



Universitetet
i Stavanger

Postoperativ smertevurdering
En kvalitativ studie om sykepleieres erfaringer

Gunhild Bakkalia Bjørnå

30.mai 2015

Masteroppgave i Helsevitenskap

Universitetet i Stavanger

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Institutt for helsefag

Veileder: Professor Britt Sætre Hansen

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: (vår/høst – årstall)

Vår 2015

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Gunhild Bakkalia Bjørnå

VEILEDER: Professor Britt Sætre Hansen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Postoperativ smertevurdering
- en kvalitativ studie om sykepleieres erfaringer

Engelsk tittel:

Nurses' experiences of post operative pain assessment, a qualitative study.

EMNEORD/STIKKORD: Postoperativ (Postoperative), Smertevurdering (Pain assessment), Sykepleie (Nursing), Lærende organisasjon (Learning Organization), Kunnskapsbasert praksis (Evidence -Based Practice)

ANTALL SIDER: 73 + vedlegg

STAVANGER 30.05.2015

FORORD

Jeg avslutter nå et krevende 2-årig mastergradstudie i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. Studiet har innfridd alle mine forventninger, og det har vært lærerike og givende år.

Postoperativ smertevurdering har et stort fokus i min yrkeshverdag som intensivsykepleier i en postoperativ avdeling. Det har derfor vært et privilegium for meg å kunne fordype meg i fagfeltet gjennom denne masteroppgaven.

Jeg er stolt og takknemlig for å være en del av fagmiljøet ved intensiv/postoperativ avdeling ved Universitetssjukehuset i Stavanger. Det er mange som har hjulpet meg med motivasjon og inspirasjon disse to årene.

Det er flere som fortjener en stor takk, og som har gjort det mulig å skrive denne masteroppgaven; Deltagerne i studiet har delt av sine erfaringer om smertevurdering i en travel hverdag. Jeg vil takke forskningsavdelingen ved Universitetssjukehuset i Stavanger for tildeling av stipendmidler. Arbeidsgiver ved Universitetssjukehuset i Stavanger har tilrettelagt for at studiet lot seg gjennomføre.

En spesiell takk til Britt Sætre Hansen for god og klargjørende veiledning. Medstudent Ramesh Khajavi og kollega Anne Mette Warland har gitt uvurderlig støtte underveis.

En stor takk til mine nærmeste som har vist stor forståelse for at arbeidet med masteroppgaven har vært viktig for meg å gjennomføre.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	6
1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	1
1.2 Formål med studien	5
1.3 Begrepsavklaringer	5
1.4 Kontekst.....	7
1.5 Oppgavens oppbygning	12
2.0 Tidligere forskning	12
2.1 Litteratursøk	12
2.2 Tidligere forskning	13
1.6 Forsknings spørsmål.....	16
3.0 Teoretisk rammeverk	17
3.1 Kunnskapsbasert praksis.....	17
3.2 System tenkning ; Lærende organisasjoner	20
3.3 Senge sin teori om lærende organisasjoner	21
4.0 Metode	24
4.1 Forforståelse	25
4.2 Valg av kvalitativ tilnærming	27
4.3 Valg av deltagere	28
4.4 Valg av datainnsamling.....	29
4.5 Fokusgruppeintervju.....	30
4.6 Kvalitativ innholdsanalyse	32
4.7 Kvalitetskriterier	32
4.8 Forskningsetikk	34
5.0 Presentasjon av funn	36
Tema 1. God smertevurdering krever tid, kunnskap og system.....	37
5.1.1 Subtema 1; Tilstrekkelig tid	38
5.1.2 Subtema 2; Rask pasientflyt.....	40
5.1.3 Subtema 3; Kunnskap satt i system.....	41
5.2 Tema 2; Ulik tilnærming.....	45

5.2.1 Subtema 1; Manglende tillitt til pasienters selvrapporing	46
5.2.2 Subtema 2; Kompetanseoverføring	49
6.0 Diskusjon	50
6.1 God smertevurdering krever tid, kunnskap og system	51
6.1.1 Tilstrekkelig tid	52
6.1.2 Rask pasientflyt	54
6.1.3 Kunnskap satt i system	56
6.2 Ulik tilnærming	61
6.2.1 Manglende tillit til pasientenes selvrapporing	64
6.2.2 Kompetanseoverføring	68
6.3 Styrker og svakheter ved studien	69
7.0 Konklusjon	71

Sammendrag

Bakgrunn: Forskning viser at en stor andel postoperative pasienter opplever å ha smerter postoperativt. God postoperativ smertelindring er viktig for rehabilitering etter kirurgi. Sykepleiere tillegges et stort ansvar i å smertevurdere pasientene i postoperativ fase. Pasientflyten i kirurgisk divisjon er rask og økende. På denne bakgrunn har jeg reflektert over hvordan sykepleiere erfarer postoperativ smertevurdering.

