er nytt kne eller hofte eller ett brudd. Noen får vondt etterpå og andre merker ingenting. Det er veldig varierende hvor mye eller lite smerter de får»

Cecilies forteller om at smerter etter et kirurgisk inngrep varierte sterkt fra pasient til pasient. I intervjumaterialet fortalte sykepleierne at det i størst grad var de nyopererte pasientene som ble brukt VAS på. Men de fortalte også at det å være nyoperert ikke nødvendigvis betydde at pasienten hadde smerter. Derfor var det forventet grad av smerter eller synlige tegn til smerter hos de nyopererte som var den avgjørende faktoren for hvorvidt VAS ble brukt eller ikke. Anna fortalte dette slik: «*Jeg bruker spesielt VAS til nyopererte pasienter, de pleier å få veldig vondt. Hvis jeg ser at de har vondt ber jeg de benevne hvor på VAS skalaen de mener å ligge»*

Anna forteller her at hun visste av erfaring at nyopererte var i faresonen for å få smerter, men det var likevel ikke alle nyopererte hun brukte VAS på. Hennes erfaringer tilsa at ikke alle pasienter viste tegn til smerter postoperativ, noe hun tolket som at de ikke hadde smerter siden de ikke utrykte dem. Hun fortalte at hun måtte i første omgang se at vedkommende hadde sterke smerter før hun tok i bruk VAS skalaen. Cecilies beskrivelser av når hun brukte VAS er med på å belyse dette ytterligere:

«Jeg tenker jo litt på hva de har fått gjort, hvilken operasjon de har vært gjennom. Kne pasienter, eller de med ankelbrudd har det vondt etterpå. Jeg bruker det ikke til absolutt alle pasienter, men hvis jeg ser at de har vondt så spør jeg om VAS».

Cecilie forteller her at hun gjorde seg visse tanker og vurderinger når hun stod ovenfor en nyoperert pasient som hadde smerter, men at det som avgjorde hvorvidt hun benyttet seg av VAS var om pasienten viste tegn på sterke smerter. Hun vektla også hvilken type operasjon vedkommende hadde gjennomgått. Hun hadde også gjort seg noen tanker og erfaringer vedrørende hva som var vonde operasjoner og hva som var mindre vonde operasjoner.

Intervjumaterialet viser også at VAS ble brukt til pasienter som sykepleierne forventet skulle få vondt. For eksempel de som skulle kobles av smertepumper eller som hadde gjennomgått store kirurgiske inngrep. Her bærer materialet preg av at sykepleierne gjerne var litt i forkant og spurte pasienten om VAS jevnlig. Cecilies beskrivelse er med på å belyse dette videre:

«Når jeg skal koble en pasient fra smertepumpen som han har hatt i mange dager da forventer jeg jo at han kommer til å få vondt. Nesten alle gjør det, i hvert fall om de har vært hel nummen mens de har hatt smertepumpe»

Cecilies utsagn kan forstås som at hun hadde erfaring med hvilke situasjoner som var smertefulle og når pasienten kom til å få vondt. Denne erfaringen gjorde at hun valgte å være i forkant med å bruke VAS for å kartlegge smertene. Materialet viser at sykepleierne brukte VAS, men de brukte det når de selv så at pasienten hadde sterke smerter. To av sykepleierne mente erfaringsmessig at smertene steg i takt med størrelsen på inngrepet eller skadeomfanget og de mente da det var viktig å benytte skalaen. Bente fortalte følgende:

«Jeg bruker det ikke på alle pasienter, men spesielt på nyopererte som har gjennomgått mye og lange inngrep. Og hvis jeg ser at noen har veldig vondt, de som har mange beinbrudd for eksempel. Da ber jeg de benevne hvor på VAS skalaen de ligger. Og hvis de da har 8 på VAS skalaen gir jeg Morfin også ser jeg derifra hvordan den går nedover, også gir jeg dem smertelindring etter hvert som jeg ser at de går ned i VAS.»

Bente forteller her om sin erfaring med pasienter som hadde gjennomgått mange operasjoner eller hadde store skader. Dette gjorde at hun forventet at vedkommende kom til å få sterke smerter og derfor var hun i forkant med å bruke VAS. Bentes sitat viser også til at VAS i varierende grad også ble brukt for å undersøke hvorvidt smertelindringen hun hadde gitt hadde hatt effekt. Igjen er det en gjennomgående faktor i intervjumaterialet at dette kun gjaldt når pasienten hadde sterke smerter. Sykepleierne brukte kun VAS for å kontrollere effekten i de tilfellene hvor de gav opiater og ble stående ved pasientens side over lengre tid for å gi medikamentet slik som i Bentes sitat. VAS ble i varierende grad brukt for å kontrollere effekten av gitt smertelindring i de tilfellene små doser ble gitt slik som for eksempel Anna fremstilte det:

«Det er altfor sjeldent at jeg går tilbake og spør pasienten om han hadde noen virkning av de smertestillende jeg ga han, særlig om han bare har fått litt. Dersom jeg ikke hører noe mer fra han antar jeg på en måte at alt er greit»

4.3 VAS – Skjønnsmessig vurdering av smerter

Ovenfor har jeg belyst funn som viser at smertene måtte være av høy intensitet for at sykepleierne skulle bruke VAS. Det fremkom også at avgjørelsen på hvorvidt sykepleierne brukte VAS eller ikke hadde sammenheng med om de kunne se tegn på smerter hos pasienten. Dette vil jeg belyse videre her.

Det fremstår i intervjumaterialet som viktig for alle sykepleierne at de kunne se tegn på smerter hos pasientene. Smertevurderingen startet alltid med at sykepleierne observerte. Dina beskrev dette slik *«Jeg bruker alltid VAS hvis jeg ser tegn til at pasienten har sterke smerter,*

jeg observerer alltid først for å få et bilde på hvor vondt de har det, deretter spør jeg om VAS» Dina forteller her at de observasjonene hun gjorde seg var avgjørende for hvorvidt hun brukte eller ikke brukte VAS. Observasjoner sykepleierne anså som tegn på smerter kunne eksempelvis være et plaget ansiktsuttrykk, at pasienten kløp seg fast i sengegjerdet, hadde vansker med mobilisering eller hadde knyttede never og var tydelig anspent. De kunne også vektlegge vitale tegn som for eksempel høy puls, overfladisk pust og økt respirasjonsfrekvens. De mente at et forhøyet blodtrykk også var en god indikator på at pasienten hadde smerter. Anna forklarte hvordan hun observert slik:

«Når jeg kommer inn til pasienten så ser jeg jo med en gang om han har vondt, som regel så viser de jo tegn på det. For eksempelet forpint ansiktsuttrykk eller at de har den der rynken i panna. Også ser jeg jo litt på pusten og pulsen...»

Anna forteller her hvordan hun opplevde at pasienter med sterke smerter oppførte seg og så ut. Disse observasjonene gjorde at hun valgte å bruke smerteskalaen for å kartlegge smertene. Også Bente forteller *«Du ser det jo på dem når de har skikkelig vondt, de ligger og vrir seg i senga eller sånt, da er det fort gjort å spørre om VAS og få et nøyaktig bilde av smertene hans»*. Bentes sitat forteller at det hun umiddelbart så av tegn på smerter når hun kom inn til pasienten var med på å danne et bilde for henne om pasientens smerteintensitet. Noe som fikk henne til å bruke VAS fordi hun anså det som en rask og effektiv måte å få kartlagt pasientens smerteintensitet.

Intervjumaterialet viser at sykepleierne opplevde VAS som et godt verktøy når deres egen smertevurdering i form av de observasjoner de gjorde stemte overens med pasientens smerterapportering. De hadde da ingen problemer med å smertelindre ut i fra hans VAS. Bente beskrev dette slik *«Noen ganger er det jo ingen tvil om at den VAS pasienten har, den har han!»* Det interessante er at sykepleierne fremstiller disse situasjonene som optimale, men likevel sjeldne tilfeller. Dersom de kunne se en sammenheng mellom det pasienten sa og det de selv observert av ytre tegn på smerter var dette med på å legitimere at pasientens VAS var aktuell og viktig å handle ut i fra. Den ble da fremstilt som meningsfull for sykepleierne. Cecilie beskrev dette slik: *«Når VAS stemmer overens med det jeg ser så tenker jeg ikke så mye mer på det. Det bare stemmer.»*

Når pasientens VAS rapporteringer og sykepleiernes observasjoner derimot ikke stemte overens viser intervjumaterialet noe annet. Dersom indikatorene på sterke smerter var til stede brukte sykepleierne fremdeles VAS. Men intervjumaterialet viser at det ikke var en selvfølge at pasientens VAS rapporteringer ble fulgt opp og vektlagt i den videre smertebehandlingen.

Materialet bærer preg av at det finnes visse motsetningsforhold i forhold til at sykepleierne ikke alltid fant en sammenheng mellom pasientens individuelle oppfatning av sine smerter og de det selv kunne se med sitt faglige blikk. I intervjumaterialet fremkommer det at sykepleierne forventet en karakteristisk oppførsel av alle som hadde smerter og i den grad denne oppførselen og pasientens VAS rapportering ikke samsvarte, ble VAS ansett som å være vanskelig eller ikke hensiktsmessig å bruke. Denne karakteristiske oppførselen er beskrevet av Anna slik: *«Jeg ser jo litt på ansiktuttrykket, hvordan de ligger i senga, ja at de oppfører som at de har vondt. Deretter tenker jeg litt på pusten, om pulsen er høy...»* Anna observerte at pasienten hadde et plaget ansiktuttrykk og en væremåte som i hennes øyne var forenelig med å ha smerter, i tillegg merket hun seg pusten og pulsen til pasienten som hun også anså som indikatorer på at smertene var sterke.

Sykepleierne presenterte i intervjumaterialet en rekke eksempler på når de opplevde at det var komplisert å gjennomføre bruken av VAS i den videre smertevurderingsprosessen. Dina beskrev et tilfelle slik:

« ... når pasienten sier at han har en VAS på 8 eller 9 når du kommer inn til han, så ligger han der og leser Donald, eller ler sammen med besøkende. Det henger liksom ikke helt på greip at han da skal ha så vondt og klare å gjøre disse tingene»

Cecilie følte det var vanskelig å gjennomføre bruken av VAS når *«...smerterapporteringene hele tiden er 10, eller 0. De ligger liksom aldri imellom der. Plutselig har de vondt og plutselig er de smertefri.»*

Både Cecilie og Dina hadde i sine utsagn i utgangspunktet brukt VAS, men på grunn av det som møtte Dina når hun kom inn på pasientrommet valgte hun og ikke vektlegge VAS. Pasienten lo, eller snakket med besøkende og oppførte seg overhodet ikke som om han skulle trenge sterke opiater. Det avvek fra den karakteristiske smerte oppførselen. Cecilie fant det

vanskelig når pasienten alltid rapporterte å være ved et av ytterpunktene av skalaen, aldri midt i mellom. Noe hun mente var usannsynlig og derfor gjorde det vanskelig for henne å forstå pasientens opplevelse av smerteintensitet. Anna fortalte om dette:

«Jeg har jo flere ganger fått høre hos pasienter at de har minst 10 på smerteskalaen, men når du kommer inn til dem så trykker de på telefonen er sprudlende glade og forteller at nå trenger de smertestillende fordi de skal gå ned i kiosken».

Anna forteller her at hennes forventninger om hva det vil si å ha en 10'er på smerteskalaen ikke ble oppfylt på grunn av at pasienten ikke viste noen tegn til at han hadde så vondt som han hevdet. Han planla frem i tid og skulle gå ned i kiosken for å møte venner. Dette mente ikke Anna var forenelig med å ha en 10'er på smerteskalaen.

I intervjumaterialet beskrev sykepleierne at de vektla samsvar mellom smertescore og synlige tegn på smerter. Gjennom sykepleiernes uttalelser fremkom det at deres tidligere erfaringer med bruk av VAS og smertelindring ut i fra skalaen var viktige for dem. De hadde erfaringer med hva som skulle ligge til rette i en smertevurderingssituasjon for at vurderingene skulle være troverdige og nyttige. De satte krav til at enkelte aspekter måtte være på plass for at VAS skulle kunne ha en nytteeffekt. Disse kravene ble i materialet fremstilt som at smertene måtte på et vis være synlige eller bære i seg andre indikatorer som understøttet pasientens VAS rapportering. Dette ble fremstilt av sykepleierne som enten observasjoner de gjorde eller målinger, puls, pust eller blodtrykk. I mitt materiale fremkom det aldri noen tvil blant sykepleierne på at pasienten hadde smerter, men at deres erfaring hadde gjort dem litt tilbakeholdne når det kom til å fullt ut tro på smerterapporteringene til pasientene. Anna beskriver dette slik. *«De fleste som kommer innom her har jo, eller får jo smerter, men når jeg skal vurdere de så har jeg jo en del erfaring som jeg mener er viktig å vektlegge».* Annas erfaring tilsa at de fleste pasienter hadde smerter etter kirurgiske inngrep og at hennes erfaring med å smertelindre og vurdere smerter hos ortopediske pasienter var viktig for henne. Denne erfaringen var felles hos alle sykepleierne i materialet. Sykepleierne fremstilte det som deres ansvar å ivareta pasienten fordi det var de som har ansvaret for den daglige pleien. Dermed var det også de som var ansvarlige dersom noe skulle gå galt.

I intervjumaterialet viser sykepleierne til hvilke erfaringer de hadde gjort seg med å tro fullt og helt på den VAS rapporteringen pasienten gir og ved å smertelindre ut i fra dem. Anna forklarte dette slik:

«Man er jo redd for å gi for mye, det vet jeg at vi alle er. Plutselig tipper det over og du mister pasienten. Det er skikkelig ekkelt og jeg vil aldri oppleve noe slikt igjen noensinne. Huff...»

Det fremkom ikke som en generell frykt hos sykepleierne å gi sterke opiater, men alle sykepleierne oppga å ha stått i minst en situasjon hvor det hadde blitt gitt for mye smertestillende. Konsekvensene av dette hadde blitt opplevd som særdeles ubehagelige for alle. Redsel for pasientens liv stod i fokus dersom de blindt skulle stole på pasientens VAS rapporteringer. En annen frykt var at slike livstruende tabber ville bli deres feil.

Konsekvensene av slike feil ble opplevd som svært skremmende for dem. Sykepleierne fortalte at det var de som stod nærmest pasienten. Selv om det ikke var de som hadde bestemt hvilke smertestillende som skulle gis, var det likevel de som administrerte de og derfor ville det i deres oppfatning bli deres feil om noe gikk galt. Cecilie utdyper dette ytterligere. *«Jeg er jo først og fremst redd for pasienten sin del, for at han skal få for mye. Jeg vil ikke klart å ha det på samvittigheten at jeg har forårsaket noe sånt»*

Dette fremstår som den primære redselen i materialet når det kommer til å stole på smerterapporteringer. En annen bekymring som Cecilie presenterte var:

«Når en pasient hele tiden har vondt og ber om mer og mer og mer smertestillende over mange dager så blir jeg litt betenkt Tenk om jeg blir årsaken til at han blir avhengig av disse sakene!»

Cecilie forteller her hvilke tanker hun gjorde seg når en pasient over mange dager ba om smertestillende, når pasienten ikke syntes å oppnå noen effekt av dem ble hun usikker på om det er et avhengighetsproblem i emning. Hun var også redd for at pasienten skulle bli avhengig av sterke smertestillende og at dette kom til å være hennes feil fordi hun hadde gitt han så mye. Cecilie fortalte også om de tilfellene hvor pasientene viste tydelige tegn på smerter, men oppgav ingen eller svært lav VAS. *«Det er helt tydelig at de har vondt, men de vil ikke ha noe»*. Cecilie forteller her om de gangene tilfellet var at hun hadde observert tegn

på sterke smerter, men pasienten hadde benektet smerter eller angitt en svært lav VAS. En omvendt situasjon hvor hun tenkte at smertelindring var nødvendig, mens pasienten mente dette ikke var nødvendig.

Sykepleierne viste gjennom intervjumaterialet at de forstod at observasjoner og VAS ikke nødvendigvis hang sammen. Deres observasjoner av vitale tegn på smerter ble ikke fremstilt som sikre indikatorer på at smertene var av den grad pasienten formidlet. Slik som Bente fortalte *« jeg skjønner jo at man kan ha smerter uten å vise de kliniske tegnene til det, så det prøver jeg å ha i bakhodet»* Bente forteller her at hun visste at smerter ikke nødvendigvis var ledsaget av synlige tegn på smerter. Likevel fant hun det vanskelig og smertelindre ut i fra pasientens VAS rapportering med mindre hun hadde noen kliniske tegn på smerter å knytte de opp mot.

4.4 VAS - kommunikasjon, tillit og tid

Det fremkommer av intervjumaterialet at sykepleierne mente visse forutsetninger måtte ligge til grunn for at VAS skulle brukes. Disse forutsetningene var kommunikasjon, tillit og tid. Jeg vil videre belyse disse punktene hver for seg selv om de i intervjumaterialet fremstod som avhengige av hverandre.

Kommunikasjon

Kommunikasjon ble fremstilt som en viktig forutsetning for bruk av VAS. Hovedgrunnen til det var fordi de i hovedsak innhentet VAS rapporteringer verbalt. Bente beskrev hennes tanker om hvorfor kommunikasjon var viktig: *« Å føre en dialog om smertene er viktig, da må man jo kunne snakke sammen, og forstå hverandre.»* Kommunikasjon fremstiltes som den beste måten for sykepleieren og få et innblikk i smertene til pasienten. En annen fordel med god kommunikasjon er her presentert av Anna:

«...Han forklarte det så fornuftig «Det verste jeg vet må jo være en tier og dette er jo ikke så ille, det er kanskje bare en sekser på skalaen». Da virker det jo som om han har forstått skalaen.»

Anna følte at på grunn av at pasienten forklarte og resonnererte rundt smertene sine og skalaen, følte hun at han forstod hvordan skalaen skulle brukes og hva de ulike tallene langs tallinja representerte. Anna opplevde det som positivt når pasienten lot henne følge tankegangen sin på denne måten og få innsyn i hvordan han tenkte rundt smertene sine og hvordan han ville plassere dem på skalaen. Det gav henne en formening om at han hadde forstått hvordan VAS skulle brukes og at hun og pasienten hadde en felles forståelse av skalaen. At sykepleier og pasient kunne kommunisere sammen ble av alle sykepleierne vektlagt som viktig for bruken av VAS fordi det hjalp dem å få innsikt i pasientens smerteopplevelse.

Kommunikasjon var vektlagt i de tilfellene sykepleierne opplevde at pasientens VAS rapporteringer og hennes observasjoner var ulike. Cecilie beskrev dette slik:

«Den pasienten som hele tiden sier VAS 10, men likevel kan bli funnet sovende i senga, han har kanskje ikke 10 allikevel. Og da må vi jo snakke sammen om smertene og skalaen. Hva er 0 eller 10 for han og hva er 0 eller 10 for meg

Cecilie forteller her at hun mener god kommunikasjon mellom henne og pasienten er viktig for at hun skal kunne forklare skalaen og for å forsikre seg om at pasienten har forstått den riktig. Når hun stod ovenfor et tilfelle hvor hun opplevde liten eller ingen sammenheng mellom sine egne observasjoner og den smerten pasienten hevdet å ha, var det gjennom samtale med han at hun forsikret seg om at pasienten faktisk forstod betydningen av den VAS han oppgav. Cecilies sitat fortsatte med *«...dersom han ikke forstår skalaen er det jo heller ingen vits i å bruke den.»*

I de tilfellene kommunikasjonen var manglende, eller av dårlig kvalitet, som for eksempel ved demente pasienter som ikke klarte å uttrykke smertene sine på en adekvat måte, vurderte sykepleierne det til at VAS ikke kunne brukes. 3 av sykepleierne oppgav at de aldri engang hadde vurdert å prøve å bruke VAS på slike pasienter som Cecilie fortalte *«Jeg bruker det aldri til demente, jeg tror faktisk ikke engang at jeg har prøvd.»* Dette var fordi de mente demente pasienter ikke hadde evnen til å forstå skalaen og at de derfor mente at det heller ikke hjalp å forklare den dem. Dina beskrev hennes opplevelse av utfordringene med å bruke VAS til demente og hva hun isteden mente var relevant å vektlegge fremfor VAS:

«...der synes jeg det er best å ty til andre metoder. Se på mimikk og bevegelse for eksempel. De klarer ikke å forstå skalaen virker det som. På samme vis som de har vansker med å forstå hva som skjer med dem. De forstår kanskje ikke at det er smerter de føler. Det er så vanskelig å snakke med dem om smerter.»

Her forteller Dina at hun ikke kom noen steder verken med å bruke skala eller med å snakke med pasienten om smertene. Det hun imidlertid stolte på og det hun baserte sine observasjoner på, var det hun kunne se på pasienten, mimikk, kroppsspråk og den dementes evne til og bevege seg samt hvordan han beveget seg. Dette opplevde hun som den beste måten å kartlegge smerter på hos demente.

Demente var ikke den eneste pasientgruppen hvor sykepleierne opplevde at kommunikasjonen var et problem. I intervjumaterialet forteller sykepleierne at de opplevde tilsvarende problemer med pasienter med psykiske lidelser og pasienter med rusmisbruk. Dessverre kom ikke informantene nærmere inn på hvorfor de anså pasienter med psykiske lidelser som utfordrende å kommunisere med. Når det gjaldt rusmisbrukere beskrev Dina sin opplevelse slik:

«Det er ikke så lett å snakke med dem om smerter, fordi de virker bare å være ute etter å få mest mulig. Når du snakker med dem om smertene så får du ingen fornuftige svar. Det virker som rusuget er det fremste hos dem»

Dina forteller her at problemet med kommunikasjonen var at sykepleieren ikke fant det rusmisbrukeren snakket om som å ha relevans til smertene og at derfor var ikke forutsetningen for bruk av VAS tilstede. Å få stilt rusuget ble oppfattet som det pasienten snakket om, ikke om smertene sine.

Tillit

Bente beskriver at «...tid og tillit er ting som må være på plass for at skalaen skal kunne brukes godt. Det var viktig for Bente at det ikke bare var hun som skulle ha tillit til pasienten, han måtte også ha tillit til henne. «Han må jo kunne stole på meg og jeg på han» Et gjensidig tillitsforhold for Bente betydde at hun kunne stole på at de VAS rapporteringene hun fikk fra

pasienten var reelle og vise versa måtte pasienten kunne stole på at hun smertelindret ut i fra den VAS han oppgav.

Bente fortalte videre at hun opplevde at dette tillitsforholdet ble satt på prøve når hun kom inn til pasienten og det hun så ikke stemte overens med hans VAS rapporteringer «...*på en måte mister jeg jo litt tilliten til pasienten, eller jeg mister vel ikke tilliten, men jeg prøver å forklare han og forsikre meg om at han har oppfattet skalaen rett.*» Bente forteller her om den usikkerheten som møtte henne når hun kom inn til pasienten og førte til at hun stod i fare for å mistro pasienten og den VAS han oppgav. Han oppga en høy VAS, men Bente kunne ikke se noen tegn til at han hadde så vondt som det han ga uttrykk for. Dette gjorde at hun valgte å undersøke om pasienten hadde forstått skalaen. Dersom smerterapporteringen ikke ble endret til noe mer sannsynlig valgte hun og ikke å vektlegge VAS, men isteden smertelindre ut i fra det hun selv observerte og sine egne vurderinger av hans smertenivå. Videre forteller Bente:

«Jeg gir han jo en sjanse til, men hvis han fremdeles angir en høy VAS og klarer å komme seg inn og ut av senga selv, går uten å halte og sånt. Så tenker jeg jo at her er det noe en av oss ikke skjønner. Jeg forbinder jo ikke VAS 8 med å kunne klare slike aktiviteter og ut i fra hvordan jeg har forklart skalaen til han så regner jeg jo med at han forstår at 8 ikke er så langt unna 10 og at det virker uforsvarlig å gi han så mye og sterke smertestillende når han virker så oppgående og upåvirket av smerter»

Tilliten Bente beskriver er ikke bare forstått ut i fra pasientens utsagn, men også hvorvidt hans oppførsel tilsier at dette er troverdig.

Dina forteller om sin opplevelse av når tilliten blir satt på prøve:

«Det er jo en ting hva de sier og hvordan de uttrykker det. Dersom jeg ikke tror at han har så vondt som det han sier så pleier jeg å snakke litt med dem, høre hvordan de egentlig har det. Ofte kommer jeg frem til at jeg ikke skal gi morfin allikevel fordi pasienten ligger der og er opptatt av andre ting og det ikke virker som om smertene plager han i det hele tatt.»

Dina hadde her brukt VAS, men mente ikke at den VAS rapporteringen pasienten hadde gitt gjenspeilet hans faktiske smertenivå på grunn av at hun ikke kunne observere noen tegn på

smerter hos han. Hun gjorde da videre observasjoner og vurderinger ved å spørre pasienten rundt hans smerter. De svar hun fikk gjennom samtalen var med på å endre hennes forståelse av hans smerter og påvirket hvorvidt hun skulle tro på det pasienten sa som smertene sine. Når smerterapporteringene var høye uten at sykepleierne kunne observere at pasienten faktisk hadde så vondt som han påstod, følte de at dette tillitsforholdet vaklet.

«Jeg ønsker jo å tro dem, men jeg føler at jeg er på litt tynn is når det ikke finnes andre holdepunkter». Cecilie forteller her om hennes ønske og vilje til å tro pasienten, men at hun finner det litt for risikabelt. Hun visste konsekvensene av å gi smertelindring utelukkende ut ifra VAS. Cecilie ønsket derfor å finne andre holdepunkter for at disse smertene virkelig var av den grad pasienten uttrykte. Når disse holdepunktene ikke eksisterte ble det satt spørsmål ved pasientens troverdighet.