Formål: Formålet med studien var å få innsikt i sykepleieres erfaringer i postoperativ smertevurdering. Et overordnet mål er at funnene kan bidra til å utvikle en kunnskapsbasert smertevurdering til postoperative pasienter.

Metode: Dette studien er en kvalitativ studie med et eksplorativt induktivt design. Det er gjennomført 4 fokusgruppeintervju med til sammen 14 sykepleiere fra kirurgisk divisjon. Graneheim & Lundmans (2004) forståelse av kvalitativ innholdsanalyse ble brukt som grunnlag for analysen. Teoretisk rammeverk er teori om Lærende organisasjoner og modellen om Kunnskapsbasert praksis.

Funnt: God smertevurdering er avhengig av kunnskap, tid og system. Studien avdekket at sykepleierne har behov for teoretisk kunnskap om postoperativ smertevurdering. Fravær av kliniske retningslinjer medfører ulik tilnærming i smertevurderingsarbeidet. Sykepleierne har varierende erfaringer med bruk av Numerisk Rating Scale (NRS). Pasientenes selvrapporing av egen smerteintensitet var ofte ikke i samsvar med sykepleiernes vurdering.

Konklusjon: Sykepleieres behov for teoretisk kunnskap og fravær av kliniske retningslinjer om smertevurdering er en organisatorisk utfordring. Systematikk og god fagledelse er viktige forutsetninger for en kunnskapsbasert tverrfaglig smertevurdering i postoperativ fase.

Nøkkelord: Postoperativ (Postoperative), Smertevurdering (Pain assessment), Sykepleie (Nursing), Lærende organisasjon (Learning Organization), Kunnskapsbasert praksis (Evidence-Based Practice).

Vedlegg

- 1. Intervjuguide**
- 2. Eksempel på matrise i innholdsanalyse**
- 3. Godkjenning fra Personvernombud og forskningsavdelingen**
- 4. Godkjenning fra Fagsjef ved Kirurgisk divisjon**
- 5. Informasjonsskriv til deltagerne med samtykkeerklæring**
- 6. Informasjonsskriv til avdelingsledere**

1.0 Introduksjon

I dette avsnittet vil jeg presentere tema og bakgrunn for oppgaven. Dette vil føre fram til oppgavens problemstilling. Formål, kontekst og sentrale begrep vil deretter bli belyst.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Min bakgrunn er intensivsykepleie, og jeg har valgt å belyse temaet *postoperativ smertevurdering*. Tema er valgt på grunnlag av mange års klinisk arbeid i en postoperativ overvåkingsavdeling. Jeg har hatt flere sterke menneskelige møter med pasienter og deres smerteopplevelser. Dette har gitt meg en grunnholdning preget av dyp respekt for pasienters opplevelse av smerte.

Smertelindring etter kirurgi er en forutsetning for god og rask rehabilitering av helse og fysisk funksjon (Popping et al., 2008 ; Kehlet, 1997). Montreal deklarasjonen skriver at tilgangen til smertebehandling er en grunnleggende menneskerettighet (Cousins & Lynch, 2011). Med et økt fokus på økonomistyring og knappe ressurser i spesialisthelsetjenesten, er det en risiko for at det overskygger det humanistiske aspektet i ett smertelindringsperspektiv (Breivik & Romundstad, 2012)