Sykepleierne beskriver i materialet at de fant det vanskelig å ha tillit til rusmisbrukere som var avhengige av narkotiske midler. Bente forklarte:

«Jeg har det liksom hele tiden i bakhodet at de bare er ute etter mer, de vet at vi sitter på store mengder morfin og sånn. Samtidig så er det så vanskelig å se andre tegn på smerter hos dem. De er vanskelige å forstå i det hele tatt».

Bente beskriver hennes problemer med å opprette et tillitsforhold til pasienter som er rusavhengige. Hun opplevde det som problematisk fordi hun ikke forstod pasienten og fordi hun hadde en oppfatning av at rusmisbrukere var ute etter smertestillende for rusen sin del. Hun hadde derfor vansker med å skille mellom rusbehov og behov for smertelindring. Dina beskrev sine erfaringer med bruk av VAS til rusmisbrukere slik:

«De oppgir 9 eller 10 og ser ut som om de har det helt fint. De er jo vant med sterke midler. Jeg vet jo ikke hva jeg lindrer. Egentlig må vi jo både lindre avhengigheten og smertene, men det er vanskelig».

Dina beskrev at hun fant det vanskelig å bruke VAS til rusmisbrukere fordi det var problematisk og skille mellom abstinenser og smerter.

Tid

I intervjumaterialet forteller sykepleierne om tidsproblematikken i løpet av arbeidsdagen. Dette mente de var en stor årsak til at VAS ikke ble brukt oftere fordi det var regnet som en oppgave som kunne være tidkrevende. I noen tilfeller hadde ikke sykepleierne selv mulighet til å spørre pasienten om VAS fordi de var opptatt med andre oppgaver. Derfor hendte det ofte at de fikk beskjed fra andre pleiere om pasientens tilstand og at de ut i fra det de sa foretok en vurdering på det. Anna sa: *«Det holder ofte at jeg bare får høre fra noen andre at nå har han på 16 så vondt. Har jeg tid så går jeg inn og spør om VAS hvis ikke tar jeg med meg det jeg tror jeg kommer til å trenge»*. Anna forteller her at hun ikke alltid følte hun hadde tid nok til at hun selv skulle kartlegge smertene og innhente VAS rapporteringer fra pasienten. På grunn av dårlig tid rakk hun ikke å snakke med pasienten om smertene før hun smertelindret han. Hun fikk høre fra andre pleiere (assistenter, hjelpepleiere o.l) at vedkommende hadde smerter og hun tok med seg det hun trodde hun kom til å trenge for å smertelindre han. Cecilie belyser dette ytterligere når hun sier *« Vi har jo så mange andre ting som MÅ prioriteres før rapporten, å spørre om VAS blir liksom ikke prioritert. Det er heller ikke en rutine på avdelingen»*. Cecilie forteller om en hverdag med mange arbeidsoppgaver hvor flere av dem er mer viktige å få unnagjort enn å bruke VAS. Cecilie beskrev de oppgavene og rutinene hun måtte prioritere som oppgaver som *«...må være i rute og gjort til bestemte tidspunkter»*. For eksempel medisinrunder, legevisitt, sårstell og undersøkelser (som for eksempel røntgen).

Bruk av VAS ble av tidsmessige hensyn nedprioritert når sykepleierne hadde andre arbeidsoppgaver som de anså for viktige å få unnagjort før vaktskiftet. Dina mente at pasientenes behov vedrørende smertelindring ble ivaretatt uansett om VAS ble brukt eller ikke: *«Det er jo ingen av pasientene som dauer bare fordi du ikke har brukt smerteskalaen på å kartlegge smertene deres. De får jo smertestillende uansett om vi har spurt om VAS eller ikke»*. Dinas utsagn kan tyde på at hun anser det som en viktig arbeidsoppgave og gi smertelindring, men å bruke VAS for å kartlegge smertene er ikke like viktig.

Anna forteller:

«Jeg prioriterer jo alltid å gi dem smertelindring selv om jeg har det travelt. Får jeg høre at en pasient har vondt så slipper jeg jo det jeg holder på meg og går for å hente smertestillende, men det er ikke alltid jeg bruker skalaen. Ofte tenker jeg bare litt rundt situasjonen og hva som er sannsynlig».

Anna forteller her at i noen tilfeller prioriterte hun på grunn av tidsmangel ikke å gå inn og spørre pasienten om VAS. Hun gikk ut i fra omstendighetene rundt pasienten som for eksempel tidligere behov for smertestillende, når han hadde fått smertestillende sist, om han var nyoperert eller hadde vært gjennom hendelser som kunne tilsa at han kunne forventes å ha varierende grad av smerter. Hennes egen erfaring og refleksjoner rundt pasientens situasjon og smerteårsak lå til grunn for hvorfor hun mente en VAS rapportering var unødvendig i dette tilfellet som var preget av dårlig tid.

Bente fortalte at hun ofte på slutten av arbeidsdagen, når hun var ferdig med alle de andre arbeidsoppgavene sine kom til å tenke på at hun hadde glemt å bruke VAS:

«Av og til er man bare innom og drypper litt morfin på dem og så må man springe videre til neste. Jeg tar meg ofte i det når jeg sitter og skriver rapport at jeg verken før eller etter jeg ga smertestillende har spurt om VAS. Jeg har jo vært der inne (på pasientrommet) på grunn av andre ærend og gjøremål og siden pasienten da ikke har nevnt smerter har jeg bare antatt at han har det greit.»

Bentes sitat forteller om tidsmangel og at hun har måttet handle fort når hun skulle lindre smertene. Men hun har ikke fokusert på å få et subjektivt svar fra pasienten på hvor sterk smerte han har hatt. Dette kan forstås som at hun ikke helt vet hvor sterke smerter hun har lindret ut i fra VAS skalaen, men at hun har brukt skjønn og observert at pasienten faktisk har behov for smertelindring ut i fra den VAS han oppgir. Hun har i tillegg satset på at dersom hun ikke hørte noe mer fra pasienten var det sannsynlig at han hadde det smertemessig ok.

Dina beskrev at tid og kommunikasjon hang sammen:

«Du må jo ha tid til å snakke med pasienten. Det er jo ved å snakke med dem at jeg får en forståelse av smertene deres. Jeg tror også at jeg både vurderer og kartlegger bedre dersom jeg får tid på meg til å gjøre det grundig. Det blir ikke like overflatisk.»

Dina forteller her om sammenhengen mellom å ha tid til å gjennomføre en skikkelig samtale med pasienten. Hun mente denne sammenhengen var avgjørende for hvor godt utfallet av

hennes vurderinger ble. Dersom det var lite tid ble vurderingen av dårligere kvalitet enn dersom hun hadde god tid på seg.

5.0 DRØFTING

Jeg vil i dette kapittelet presentere funn fra analysen som er med på å belyse problemstillingen for oppgaven. Jeg vil deretter drøfte studiens funn opp i mot oppgavens teoretiske perspektiver og tidligere forskning på området.

5.1 Dokumentasjon av VAS er kvalitetssikrende

Mine funn viser at sykepleierne hadde god kunnskap om smertekartlegging og hvordan smertekartlegging ved hjelp av VAS ideelt sett skulle gjøres ut i fra hvordan teorien beskriver det. Det vil si at sykepleierne visste at de måtte spørre pasienten om hans smerter og involvere han i smertekartleggingsprosessen samt at de måtte dokumentere den smertescore pasienten ga, hvilke observasjoner de gjorde og tiltak de iverksatte. Når sykepleierne hadde brukt VAS på denne måten beskrev dette som den optimale måten å kartlegge smerter på. De mente da å ha gjort en god jobb som også andre (leger, sykepleiere) ville verdsette. De vektla det som en vesentlig del med bruk av VAS at de i tillegg til å innhente VAS rapporteringer fra pasientene også dokumenterte disse rapporteringene i journalen sammen med de tiltak de hadde iverksatt. Mine funn er både i tråd med McCaffery og Beebes (1996) beskrivelser av hvordan smertekartleggingen bør foregå for at smertebehandlingen skal være optimal, og med Heggedals (2006) beskrivelser av god sykepleiedokumentasjon. Derimot viser mine funn at denne idealstandard for smertekartlegging ikke fungerte like godt i praksis. Selv om det er denne metoden sykepleierne anser som optimal bruk av VAS, opptrer ikke slik bruk daglig og heller ikke til alle pasienter. Dette samsvarer med funn gjort av Layman Young (et al, 2006) hvor sykepleierne i stor grad hadde god kunnskap og positive holdninger til smertekartleggingsverktøy, men i praksis var det ikke alltid de mente det egnet seg like godt.

Mine funn viser at sykepleierne mente det var lettere å dokumentere smerter ved hjelp av VAS enn å beskrive pasientens smerter med sine egne ord og formuleringer. Det kan virke som at sykepleierne opplevde det som lettere å skrive en rapport hvor deres vurderinger og beslutninger var støttet opp av pasientens smerterapporteringer. Pasientens smerterapporteringer ble da «beviset» som stadfestet hans smerteintensitet og sykepleiernes vurderinger og tiltak ble avspeilet opp i mot pasientens VAS.

De opplevde det derimot som mindre kvalitetssikkert når de dokumenterte smertevurderinger gjort uten skalaen og hvor deres vurderinger kun var basert på observasjoner og skjønnsmessige smertevurderinger. Trolig fordi de da ikke hadde inkludert pasienten i smertekartleggingen, men det kan også være på grunn av at de opplevde det som vanskelig og redegjøre for skjønnen sitt. Heggedal (2006) skriver at språket i en pasientjournal ofte kan bære preg av et mekanisk og oppramsende språk hvor terminologi og medisinske begreper blir vektlagt fremfor sykepleierens eller pasientens perspektiv på situasjonen. Noe av grunnen til dette kan være utformingen av elektronisk pasientjournal. Dette kan være en forklaring på hvorfor sykepleierne mente smertevurderinger gjort med VAS var enklere å dokumentere enn skjønnsmessige vurderinger. Det kan også tyde på at sykepleierne verdsetter VAS som påstandskunnskap fordi de anser den som mer vitenskapelig anerkjent. Den krever derfor ingen stor utredning vedrørende dens innhold slik deres skjønn gjør. Det kan også tyde på at dagens journalsystem er mer tilrettelagt for eksempelvis dokumentasjon av VAS. Fordi VAS tilrettelegger for et språk med mer vitenskapelig preg enn det språket skjønnen kan dokumenteres med. Ut i fra mine funn i intervjumaterialet kan dette virke som noe positivt, fordi sykepleierne visste større grad hva de skulle dokumentere og hvordan. På den andre siden kan det også by på problemer når sykepleieren skal dokumentere smerter i en situasjon hvor hun enten ikke har brukt VAS, eller hun i tillegg til VAS må redegjøre for sine skjønnsmessige vurderinger og beslutninger ved hjelp av egne ord. Faren ved en slik situasjon er at sykepleierens skjønn blir usynlig i dokumentasjonen. Dersom de opplever det som vanskelig å belyse det faglige skjønnen i måten smertekartlegging gjøres på er det risiko for at skjønnen utelates helt.

Når det faglige skjønnen skal dokumenteres krever det at sykepleierne redegjør for sine skjønnsmessige vurderinger. De må forklare skjønnen med egne ord slik at det blir forståelig for andre kollegaer. Hvis vi anser VAS og dokumentasjon av VAS for å være preget av et vitenskapelig språk er dette «et språk som registrerer anonymt og kaldt, et språk som er rensset for de sanselige. Det er upersonlig objektivt, entydig presist, tomt for innhold» (Martinsen (1990 s. 75). Martinsen hevder videre at dagligspråket er mer på nivå med sykepleierhverdagen og derfor har en større presisjon enn vitenskapelig språk til å formidle det konkrete og komplekse med situasjoner hvor skjønnen i større grad er involvert. Det er et rikere språk som har høyere mening og større presisjon en det vitenskapelige. Språket er

presist nok på grunn av sin vidde til å kunne nyansere og være nøyaktig i sine beskrivelser (Martinsen 1990).

Dersom sykepleierne ikke klarer å redegjøre for sine skjønsmessige vurderinger når de skal dokumentere smerter kan det bety at mye verdifull informasjon risikerer å gå tapt. Spørsmålet er om det går tapt fordi sykepleierne ikke klarer å sette ord på det, fordi det er en del av deres tause kunnskap. Eller fordi de ikke føler det passer inn sammen med deres dokumentasjon av VAS. Ifølge Martinsen (1990) kan dette ha med språket vårt å gjøre fordi vi i den vestlige tradisjon er opplært «til at en type språk gir erkjennelse og at dette språket er vitenskapens begrepspråk som entydig og presist henviser til en fast virkelighet» (s 72). I det vitenskapelige språket har ordene en fastlagt betydning og dets omfang har visse grenser, målet med vitenskapelig språk er å bli permanent entydig og presist (Martinsen, 1990). Martinsen (1990) mener videre at det vitenskapelige språket ikke kan gripe om sykepleierens erfaringsverden. At det vitenskapelige språket og det hverdagslige språket ikke lar seg blande så lett kan føre til at mye viktig kunnskap vedrørende pasientens smerter kan bli utelatt fra dokumentasjonen. Det Martinsen (1990) sier samsvarer med mine funn hvor VAS rapporteringer i form av tall fremstilles som lettere å dokumentere enn skjønnet. Tallene på VAS skalaen har et vitenskapelig preg som entydig viser til pasientens smerteintensitet, men ikke mer. Skjønnet og de observasjoner, vurderinger og kunnskap som det bygger på, kan ikke uttrykkes gjennom dette vitenskapelige og standardiserte språket i form av tall på en fullgod måte.

Mine funn viser at sykepleierne mente god dokumentasjon hjalp dem å synliggjøre arbeidet sitt. Martinsen (1990) mener det er viktig at sykepleieren får synliggjort sine observasjoner. Selv om sykepleieren selv ikke forstår betydningen av det hun har sett, vil hennes skriftliggjøring av dette kunne bli lest av andre profesjoner som kan hente verdifull informasjon ut fra teksten. Synliggjøring av utført arbeid er et av hovedprinsippene med sykepleiedokumentasjon da det sikrer kvalitet og kontinuitet i sykepleien. Men bare dersom dokumentasjonen av arbeidet som er gjort er god nok (Heggedal, 2006). Dette krever at det som dokumenteres er av kvalitet. Sykepleierne erfarte dokumentasjon av pasientens smertescore i form av tall som kvalitetsmessig godt. Mens andre observasjoner og skjønsmessige vurderinger de gjorde ble i større grad utelatt fra dokumentasjonen fordi sykepleierne ikke mente dette ble ansett som kvalitetsmessig godt.

Hamran (2004) vektlegger at mye av det arbeidet sykepleieren gjør og den kunnskapen hun har er usynlig, taus og lar seg ikke så lett forklare. Den vises i funksjonen av arbeidet, hvordan ting blir gjort og hvordan arbeidet glir. Pleiernes yrkeskunnskap medfører at de foretar seg mye som er selvsagt for dem, og dermed vanskelig å sette ord på. Dette er en form for faglighet som er vanskelig å se fordi den er tilknyttet konkrete hendelser og situasjoner og så innvevd i det daglige liv at det er vanskelig å synliggjøre det for andre gjennom skrift (Hamran, 2004). Heggedal (2006) skriver at sykepleierne kanskje ikke er klar over at når de ikke dokumenterer tilstrekkelig så gjør dette faget deres mer usynlig og at de da gir fra seg en ledelse over faget. Risikoen med mangelfull dokumentasjon gjør at det kan oppstå usikkerhet omkring hvordan pleien skal utføres og dermed settes pasientens sikkerhet i fare. Likevel presiserer hun at det finnes mange aspekter til hva sykepleie er og at det finnes mye taus kunnskap som krever et skjønn som vanskelig lar seg dokumentere.

Når sykepleierne vurderer smerter ut i fra synlige smertetegn hos pasienten er det deres kunnskap som ligger til grunn. I mine funn vektla flere av sykepleierne at deres egen erfaring med bruk av VAS og med smertevurdering var viktig å ta i betraktning. Jeg tolker dette som at sykepleierne anser seg selv som å inneha mye kunnskap om smertevurdering, kunnskap de har tilegnet seg gjennom å jobbe flere år med postoperative ortopediske pasienter. Deres faglige skjønn innebærer mye erfaringskunnskap og mye taus kunnskap som medvirker i deres smertevurderinger. Slik kunnskap kan være vanskelig og til og med umulig å verbalisere eller skriftliggjøre, men kan likevel innebære en viktig del av smertekartleggingen. I følge Heggedal (2006) er det komplisert, men likevel viktig å tematisere skjønnet og den tause kunnskapen i dokumentasjonssystemet så godt det lar seg gjøre. Hvis skjønnet er grunnlaget for beslutningene som tas, må dette grunnlaget kunne beskrives slik at andre kan forstå hvordan sykepleieren er kommet frem til den avgjørelsen hun har tatt.

Faren er at vi kan risikere å miste noe vesentlig og verdifullt i sykepleiedokumentasjonen vedrørende smertekartlegging dersom dokumentasjonen ikke viser det faglige skjønnet som er utøvet i den aktuelle situasjonen. Vil den ideelle formen for bruk og dokumentasjon av VAS være nok, eller vil det gi oss et for snevert bilde av pasientens smertetilstand? Risikerer vi og miste det helhetlige bildet av pasienten? Det faglige skjønnet, og den tause kunnskapen som inngår i skjønnet er vanskelig og formulere i ord (Molander, 1996, Martinsen, 2005). Men det

må likevel sees på som verdifull kunnskap som kan ha en stor betydning for utøvelsen av sykepleie, vurdering og lindring av smerter og evnen til å se det helhetlige bildet av pasienten fremfor og bare fokusere på smertene hans. Slik McCaffery og Beebe (1996) beskriver det er noe av hensikten med smertekartleggingsverktøy å gjøre pasienten til en aktiv part i smertekartleggingen. I mine funn fremtrer pasienten mest som en passiv bruker av smerteskalaen. Det fremkommer ikke at sykepleierne anser dette som å være et godt verktøy for hans del. Fordelene er ut i fra materialet utelukkende beskrevet i favør av sykepleierne ved at de får et innblikk i hans smerter. Fordelenes karakter synes derfor å tilhøre sykepleierne mens pasienten fordeler er mer indirekte.

Oppsummert viser mine funn at sykepleierne kan det teoretiske for hvordan smerter skal kartlegges og dokumenteres, men de har problemer med å sammenfatte optimalstandarden for bruk av VAS med sitt eget faglige skjønn og bruke dette i praksis. Deres skjønnsmessige vurderinger angående pasienten er vel så viktig å få frem fordi den er basert på deres erfaringskunnskap med smertepregede pasienter. I skjønnnet ligger mye kunnskap som er viktig for smertevurderingen og som også bør komme frem i sykepleiedokumentasjonen. Det er mye som skal observeres i møte med en pasient, mange sanseutrykk gjør seg meldende og bør tas hensyn til. En pasients situasjon kan være preget av mange faktorer som kan påvirke smerteopplevelsen. Faren er at noe kan bli borte i dokumentasjonen når et vitenskapelig og standardisert språk som kjennetegner VAS blir benyttet og det ikke gjøres rom for skjønnnet. VAS gir ryddige og oversiktlige rapporter noe som gir ensidig informasjon om pasientens smerter. Men skjønnnet som bygger på observasjoner, vurderinger og taus kunnskap kan ikke dokumenteres gjennom dette språket på en helhetlig måte og vi risikerer at skjønnnet og den tause kunnskapen som sykepleieren innehar om smerter, pasienten og hans situasjon og tilstand forblir udokumentert.

5.2 Det faglige skjønnets rolle i smertevurderingen

5.2.1 Synlige tegn på sterke smerter

Som allerede belyst hadde sykepleierne god kunnskap om VAS og de brukte verktøyet. Derimot viser mine funn at sykepleierne kun brukte VAS når de kunne observere tegn til

smerter hos pasientene. Dette fraviker fra idealstandarden for hvordan smertekartlegging skal gjøres i følge McCaffery og Beebes (1996) beskrivelser. Mine funn viser at pasienter med synlige tegn på sterke smerter var ansett som nødvendige å bruke skalaen på. Tegn på sterke smerter generelt var vektlagt som den primære grunnen til at sykepleierne i studien brukte VAS. Med andre ord viser mine funn at VAS ikke ble systematisk brukt til alle pasienter. Dette kan tyde på at pasienter med lette eller moderate smerter ikke ble brukt VAS på fordi de ikke ble så tydelig sett av pleierne, eller vektlagt som viktige å kartlegge. Smerteopplevelsen er i følge Nortvedt og Nortvedt (2001) og McCaffery og Beebe (1996) å regne som et individuelt fenomen og det som oppleves som svake smerter for en pasient kan likevel være uutholdelige fordi vår evne til å takle smerter også er individuell. I følge McCaffery og Beebe kan ikke sykepleiere forvente at bare synlige smerter er gyldige smerter. Mange pasienter har gode evner i å skjule smertene sine, men det betyr ikke at smertene er av mindre grad eller alvorlighet. Dersom disse pasientene ikke blir spurt om de har smerter er det grunn til å tro at de heller ikke vil erkjenne at de har det. Like fullt erkjennes det både av McCaffery og Beebe (1996) og Nortvedt og Nortvedt (2001) at det vil forekomme at noen pasienter faktisk ikke har smerter, men at observasjon alene ikke kan gi helsepersonell et fullgodt svar på om det faktisk er slik det foreligger. Det vil være nødvendig å spørre pasienten (Nortvedt and Nortvedt, 2001).

Mine funn viser at selv om sykepleierne erkjenner smerteopplevelsen som individuell, og at grad av smerter kunne oppleves ulikt fra pasient til pasient spilte deres egne erfaringer en viktig rolle når det gjaldt hvilke pasienter VAS ble brukt til. Dette kan være fordi smerteopplevelsen individualitet er så kompleks og at sykepleierne derfor benyttet seg av sin erfaringskunnskap for å avgjøre hvem smerteskalaen ble brukt til. De pasientene som sykepleierne erfaringsmessig mente var i faresonen for å få sterke smerter ble brukt VAS på for og monitorere tiltakende smerter og holde smertene på et akseptabelt nivå. Nyopererte kunne erfaringsmessig få smerter. Likevel tilsa sykepleiernes erfaringer at dette ikke var en selvfølge, mange nyopererte hadde ikke smerter eller viste ikke tegn til å ha det. Derfor var det viktig for dem at de i tillegg kunne observere tegn på smerter hos disse pasientene, noe som tilsa at de kunne bruke smerteskalaen. I intervjumaterialet var det mye som tydet på at de pasientene som sykepleierne erfaringsmessig viste hadde økt sjanse for å få smerter ble brukt VAS på. McCaffery og Beebe (1996) mener det er en feiloppfatning blant helsepersonell at enkelte pasienter som for eksempel har gjennomgått store inngrep har mer smerter enn de som

har gjennomgått mindre inngrep. De mener at denne oppfatningen forekommer fordi størrelsen på skade eller inngrep gjerne fører med seg mer ansvar, flere ting og observere og at fokuset på smertelindringen er større enn ved mindre rutinemessige inngrep.

Oppsummert viser mine funn at sykepleierne brukte VAS når de kunne observere tegn til sterke smerter. Noe som avviker fra idealstandarden for smertekartlegging. Bruk av VAS synes å henge sammen med deres erfaringskunnskap vedrørende hvem som er i faresonen for å få smerter. Mine funn viste at det faglige skjønnnet hadde en veldig sentral rolle i smertevurderingen når det kom til å avgjøre om det forelå sterke smerter og om VAS skulle benyttes for å vurdere disse smertenenes intensitet.

5.2.2 En skjønnsmessig vurdering ved bruk av VAS

Mine funn viser at sykepleierne verdsetter sitt eget skjønn sterkt og at deres skjønnsmessige vurdering i første omgang er avgjørende for hvorvidt VAS blir benyttet slik som diskutert ovenfor. Funn fra materialet mitt viser at sykepleierne bruker VAS til de aller fleste pasientene som viste tegn til å ha sterke smerter, men det var ingen selvfølge at den VAS rapporteringen pasienten ga fikk betydning for den videre smertevurderingen eller smertebehandlingen. Dette fordi pasientenes smerterapportering ble vurdert opp i mot sykepleiernes egne observasjoner. Dersom det eksisterte et samsvar mellom pasientens VAS score og deres egne vurderinger av pasientens smerteintensitet ble VAS vektlagt i den videre smertevurderingen. Det er interessant å merke seg at sykepleierne i studien syntes å tolke pasientens smertescore opp i mot sitt eget skjønn. De tolket pasientens subjektive oppfatning av smerter ved at de dro inn sine egne objektive meninger og vurderinger i smertekartleggingen. De tok det ikke for gitt at det pasienten sa var det korrekte slik McCaffery og Beebe (1996) sier. Denne skjønnsmessige vurderingen av pasientens VAS score resulterte i at sykepleierne vurderte smertene til å være mindre enn det pasienten hevdet, noe som er i samsvar med tidligere studier (Sloman et al., 2005). Bruk av skjønn gjorde også i at sykepleierne justerte smertebehandlingen til å passe deres egen smertetolkning. Noe som kan være årsaken til at pasienter lider unødige på grunn av mangelfull smertebehandling i følge tidligere forskning.

Skjønnnet er omtalt som en praktisk resonneringsprosess som leder frem til beslutninger som er til pasienten beste (Grimen and Molander, 2008). En skjønnsmessig beslutning krever at sykepleieren involverer seg i pasienten og gjør en situasjonsanalyse (Martinsen, 1990). Det faglige skjønnnet handler om å forstå og handle riktig, godt og hensiktsmessig i gitte situasjoner. Riktig handlemåte er for sykepleieren basert på innsiktsfulle, kloke eller skjønnsmessige avgjørelser. Skjønnnet følger ingen eksakte anvisninger, men har som mål å gjøre det riktige og det beste ovenfor den andre samtidig som lover, regler og normer er ivaretatt. Dette krever kunnskap, faglig innsikt og erfaring (Martinsen, 2005). Skjønn kan dermed forstås som en prosess hvor kunnskap blir målt opp i mot hverandre og som resulterer i at sykepleieren tar en avgjørelse som hun regner som å være til pasientens beste. McCaffery og Beebe (1996) skriver at det eksisterer en feiloppfatning blant helsepersonell vedrørende at de er autoriteten som avgjør om det foreligger smerter og hva slags smerter pasienten har. McCaffery og Beebe mener at sykepleieren kan foreta en kvalifisert gjetning vedrørende hans smerter gjennom slike observasjoner, men det er kun pasienten som kan vite. «Man må enten tro på pasientens utsagn om smerter eller la tvilen komme pasienten til gode» (McCaffery and Beebe (1996) s. 18). Dette kan være en skummel forestilling for sykepleierne, det forutsetter at de setter all sin lit til pasienten og stoler på han. Det er en risiko for at sykepleierne blir lurt, men denne risikoen er minimal hevder de.

I materialet mitt ser jeg ikke at sykepleierne anser seg selv som en autoritet som bestemmer om pasienten har smerter eller ikke. Jeg tolker det som om de helst ønsket å forholde seg til observasjoner og symptomer på smerter som kunne underbygge fakta og «bevise» de smertene pasienten hevdet å ha. Bruk av skjønn i smertekartleggingssituasjonen kan være et resultat av et innlært mønster eller vane som sykepleierne har vansker med å legge fra seg (McCaffery and Beebe, 1996, Martinsen, 2005). I skjønnnet ligger all den erfaring, taus kunnskap, fortrolighet og teoretiske kunnskapen pleieren har (Martinsen, 2005, Molander, 1996). Kunnskap de er vant til å bruke for å vurdere hva som er til pasientens beste. Men når smerter skal vurderes, og pasientens egen opplevelse og oppfatning skal vektlegges kan det virke som om sykepleierne i materialet har litt vansker med å gi slipp på sitt vante innlærte mønster med å gjøre vurderinger på vegne av pasienten. Når det kommer til smerter kan ikke sykepleieren stole bare på seg selv, hun må tillate pasienten, den som har smertene å fortelle henne om hvordan han opplever de, og hun må tro på det. Spørsmålet blir om årsaken til at sykepleierne ikke vektla pasientens smertescore er fordi de mener skjønnnet er mer riktig å

bruke eller om de ikke klarer eller vil se bort i fra skjønn. Tidligere studier hevder at årsaken til at sykepleiere ikke bruker smerteskala er fordi de har manglende kunnskaper om smerter og smertevurdering (Ene et al., 2008, Sloman et al., 2005). Dette opplever jeg ikke er tilfellet i min studie. Sykepleierne i min studie fremtrer som å ha mye kunnskap, men spørsmålet er om det er den typen kunnskap som tidligere forskning mener. Altså teoretisk kunnskap. Kunnskap er etter mitt syn i alle høyeste grad involvert i smertekartleggingsprosessene sykepleierne i materialet beskriver. Men det er ikke en ensidig påstandskunnskap. De lener seg ikke bare på det teorien har lært dem om smertevurdering. De vektlegger også egen erfaring og det de har lært av å pleie pasienter med smerter. Dette preger også deres faglige skjønn. Det er sannsynlig at årsaken til at skjønn er så sterkt representert i mine funn er fordi sykepleierne bruker all sin kunnskap på området smerter, vurdering og behandling for å komme frem til det de skjønnsmessig anser som den mest hensiktsmessige måten å vurdere smertene på.

At sykepleierne involverer skjønn i så stor grad betyr ikke at de tviler på at pasientene har smerter. De erkjenner i materialet at de fleste pasienter som kom innom avdelingen i en eller annen grad hadde vondt, men det de tvilte på var om graden av smerter var så sterk som det enkelte pasienter hevdet. Sykepleierne kunne i utgangspunktet ha brukt VAS når de spurte pasienten om hans smerter. Men ut i fra hvordan de vurderte situasjonen omkring pasienten med tanke på dårlig samsvar mellom observasjoner og smertescore valgte de og ikke fullt ut vektlegge den VAS rapporteringen de fikk i den videre smertelindringen. Dersom de tviler, blir ikke VAS vektlagt i den grad teorien tilsier at den skal vektlegges. Men den er der, den er tatt med i vurderingene deres selv om de ikke nødvendigvis smertelindrer ut fra den. Dette kan belyses gjennom et eksempel fra mitt intervjumateriale hvor en av sykepleierne fortalte om en pasient som angå å ha 9 eller 10 som VAS og sykepleieren ikke kunne observere noen tydelige tegn til at smertene var av så sterk intensitet. Likevel ble det gitt smertelindring, men sykepleieren var da mer forsiktige i sitt valg av smertelindring enn hun ville vært dersom hun hadde kunnet observere at pasienten hadde så sterke smerter som han anga.

Sykepleierne erkjenner i materialet at de var redde for å gi for mye smertestillende på grunn av uheldige komplikasjoner som kunne inntreffe, eksempelvis respirasjonsstans. I dette mener jeg at det ligger en enorm omsorg for pasienten og frykt for å skade som derfor resulterer i at sykepleieren vektlegger sitt eget skjønn fremfor pasientens VAS rapportering. Martinsen (2005) beskriver dette slik:

«Dersom det gagnar pasienten er det riktig at han trekkes inn i beslutningsprosessen om sin egen pleie. Men det er sykepleierens faglige skjønn som avgjør om opplysningene er til det beste for pasienten, og hvordan hun skal handle slik at pasienten får det best mulig» (Martinsen, 2005 s. 146)

Ved hjelp av Martinsen (2005) og hennes beskrivelser av skjønnnet kan det tolkes som om skjønnnet blir fremtredende i slike situasjoner hvor sykepleieren opplever at denne sammenhengen mellom smertescore og observasjoner mangler. Det blir da sykepleierens oppgave å vurdere om det er til det beste å vektlegge pasientens smertevurdering og inkludere han i prosessen. Gjennom skjønnnet foretar sykepleieren en vurdering av situasjonen og analyserer den for å vurdere hvilke handlingsalternativer hun har. Hun setter seg inn i pasientens smertesituasjon, men også omstendighetene rundt situasjonen. For eksempel hva er han operert for, tidligere smerteerfaringer, årsak til operasjonen og så videre. I følge Martinsen (1990) gjenspeiler handlingen sykepleierens faglige vurdering av hva som er til det beste for pasienten. Hennes handlinger og vurderinger er gjort ut av omsorg for pasienten.

At sykepleierne vektlegger skjønnnet fremstår for meg som en metode for å sikre at de valg og avgjørelser som tas er trygge og velbegrunnede. Skjønnnet krever at de ser pasienten som helhet fremfor og bare se smertene hans. VAS er på sin side ensidig, ikke helhetlig. Den fokuserer på smertene og ingenting annet. Sykepleie handler om å se pasienten som en helhet. Dette tror jeg kan være en av årsakene til at sykepleierne velger å vektlegge skjønnnet fremfor VAS rapporteringer når de stod ovenfor en smertesituasjon hvor VAS og observasjoner ikke samsvarte. Skjønnnet krever en større involvering i pasientens situasjon enn bruk av VAS gjør. VAS krever i større grad at sykepleieren forholder seg objektiv. Dermed kan sykepleierens beslutning om å utelate VAS fra sykepleien tolkes til å være en reflektert handling som vurderes å være til pasientens beste. Sykepleierne synes å reflekterer over det de ser, det pasienten sier og ser situasjonen i en sammenheng. Martinsen (1990) beskriver refleksjonen som skjønnnets begrunnelse side og henviser til Donald Schøns skildringer av de ulike nivåene i refleksjonen. Å vite i handling, refleksjon i handling, og refleksjon over handlingen i ettertid.

I mitt materiale fremkommer det ikke noen grundige beskrivelser av hva sykepleierne reflekterer over når de står ovenfor en pasient som har smerter. Derimot kommer det frem hva de ser etter som tegn på smerter for eksempel ansiktsuttrykk, forhøyet respirasjonsfrekvens og blodtrykk, og at de vektlegger dette som viktig. I følge Martinsen (2005) og Molander (1996) er det nettopp dette som særpreger refleksjonen, at vi vet mer enn det vi kan fortelle. Både Martinsen (2005) og Molander (1996) beskriver dette som taus kunnskap. Sykepleieren har altså en viten, en kunnskap som vi kan kalle for taus. Denne kunnskapen krever ferdigheter, praktisk skikkethet og godt omdømme. Kunnskapen ligger skjult i handlingen og vil ikke bestandig være i samsvar med måten den er beskrevet på i de tilfellene den kan beskrives. Sykepleierne reflekterer, men gir inadekvat informasjon om nøyaktig hva de har tenkt. Martinsen (2005) sier at vi reflekterer både i handling og i etterkant av handlingen. At sykepleierne i intervjumaterialet ikke klarte å redegjøre utfyllende for hvordan de hadde tenkt i en situasjon kan lett forstås som at de ikke hadde reflektert. Dette stemmer ikke i følge Martinsen (2005) som sier at en dyktig sykepleier ofte er taus, ordfattig og redegjør ofte inadekvat for situasjonen hun blir bedt om å beskrive. Det er hennes evne til å sette ord på handlingen som er inadekvat, ikke nødvendigvis hennes kunnskap.

Skjønnsmessige vurderinger skal i følge Kari Martinsen (2005) være basert på kunnskap. Både teoretisk kunnskap om smertevurdering og sykepleierens egen erfaringskunnskap er viktig å ta med. Men i materialet kan mye tyde på usikkerhet rundt hvilken kunnskap som skal veie tyngst. Slik jeg ser det har sykepleierne vansker med og ikke la skjønnnet påvirke smertekartleggingen. I følge McCaffery og Beebe (1996) er det ikke et hovedpoeng at sykepleieren skal legge bort skjønnnet, men at hun må velge hvor hun skal bruke det og hvordan. Dette tror jeg er en modningsprosess og slik som McCaffery og Beebe (1996) sier er kunnskapen om smerter og smertekartlegging relativt ny, mens sykepleiers skjønn har eksistert lenge. Det er derfor mulig å anta at årsaken til at sykepleierne involverer sitt eget skjønn såpass mye i smertevurderingsprosessen rett og slett er en innlært vane som de ikke tenker over som et problem. De er vant til å gjøre vurderinger på vegne av pasienter på så mange andre områder og har vansker med å legge det helt vekk når det kommer til å kartlegge smerter ved bruk av VAS. Det trenger ikke nødvendigvis ha noe å gjøre med manglende teoretisk kunnskap om smerter og smertevurdering. Men en usikkerhet om hvilken kunnskap som skal være overordnet.

Oppsummert viser mine funn at sykepleierne lar sitt faglige skjønn avgjøre hvorvidt VAS skal brukes eller vektlegges i smertevurderingen og behandlingen. Skal vi ta utgangspunkt i måten teorien fremstiller bruk av smertekartleggingsverktøy er dette en feil fremgangsmåte. Men sett i fra sykepleiernes side er det fornuftig og begrunnet ut i fra kunnskap fordi det tar hele pasienten i betraktning og ikke bare deler av han. I praksis opplever sykepleierne et dilemma vedrørende om de skal forholde seg til idealstandarden for smertekartlegging eller skjønn, Skjønn kan fremstå som en tryggere vei for sykepleierne å velge når pasientens smerterapporteringer ikke fremstår som troverdige og idealstandarden ikke passer. Mine funn viser dermed hvor viktig det er å bevisstgjøre sykepleierne på måten de bruker skjønn på og i hvor stor grad det påvirker smertevurderingen.

5.3 Forutsetningene for bruk av VAS: kommunikasjon, tillit og tid.

I materialet fremkom det at sykepleierne mente bestemte forutsetninger måtte ligge til rette for at VAS skulle kunne benyttes. Dette innebar god kommunikasjon mellom pasient og pleier, at partene hadde tillit til hverandre og at det eksisterte nok tid for å bruke verktøyet. Konsekvensen dersom disse forutsetningene ikke var til stede ble at VAS i mindre grad ble brukt.

5.3.1 Kommunikasjon

Mine funn viser at kommunikasjon var nødvendig for at sykepleierne skulle kunne forklare pasienten hvordan smerteskalaen fungerer, for å snakke med pasienten om smertene, for innhente smerterapporteringene hans og for å forsikre seg om han hadde forstått skalaen. Kommunikasjon var viktig fordi VAS i stor grad ble benyttet som en verbal smerteskala fremfor en visuell skala. For at pasient og sykepleier skal kunne snakke om smerter, opplevelse av smerter og intensitet, er det essensielt at begge parter vet hva det snakkes om og hvordan det skal snakkes om det. I følge Eide (2010) er «kommunikasjon med pasienter som har smerter og forholdet mellom smerter og kommunikasjon...» (s. 354) et lite utforsket område, men dersom pasientene kan kommunisere sitt behov for smertestillende til sykepleierne øker trolig sjansen for at de blir godt smertelindret (Eide, 2010). Kommunikasjon fremstår dermed som en praktisk forutsetning for bruk av VAS.

I intervjumaterialet tyder det på at manglende kommunikasjon mellom pasient og pleier var årsaken til dårlig smertevurdering. Dette samsvarer med funn fra andre studier (Dihle et al., 2006, Kim et al., 2005). Dårlig kommunikasjon kan også forklare hvorfor sykepleierne hadde vansker med å stole på pasientens uttalelser om smerter. Fordi pasienten ikke visste hvordan han skulle snakke om dette med sykepleieren og fordi sykepleierne ikke stilte gode nok spørsmål eller hadde tid til å snakke med pasienten om smertene hans. I de tilfellene sykepleierne opplevde at pasienten redegjorde eller reflekterte høyt over smertene og sin smertescore, følte de at det var lettere og forstå pasientens smerter. De kunne også lettere stole på han og at han forstod bruken av smerteskalaen. Dette fremstilte sykepleierne som god kommunikasjon. I kontrast var det ikke hensiktsmessig for dem å kommunisere med demente eller rusmisbrukere om VAS og smerter fordi de ikke ga tydelige svar på hvor de hadde vondt og hvor sterke smerter de mente å ha.

Ut i fra mine funn fremstår kunnskapsformidlingen mellom pasient og pleier som utfordrende. Sykepleieren er den som er ansvarlig for å kartlegge smerter og etterspørre pasientens smerterapporteringer. Pasienten har ingen forkunnskaper om smerter eller smertekartlegging. Det er derfor sykepleieren som må spørre pasienten de riktige spørsmålene vedrørende hans smerter og fremme kunnskap og innsikt om den andre. Molander (1996) benytter seg av ordet dialog istedenfor kommunikasjon og skriver at hensikten med en dialog er å få frem kunnskap og innsikt den andre har, selv om han selv ikke vet at han har den. (Molander, 1996) Dette tolker jeg som at sykepleierens ferdigheter innen kommunikasjon er avgjørende for hvilken informasjon hun klarer å hente ut fra pasienten. Kommunikasjon og dialog er i følge McCafferty og Beebe (1996) viktig fordi sykepleieren må intervju pasienten om smertene hans. Pasienten kan anses som å være kunnskapskilden fordi det kun er han som vet hvordan han opplever smertene sine og hvilken effekt han opplever av gitt behandling. Dette er svært viktig informasjon for sykepleieren i smertekartleggingsprosessen. Molander (1996) beskriver videre at for å få tilgang til informasjon den andre besitter må den andre vise en vilje til å motta dem. En slik lærevilje kan vises ved at en lytter, stiller spørsmål og observerer. Dette tolker jeg som eksempler til hvordan en sykepleier kan stille seg åpen og mottakende for det pasienten har og fortelle om smertene sine og hvordan hennes kommunikative ferdigheter er viktige for den informasjonen hun får ut av pasienten.

Sykepleierne beskriver i materialet at kommunikasjon var viktig for og lære pasienten smerteskalaen. De anså det som deres ansvar å lære pasienten hvordan VAS fungerte, men slik det fremtrer i materialet ble ikke denne opplæringen gitt før smertene allerede var et faktum. Det virker lite hensiktsmessig å forklare skalaen til en pasient som allerede har smerter. Det er sannsynlig at pasienten er i en slik tilstand at han ikke klarer å ta til seg slik informasjon og opplæring. Dette vil trolig gjøre at han får vansker med å samtale adekvat om smertene sine, og derfor vansker med å formidle de korrekt til sykepleierne. Det kan være en årsak til at sykepleierne opplevde liten sammenheng mellom det pasienten sa og det de selv observerte av smertetegn. Dersom pasienten hadde hatt bedre kjennskap til VAS og sykepleierne kommuniserte mer aktivt med pasienten om hans smerter før de inntraff, kunne dette gjort utbyttet av samtalen bedre. Dersom pasienten på forhånd kunne skalaen og visste bedre hvordan han skulle kommunisere om smertene sine ville han kanskje ha lettere for å bli trodd.

Hvordan pasienten kommuniserte til sykepleierne om sine smerter var vesentlig for hvorvidt de oppfattet det han sa som viktig informasjon å bemerke seg i forhold til hans smerter og for deres avgjørelse om å vektlegge VAS. I følge Molander (1996) avhenger kunnskapsutviklingen i dialogen på dialogpartenes evne til å forløse kunnskap. Jeg forstår dette som at den informasjonen som hentes ut i fra samtalen mellom pasient og pleier er avhengig av deres evner til å frembringe denne kunnskapen. Pasienten må altså ha en evne til å gi adekvat informasjon om sine smerter. Slik informasjon krever riktignok at han kan og forstår å bruke VAS. Sykepleieren må på sin side kunne stille pasienten relevante spørsmål om smertene sine for å hente ut denne kunnskapen. Tatt i betraktning at det ikke alltid var slik at pasienten kunne kommunisere adekvat (demente) eller forstod skalaen blir det i hovedsak sykepleiernes kommunikasjonsferdigheter som må frembringe denne kunnskapen gjennom å stille spørsmål til pasienten om hans smerter. Ut i fra mine funn utgjorde demente en pasientgruppe som aldri ble brukt VAS på. I materialet erfarte sykepleierne det som lettere å observere og forta egne vurderinger. De kunne også spørre pasienten om smertene sine, men opplevde ikke alltid å få et adekvat svar.

I tillegg til å spørre pasienten om sine smerter beskrev sykepleierne også at de vurderte det pasienten sa opp i mot deres observasjoner av hans kroppsspråk og vurderte dette relevante tegn på smerter. Dette samsvarer med funn fra studien til Kim (et al, 2005) Kroppsspråk kan

også kalles nonverbalt språk og kan avsløre hvordan man opplever en situasjon og forsterke eller motsi meningen i det vi sier verbalt (Molander, 1996). Således kan vi si at pasienten formidler sin opplevelse av smerter både i form av det verbale og det nonverbale språket. Igjen er det tydelig at sykepleieren foretar en skjønnsmessig vurdering av det pasienten sier opp i mot det hun ser og slik avgjør om det er hensiktsmessig og bruke VAS og vektlegge VAS i den videre smertevurderingen. I følge Martinsen (2005) krever også skjønnet kommunikasjon. Kommunikasjon hjelper oss og løfte våre subjektive verdener inn i en felles kontekst. For å skjønne den andres situasjon må ikke den andres (pasienten) situasjon settes fast. Det holder ikke med tanker og refleksjoner rundt hans problem uten at han selv også inkluderes i disse. Sykepleieren kan ved hjelp av god kommunikasjon få pasientens syn frem og la han delta i fortolkningen av sine smerter. Slik kan hun være sikker på at hennes skjønnsmessige vurderinger ikke bare er basert på sine egne refleksjoner og meninger, men at pasienten har fått uttrykke seg og hans utsagt spiller en rolle i den vurderingen som tas.

Oppsummert viser mine funn at kommunikasjon er viktig for bruk av smerteskalaen siden den i størst grad benyttes som en muntlig skala. Gode kommunikative ferdigheter blant sykepleierne fremstår som særdeles viktige for at bruken av VAS skal fungere optimalt. Sykepleierne viser i intervjumaterialet at de har relativt gode kommunikasjonsferdigheter, men at pasienten i liten grad får opplæring i bruk av VAS og hvordan han skal snakke med pleierne om smertene sine. I mine funn fremkommer det også at sykepleierne foretar en skjønnsmessig vurdering av pasientens kroppsspråk og vektlegger dette fremfor det han faktisk sier om sine smerter. En god dialog om smerter synes således og forekomme sjeldent, men når det forekommer fremstår det å være til god hjelp i smertekartleggingen og bruken av VAS.

5.3.2 Tillit

Mine funn viser at tillit var en annen forutsetning for bruk av VAS. Sykepleierne mente at det var essensielt at de kunne stole på pasienten. De måtte kunne stole på at pasienten forstod skalaen og brukte den korrekt. I følge Martinsen (2005) møter vi normalt hverandre med tillit. Når sykepleieren går inn til pasienten går hun ut i fra at han vil fortelle henne sannheten om smertene sine. En oppfatning som også McCaffery og Beebe (1996) deler i den form at de

mener at sykepleieren alltid skal tro på det pasienten sier. Gjennom å vise tillit utleverer man seg, våger seg frem i håp om å bli imøtekommet. Martinsen (2005) hevder at vi alltid møter hverandre med et utgangspunkt om tillit. I mine funn fremstår det som at sykepleierne opplevde å ha tillit til pasientens smerterapporteringer når de samsvarte med deres observasjoner. Dette kan tolkes som om deres faglige skjønn stemte overens med det pasienten sa.

Som vist tidligere fremkom det i mine funn en avstand mellom synlige tegn på smerter og samsvar mellom disse. Dette er et viktig poeng i tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier. Dersom sykepleierne erfarte at pasientens smertescore ikke samsvarte med hennes egne observasjoner på smerter erfarte de at denne tilliten ble svekket. Martinsen (2005) skriver at tilliten kan utvikles til et mistillitsforhold dersom den ene tror den andre lyver. Men sykepleierne kan i realiteten ikke vite om pasienten faktisk lyver. Den eneste form for bevis hun har er at hennes egne observasjoner av at det pasienten sier ikke stemmer overens med det hun ser med sitt faglige blikk. Vi står da ovenfor et spørsmål om hvem som innehar fasiten på smertene. Er det pasientens utsagn som skal regnes som sant, eller det sykepleieren ser og vektlegger ut i fra sin erfaring med smertevurdering? I følge McCaffery og Beebe (1996) er pasienten å anse som den som vet best om smertene sine, og derfor må hans smerterapporteringer regnes som reelle fordi vi ikke har noe annet måleinstrument for smerteopplevelse enn smerteskalaer. Men det er likevel et uunngåelig faktum at ingen, verken pasientens eller sykepleiernes utsagn kan bevises. Begge representerer oppfatninger om smerter som ikke kan bevises. Pasienten baserer sitt utsagn på sin egen opplevelse av smertene og hvordan de føles. Mens sykepleieren baserer seg på erfaring og sitt faglige skjønn. med å smertelindre ortopediske pasienter ut i fra hvordan smerter «ser ut» og hva pasienten klarer eller ikke klarer å gjøre.

Martinsen (2005) beskriver tilliten som fundamental, den skal derfor ikke begrunnes, men når mistillit oppstår må den begrunnes. Det er derfor nødvendig å begrunne hva det er som gjør at sykepleieren tror pasienten lyver om smertene sine. I følge mine funn hadde sykepleierne problemer med og fullt ut stole på pasienters smerterapporteringer i de tilfellene de eksempelvis rapporterte å ha høyere VAS enn det sykepleierne kunne observere tegn til. Dette kan tyde på at sykepleierne hadde meninger om smerter som de hadde vansker med å legge til side når de skulle gjøre en smertekartlegging. De viste en oppfatning om at

helhetsinntrykket var viktig å vektlegge. Dette samsvarer med funn fra studien gjort av Kim (et al., 2005). Det personlige aspektet med smerter virker vanskelig for sykepleierne å ta stilling til. Spesielt fordi pasientens smerterapportering utgjør et bilde på hvilken smertelindring sykepleieren bør velge. En høy rapportering betyr gjerne opiat. I de tilfellene pasienten oppgav en høy smerterapportering ble tilliten ble opplevd som utfordrende å opprettholde dersom det ikke var noen andre uten synlige tegn på at han hadde så sterke smerter som han selv mente.

Tillit til at pasienten oppgir korrekte smerterapporteringer på VAS skalaen fremstår i mine funn som viktig for hvorvidt pasientens VAS rapporteringer ble vektlagt i den videre smertevurderingen og behandlingen. Når pasienten kontakter sykepleieren på grunn av smerter og blir bedt om å rangere dem ved hjelp av VAS skalaen beskriver Martinsen (2005) faren for at den andres tillit kan misbrukes fordi den andre utleverthet ikke blir tatt i mot. Sykepleieren kan også misbruke den informasjonen som samtalen mellom henne og pasienten fører med seg ved at hun ikke bruker informasjonen til det den er ment for. Altså som en del av smertevurderingen. Ut i fra materialet kan det tolkes som at sykepleierne vektlegger det som tillitsverdig dersom observasjoner og VAS rapporteringer samsvarer. Pasienten utleverer seg til sykepleierne når han gir sin score på smerteskalaen. Men dersom observasjoner ikke underbygger det han sier risikerer pasienten at hans smerterapportering ikke blir vektlagt. I materialet gir ikke sykepleierne uttrykk for at hun lar det være ute med han. Han får smertestillende, men dosen vil da avhenge av hva hennes erfaring og observasjoner tilsier at han trenger, ikke hva hans smerterapportering sier.

Sykepleierne vektlegger i materialet viktigheten av et gjensidig tillitsforhold, men deres beskrivelser av tillit virker noe enveis. Deres tillit til pasienten fremstår som viktigst. Dette kan være fordi sykepleierne forventer å bli møtt med tillit fordi de innehar den kompetansen og fagligheten som pasienten trenger å benytte seg av. Tillit blir ofte fremstilt i mange teorier som å ha «...ubetinget positivt moralsk verdi» (Nortvedt og Grimen 2004, s.100), og dermed blir mistillit sett på som det motsatte. Nortvedt og Grimen (2004) mener at mistillit derimot også kan være moralsk godt. Både tillit og mistillit bygger på eksplisitte og implisitte situasjonsdefinisjoner, oppfatninger om hvordan vi oppfatter hverandre som pålitelige eller upålitelige. Begge deler kan ha et rasjonelt grunnlag, Det er derfor vanskelig å konkretisere

sykepleiernes tillitsproblemer fordi de krever kjennskap til den aktuelle situasjonen for å forstå hvilke utfordringer som er til stede.

I mine funn kan det anes et maktforhold mellom pasient og sykepleier når det kommer til tillit. Martinsen (2005) belyser dette når hun skriver at de fleste omsorgsyrker er forbundet med paternalisme, dette setter begrensninger for tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier. Dersom tillit skal eksistere i en yrkessammenheng mellom pasient og pleier krever en slik relasjon en autoritetsstruktur. En erkjenning om at sykepleieren innehar kunnskap som pasienten ikke har og som er relevant for hans situasjon. Paternalisme kan beskrives som en form for makt eller bedrevitenhet i den form at sykepleieren innehar mer kunnskap enn det pasienten har og at hun bruker denne kunnskapen slik hun anser det som best for pasienten. Paternalisme i følge Martinsen (2005) har rot i omsorgen for pasienten. En paternalistisk handling som at sykepleierne utelater bruken av VAS kan derfor tolkes som sykepleiernes måte å handle for pasientens beste. Sykepleierens erfaring med smerter avgjør om hun velger å stole på pasientens VAS eller gjøre en smertevurdering basert på samsvar mellom VAS og observasjoner.

I materialet fremkommer det at sykepleieren forsøker å imøtekomme pasienten og hans behov for smertelindring på best mulig måte selv om tillitsforholdet er svakt eller vaklende. Sykepleierne benytter seg av andre metoder enn VAS i slike tilfeller. De velger å holde pasientens VAS utenfor vurderingen. Eksempler på disse metodene er samtale og observasjon. Slik kan de innhente informasjon om pasienten, smertene hans og situasjonen rundt i tillegg til at de observerer det smertefulle området. Informasjonen de får gjennom samtalen gir dem et bedre grunnlag å handle ut i fra enn den VAS rapportering pasienten gir. I denne prosessen fremstår skjønnet som fremtredende.

Oppsummert viser mine funn at tillit var viktig i forhold til om sykepleierne kunne stole på at pasientens smerterapporteringer var en korrekt avspeiling av hans smerter. Tilliten ble ansett som intakt dersom pasientens VAS samsvarte med det de observerte av smertetegn. Når dette samsvaret ikke forelå var tilliten til pasientens smerterapporteringer mer problematisk å opprettholde og VAS ble ikke brukt. Tillitsaspektet virker komplekst, personlig og avhengig av mange sammensatte faktorer. Sykepleierne synes å ha større tillit til sine egne

skjønnsmessige vurderinger og erfaringer enn pasienter som angir en VAS som ikke samsvarer med deres observasjoner.

5.3.4 Tid

Den tredje forutsetningen for bruk av VAS var tid. I intervjumaterialet forteller sykepleierne at de opplevde å ha liten tid til å bruke VAS og at det derfor ofte ble nedprioritert. Tidsmangel kan også belyse hvorfor de kun brukte det til de pasientene som tilsynelatende hadde sterke smerter fremfor og rutinemessig spørre alle nyopererte om VAS slik McCaffery og Beebe (1996) mener er hensiktsmessig.

I en stresset arbeidshverdag fremtrer det i materialet som om bruk VAS anses som å være mer tidkrevende enn og bare gi smertestillende i full fart. Sykepleieren anerkjenner at pasienten har vondt, og trenger lindring, men spør likevel ikke om VAS når hun har det travelt. Det fremkommer av materialet at sykepleierne anser det som mer tidkrevende og forklare pasienten skalaen enn og bare å vurdere selv. Vi vender her tilbake til sykepleierens vektlegging av sine egne observasjoner og hennes skjønnsmessige vurderinger vedrørende smerter. Det kan tolkes som at skjønnnet oppfattes som raskere og bruke. De vektlegger sine egne erfaringer på området og gjør en vurdering på hva de selv mener er nødvendig å gjøre med smertene. Men i de tilfellene pasienten allerede var kjent med skalaen spurte de heller ikke om VAS. Det viktige når arbeidsdagen var travel ble å sørge for at pasienten hadde det sånn noenlunde greit. Dersom de ikke hørte noe fra pasienten som tidligere hadde klaget på smerter ble det antatt at han ikke hadde behov for mer smertestillende og derfor hadde det bra. Dette tyder på at sykepleien som er blitt utført er noe inkonsekvent, det er bare visse gjøremål som har blitt vektlagt og smertekartlegging er ikke et av dem. Kvaliteten på gitt smertelindring er ikke målt og en kan derfor ikke vite om den har hatt effekt, hvor lenge lindringen virket og om han opplevde noen bivirkninger av den.

Sykepleierne i materialet forteller også om manglende rutiner vedrørende bruk av VAS. De beskriver hvilke oppgaver de hadde rutiner på og som de måtte få unnagjort fordi avdelingens drift avhengte av det. Legevisitter, sårstell og medisiner var eksempler på slike rutiner. Men de forteller ikke om smertekartlegging som en rutine. Å gi smertestillende var en selvfølge, men ikke å kartlegge smertene eller virkingen av gitt smertelindring. Wøien og Strand (2010)

mener mangel på rutiner er en av årsakene til at kirurgiske pasienter får utilstrekkelig smertebehandling. Årsaken til manglende rutiner kan tilskrives den raske utviklingen innen medisinsk teknologi som fører til at flere pasienter med sammensatte lidelser får utført mer komplisert kirurgi og dermed krever mer observasjon og behandling. Mengden slike pasienter fordelt på per sykepleier mener de også har økt. Dette kan sees i sammenheng med at kravet til effektivitet blant sykepleiere er økende og at det er et mål om at flest mulig pasienter skal behandles på kortest mulig tid. Det gir sykepleierne kortere tid til observasjon, behandling og generell sykepleie. Dette får konsekvenser for utøvelsen av postoperativ sykepleie og kartlegging av smerter (Wøien and Strand, 2010).

I følge retningslinjene for smertebehandling i Norge anbefales det at smertekartlegging innføres som en rutine slik at vurderingen av smerte utføres regelmessig og blir ansett som en del av de øvrige postoperative rutinene på avdelingen (Den Norske Legeforening, 2009). Hensikten med rutiner er å organisere arbeidet og sørge for god arbeidsflyt (Heggedal, 2006). Det er sannsynlig å tro at dersom smertekartlegging og bruk av smerteskalaen VAS ble gjort til en rutine, ville det i større grad bli gjort, men dette avhenger også av tidsaspektet. Tidsmangel gjør at sykepleieren må prioritere både hvilke arbeidsoppgaver som er mest viktig og hvor lang tid hun har anledning til å bruke sammen med hver pasient. Å kartlegge smerter på en skikkelig måte krever tid. Å foreta en skjønnsmessig vurdering ut i fra pasientens kroppsspråk og adferd kan ut i fra min funn tolkes som raskere og enklere, og dermed mindre tidkrevende. Bruk av skjønn kan i en tidspresst hverdag tolkes som et kompromiss sykepleierne har måttet inngå fordi de ikke alltid har tid til en skikkelig og grundig kartlegging med bruk av VAS og dokumentasjon av VAS, behandling og effekt av tiltak. I følge Martinsen (2005) krever også bruk av skjønn tidsbruk. Det må være tid for å reflektere over det en gjør, hvordan en gjør det og vurdere hvorfor en gjør det. Ved bruk av skjønn gjør sykepleierne vurderinger på hva som er viktig å få unnagjort og hva som kan utelates

Oppsummert viser mine funn at tidsmangel er et problem i sykepleiernes hverdag. De opplevde å ha lite tid både til å snakke med pasienter om smerter og til å bruke VAS. Og kartlegge smerter og foreta en ordentlig smertevurdering er tidkrevende. VAS krever at pasienten i større grad er aktivt involvert i prosessen enn hva han trenger å være når sykepleieren bruker sitt faglige skjønn for å vurdere. Faglig skjønn går raskere og fremstår

dermed som enklere å benytte. Pasienten får smertelindring, men hans subjektive oppfatning av sine smerter er ikke en viktig faktor i valget av smertelindring.

Mine funn viser også at smertekartlegging ikke var en rutine på avdelingen, noe som gjorde at det kun ble gjort dersom sykepleierne hadde ekstra tid til overs. Dersom det likevel hadde vært en rutine på avdelingen å kartlegge smerter ved bruk av VAS ville likevel tidsproblematikken vært til stede og kunne vanskeliggjort prosessen. I følge Wøien og Strand (2010) vil effektiviseringen og kravene til sykepleierne bare fortsette å øke i fremtiden. Noe som kan by på problemer dersom det er ønskelig at slike arbeidsoppgaver som smertekartlegging og bruk av VAS skal prioriteres av sykepleierne.

6.0 KONKLUSJON

Problemstillingen for oppgaven er sykepleieres erfaringer med bruk av smerteskalaen VAS til ortopediske postoperative pasienter. Hensikten med oppgaven var å få en større forståelse av bruken av VAS for å få dypere innsikt i hvilke problemområder som fantes. Eventuelt også fremme forslag som kan forbedre dagens praksis med bruk av VAS.

Mine funn tyder på at sykepleierne har god kunnskap om smertekartleggingsverktøyet VAS. De vet hvordan smertevurdering ved hjelp av VAS skal gjøres ut i fra hvordan teorien beskriver det, og de verdsetter VAS som ett godt kvalitetssikringverktøy når smertekartleggingen er dokumentert tilstrekkelig. Likevel fremstår slik bruk av VAS som sjelden fordi sykepleierne i mange tilfeller gjør flere skjønnsmessige vurderinger av pasientens smerter fremfor å bruke VAS. På grunn av at de ikke føler disse vurderingene er ansett som like anerkjente som VAS er dokumentasjonen av disse vurderingene mangelfulle. Det er problematisk at smerter blir dårlig dokumentert enten det gjøres med eller uten VAS og det kan derfor være behov for å forbedre praksisen for hvordan smerter kartlegges. Noe som krever at sykepleieren blir bedre på å dokumentere skjønnet sitt slik at viktig informasjon blir synlig for andre. En løsning kan være å forbedre dokumentasjonssystemet for smertekartlegging. Videre viser mine funn at sykepleierne brukte VAS, men kun til de pasientene som viste tydelige tegn til å ha sterke smerter. Skjønnsmessige vurderinger avgjør hvilke pasienter de skal bruke VAS til og om de skal vektlegge pasientens smertescore i den videre smertekartleggingen og behandlingen. At skjønnet har en så sterk rolle kan vanskeliggjøre bruken av VAS i den grad at sykepleierne utelater å bruke verktøyet dersom de ikke opplever at den VAS pasienten oppgir er reell fordi den ikke samsvarer med de tegn på smerter de kan observere. Vektleggelse av skjønn virker ut i fra mine funn som en ubevisst handling og det er derfor viktig å bevisstgjøre sykepleierne på hvor sterkt skjønnet deres preger deres smertevurderinger for at dagens praksis skal kunne forbedres.

I tillegg viste mine funn tre viktige forutsetninger som måtte være tilstede for at sykepleierne skulle anse det som hensiktsmessig å bruke VAS. Disse forutsetninger var god kommunikasjon mellom pasient og pleier, tillit til at det pasientens VAS var reell og at det fantes tid til å kartlegge smerter ved hjelp av VAS. I forhold til kommunikasjon kan derfor være hensiktsmessig å endre når og hvordan sykepleieren kommuniserer om smerter med pasienten. Jeg tror det er nødvendig og gjøre pasienten til en mer aktiv part i

smertekartleggingen fordi det tross alt er pasienten og hans smerter det handler om og hans deltakelse er derfor viktig for å oppnå en optimal kartlegging. Et forslag til en slik endring kan være at pasientene får informasjon om VAS før operasjonen istedenfor når smertene allerede er oppstått. Eventuelt kan det også være aktuelt å øke sykepleiernes kompetanse innen kommunikasjon og hva de bør spørre pasienten om vedrørende smerter. Tilliten til pasientens smerterapporteringer kan være en utfordring å gjøre noe med siden det i stor grad er personavhengig. Men også dette også kan forbedres gjennom kommunikasjon og refleksjon over pasientens situasjon og utsagn. Dette vil imidlertid også kreve tid for å få til.

Tidsaspektet kan forbedres gjennom å innføre rutiner på smertekartlegging. Ledere på sykehusavdelinger kan endre/forbedre rutiner og sørge for at pasienter får postoperativ informasjon om VAS. Det kan også hjelpe at kartlegging av smerter gjøres til en fast rutine. Men for å forbedre tidsproblematikken mener jeg det krever mer enn bare gode rutiner. Tiden sykepleierne har til rådighet er i stor grad påvirket av statlige reformer for omorganisering og effektivisering i helsevesenet, bemanningsproblemer og økonomiske hensyn.

Mine funn bidrar til å gi en økt innsikt i hva som kjennetegner sykepleiernes bruk av VAS i praksis. Denne innsikten kan forhåpentligvis gi andre lesere ideer om tiltak som kan iverksettes for å forbedre problemet. Studien viser hvilke problemområder som finnes når sykepleieren skal bruke VAS. Den viser at det er vanskelig å finne en optimal bruk av VAS og at bruk av VAS slik teorien fremstiller det er problematisk å gjennomføre i praksis.

Dilemmaet som tidligere forskning beskriver er her ennå, men den økte forståelsen mener jeg kan hjelpe og forbedre dilemmaet ved at den tydeliggjør hvilke områder det er nødvendig å gjøre forbedringer på.

LITTERATURLISTE

- ALMÅS, H., VALAND, E., BILICZ, J. A. & BERNTZEN, H. 2001. Sykepleie til pasienter med smerter. In: ALMÅS, H. (ed.) *Klinisk sykepleie 1*. 3. opplag ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- BENGTSSON, J. 2006. En livsverdenstilnærming for helsevitenskaplig forskning. In: BENGTSSON, J. (ed.) *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer - Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Høyskoleforlaget.
- DEN NORSKE LEGEFORENINGEN. 2009. Retningslinjer for smertelindring [Online]. Den Norske Legeforening. Available: <http://legeforeningen.no/pagefiles/42355/retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf> [Accessed 01.012.014].
- DIHLE, A., BJØLSETH, G. & HELSETH, S. 2006. The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 469-479.
- EIDE, H. 2010. Kommunikasjon, relasjon og smerte. In: RUSTØEN, E. & KLOPSTAD WAHL, A. R. (eds.) *Ulike tekster om smerter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- ENE, K. W., NORDBERG, G., BERGH, I., JOHANSSON, F. G. & SJOSTROM, B. 2008. Postoperative pain management - the influence of surgical ward nurses. *J Clin Nurs*, 17, 2042-50.
- FORS, E. A. 2012. *Hva er smerte*, Oslo, Universitetsforlaget.
- FORSKNINGSETIKKLOVEN. 2006. *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning* [Online]. Lovdata. Available: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56?q=forskningsetikkloven> [Accessed 15.05.2013].
- FREDHEIM, O. M. S., KVARSTEIN, G., UNDALL, E., STUBHAUG, A., RUSTØEN, E. & BORCHGREVINK, P. C. 2011. Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 131: 1763-7.
- GADAMER, H. G. 2003. Om forståelsens sirkel. In: GADAMER, H. G. (ed.) *Forståelsens filosofi - Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelens Forlag AS.
- GRIMEN, H. & MOLANDER, A. 2008. Profesjon og kjønn. In: MOLANDER, A. & TERUM, L. I. (eds.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- GULDDAL, J. & MØLLER, M. 1999. Hermeneutik: En antologi om forståelse. In: GULDDAL, J. & MØLLER, M. (eds.). København: Gyldendal.
- HAMRAN, T. 2004. Taus kunnskap som kritisk potensiale. In: ELSTAD, I. & HAMRAN, T. (eds.) *Et kvinnefag i modernisering. Sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- HARPER, P., ERSSER, S. & GOBBI, M. 2007. How military nurses rationalize their postoperative pain assessment decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 59, 601-611.
- HEGGEDAL, K. 2006. *Sykepleiedokumentasjon*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- HELSEFORSKNINGSLOVEN. 2008. *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* [Online]. Lovdata. Available: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven> [Accessed 15.05.2013].
- IASP. 2012. *IASP taxonomy* [Online]. International Association for the Study of Pain. Available: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698> [Accessed 12.01.2014].
- KIM, H. S., SCHWARTZ-BARCOTT, D., TRACY, S. M., FORTIN, J. D. & SJÖSTRÖM, B. 2005. Strategies of Pain Assessment Used by Nurses on Surgical Units. *Pain Management Nursing*, 6, 3-9.
- KVALE, S. & BRINKMANN, S. 2010. *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- LAYMAN YOUNG, J., HORTON, F. M. & DAVIDHIZAR, R. 2006. Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 412-421.
- MALTERUD, K. 2013. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - En innføring*, Oslo, Universitetsforlaget

- MARTINSEN, K. 1990. Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie. In: JENSEN, T. K., JENSEN, L. U. & KIM, W. C. (eds.) *Sykepleiens grunnlagsproblemer: etikk, vitenskapsteori, ledelse og samfunn*. Gyldendal Norsk Forlag.
- MARTINSEN, K. 2005. *Samtalen, skjønnnet og evidensen*, Oslo, Akribe AS.
- MCCAFFERY, M. & BEEBE, A. 1996. *Smerter - En lærebok for helsepersonell*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- MOLANDER, B. 1996. *Kunnskap i handling*, Göteborg, Daidalos AB.
- MÖLNLYCKE. *Visual Analog Scale* [Online]. Molnlycke Health Care. Available: http://www.molnlycke.com/patient/Global/Wound/Safetac/VAS_4colours.jpg [Accessed 03.09.2013].
- NORTVEDT, F. & NORTVEDT, P. 2001. *Smerte - fenomen og forståelse*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- NORTVEDT, P. & GRIMEN, H. 2004. *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*, Oslo, Gyldendal Akademisk.
- OLSEN, H. 2003. "Gode" kvalitative interview med "riktige" informanter? *Sosiologisk tidsskrift* 11(2), 123-153.
- PAULGAARD, G. 1997. Feltarbeid i egen kultur - innenfra, utenfra eller begge deler? In: FOSSASKÅRET (ed.) *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.
- POLIT, D. & BECK, C. 2012. *Nursing reserarch - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Philadelphia, Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- REIERSDAL, O., HELLAND, E. S. & PETTERSEN BREDLAND, H. 2007. *Sykepleierne bruker ikke smerteskala* [Online]. Sykepleien. Available: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=117887 [Accessed 01.08.2013].
- ROGNSTAD, M.-K., FREDHEIM, O. M. S., JOHANNESSEN, T. E. B., KVARSTEIN, G., SKAUGE, M., UNDALL, E. & RUSTØEN, E. 2012. Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 545-552.
- SLOMAN, R., ROSEN, G., ROM, M. & SHIR, Y. 2005. Nurses' assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 125-132.
- STUBHAUG, A. & LJOSÅ, T. M. 2010. Hva er smerter. In: WAHL, A. K. (ed.) *Ulike tekster om smerter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- TJORA, A. 2012. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- TORVIK, K., SKAUGE, M. & RUSTØEN, T. 2010. Smertekartlegging. In: WAHL, A. K. (ed.) *Ulike tekster om smerter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- VAN DIJK, J. F., VAN WIJCK, A. J., KAPPEN, T. H., PEELEN, L. M., KALKMAN, C. J. & SCHUURMANS, M. J. 2012. Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*, 49, 65-71.
- WØIEN, H. & STRAND, A. C. 2010. Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. In: WAHL, A. K. (ed.) *Ulike tekster om smerter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Vedlegg 1 **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt**

Sykepleieres erfaringer med bruk av smerteskalaen VAS

Bakgrunn og hensikt

Det er en forespørsel til deg om å delta i en studie som omhandler sykepleieres erfaringer med smerteskalaen VAS. Formålet med studien er å få en større forståelse rundt hvilke erfaringer du som sykepleier har med bruk, eventuelt ikke bruk av VAS i vurdering og kartlegging av postoperative smerter hos ortopediske pasienter.

Sammen med 3 andre sykepleiere rettes denne forespørselen om deltakelse til deg fordi du er sykepleier og har arbeidet ved ortopedi og plastikkirurgisk avdeling i minst 3 år. Du har kunnskap om smerteskalaen VAS og det antas derfor at du har verdifull erfaring om bruk, eventuelt ikke bruk av VAS. Studien vil bli utført av undertegnede og skal danne grunnlaget for en masteroppgave i helsefag. Prosjektleder og veileder er stipendiat Margrethe Kristiansen ved Universitetet I Tromsø, institutt for helse og omsorgsfag.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at du må sette av 1 time til individuelt intervju. Du vil bli spurt om dine erfaringer med bruk/ikke bruk av smerteskala (VAS). Spørsmålene vil omhandle dine refleksjoner og tanker rundt hvorfor og hvordan du benytter eventuelt ikke benytter deg av VAS. Å delta i studien skal ikke innebære noen risiko eller ulemper for deg. Intervjuet vil finne sted på et tidspunkt og sted som passer deg og du er sikret at ingen andre vet om at du deltar i studien.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger og resultater avidentifiseres. Lydfiler oppbevares på PC tilknyttet universitetets institusjonsnettverk med passord, og utskrifter oppbevares innelåst i prosjektperioden. Personidentifiserbare opplysninger og skriftlig informert samtykke oppbevares innelåst adskilt fra resten av datamaterialet. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Det er kun meg og min veileder på masteroppgaven, som har adgang til datamaterialet. Prosjektet er på forhånd meldt til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) og jeg vil forholde meg til deres krav om oppbevaring og makulering av datamateriale. Masteroppgaven antas å være ferdig våren 2014 og alt av materiale knyttet opp mot studien vil da slettes og makuleres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for ditt videre arbeidsforhold. Dersom du ønsker å delta, undertegner du vedlagt samtykkeerklæring og sender den per post i vedlagte ferdigfrankert svarkonvolutt til undertegnede. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien kan du kontakte meg på telefon 91 79 03 38 eller på mail: ronez@hotmail.com. Eller prosjektleder Margrethe Kristiansen på telefon 776 60 763 eller mail margrethe.kristiansen@uit.no.

Med Vennlig Hilsen
Rita Hilde Ronesen

Vedlegg 2

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Telefon nummer jeg kan kontaktes på _____

- Gjenta generell informasjon om studien, hvordan det skal foregå, hva spørsmålene innebærer o.l
- Kan du fortelle litt om hva dine arbeidsoppgaver går ut på?
- Kan du si litt om hvordan du vurderer postoperative smerter hos deres pasienter i ditt daglige arbeid?
- Har du kjennskap til smertekartleggingsverktøy, hvilke er du kjent med og bruker til vanlig og hva er din forståelse av hva dette verktøyet inneholder (eller innebærer)?
- Kan du beskrive noen situasjoner i ditt daglige arbeid hvor du bruker VAS for å vurdere postoperative smerter. Ta gjerne utgangspunkt i et eller flere eksempler du har opplevd.
- Oppfølgingsspørsmål: Bruker du smerteskala bare for å kartlegge hvor vondt pasienten har i øyeblikket eller flere ganger som en oppfølging? etter gitt smertelindring for å vurdere effekten av den?
- Kan du beskrive noen situasjoner du har opplevd hvor det ikke lot seg gjøre å bruke smerteskalaen VAS for å vurdere postoperative smerter.
 - Hvorfor lot ikke det seg ikke gjøre å bruke smerteskala i disse situasjonene?
- Kan du fortelle litt om samarbeidet mellom deg og pasienten når du bruker smerteskala? Hva bidrar du med og hva bidrar pasienten med?
- Hvilken betydning mener du har VAS for ditt arbeid med å vurdere smerter hos pasienten i forhold til å sikre at smertevurderingen og smertebehandlingen blir så god som mulig?
- Er det noe du tenker på som du mener er relevant for dette intervjuet og som jeg ikke har spurt om til nå?

Vedlegg 4

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 2
N-5007 Bergen
Norway
Tel. +47-55 58 21 17
Fax. +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Margrethe Kristiansen
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 11.09.2013

Vår ref:35354 / 3 / MB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.09.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35354	<i>Sykepleieres erfaringer med bruk av smerteskala VAS</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Margrethe Kristiansen</i>
<i>Student</i>	<i>Rita Ronesen</i>

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

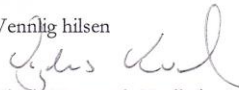
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

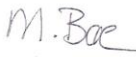
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.05.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marianne Bøe

Marianne Bøe tlf: 55 58 25 83
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Rita Ronesen, Th Widdingsveg 44, 9020 TROMSDALEN