Smertebehandling er viktig også i et folkehelseperspektiv. Folkehelsemeldingen 2012-2013, God helse – Felles ansvar anslår at 30% av befolkningen har utviklet kroniske smerter, og at kroniske smerter er en av utfordringene i det 21. århundre (Meld. St. 34 (2013-2014), s. 29). En årsak til utvikling av kroniske smerter er kirurgiske inngrep. Tall fra befolkningsundersøkelsen i Tromsø tyder på at 40 prosent av dem som gjennomgår et kirurgisk inngrep får varige smerter etter inngrepet, og at 18 prosent av de opererte utvikler moderat eller sterk smerte i mer enn tre måneder etter inngrepet (Meld. St. 34 (2013-2014), s. 29). Ubehandlet postoperativ smerte er i forskningslitteratur assosiert med utvikling av langvarig smerte hos 10-50% (Polomano,

Dunwoody, Krenzischek & Rathmell, 2008). En nyere norsk studie anslår at 15-20 % utvikler kronisk smerte (Fredheim, O., M., Kvarstein, G & Undall, E. 2011).

God postoperativ smertebehandling er viktig for et normalt pasientforløp, og vedvarende smerter vil kunne påvirke mobilisering, pasienttilfredshet, risiko for komplikasjoner og risiko for utvikling av kroniske smerter (Liu SS, Wu CL., 2007; Corke, 2013; Kehlet, 2004; Fredheim, Borchgrevink & Kvarstein, 2011). Mange studier finner at postoperativ smerte er underbehandlet til tross for store kliniske endringer i behandlingen av smerte etter kirurgi (Rognstad et al., 2012). Internasjonale og nasjonale studier viser til at 30 – 40% av postoperative pasienter er underbehandlet. (Polomano et al., 2008). I artikkelen *Postoperativ smerte – undervurdert og underbehandlet* er følgende utsagn hentet;

Vi har en jobb å gjøre for pasienter som har smerter etter en operasjon. Vi har kunnskap og godt verktøy tilgjengelig. Mye kan gjøres ved simpelthen å erkjenne og implementere dette. Gode basisrutiner bør tilpasses forholdene på det enkelte sykehus, det aktuelle inngrep og den enkelte pasient. (s.1740)

Forutsetningen for en god smertebehandling er systematisk individuell smertekartlegging (Rustøen & Wahl, 2004; Breivik et al., 2008). Kompetente sykepleiere bør kjenne til internasjonale standarder for smertevurdering. Disse er ikke juridisk bindende, men er anerkjente faglige standarder om smertevurdering. Eksempler på faglige standarder Joint Commission on Accreditation Hospitals Organizations (JCAHO) og International Association for the Study of Pain (IASP) (Polomano, 2008).

Smertevurdering er en vesentlig og utfordrende del av postoperativ smertebehandling, og må ta utgangspunkt i en biopsykososial forståelsesramme. Sykepleieres funksjon styres av juridiske, etiske og faglige retningslinjer (Lov om helsepersonell §4, 1999; Lov om pasientrettigheter, 1999; Lov om spesialisthelsetjeneste, 1999., og Yrkesetiske

retningslinjer for sykepleiere, 2011). Det forventes at sykepleiere har kunnskap om smerte som et multidimensjonalt fenomen.

Smertelindring er ett av sykepleieres hovedanliggender. Sykepleiere har i følge Forskrift for legemiddelhåndtering (2008) et delegert ansvar for å vurdere pasienters smerter, administrere forordnet analgetika, vurdere og dokumentere effekt og bivirkninger. Dette er og forankret i Helsepersonelloven & 4 (1999) som inneholder følgende føringer:

“Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”

Sykepleiere har videre plikt til å vise omsorg for alle som lider, noe som er nedfelt i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Kjernen i de Yrkesetiske retningslinjene er at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert. Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse og bidrar til en naturlig og verdig død (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

I Meld. St 10, 2012-13 God kvalitet - trygge tjenester kan en lese at Sykepleieforbundet de siste årene har rettet oppmerksomheten mot betydningen av at sykepleiere mer systematisk tar i bruk forskning, erfaringer og brukerpreferanser for å sikre en kunnskapsbasert praksis (Meld. St. 10, (2012-13), s. 23). Det vil framover være viktig med sykepleieres faglige tilstedeværelse i tilnærmingen til smerte, slik at det utvikles gode og trygge pasientforløp. Dette perspektivet er viktigere enn andre multimodale tilnærminger til postoperativ smerte (Polomano et al., 2008,).

Ulike smertevurderingsverktøy er utviklet og validert (Breivik et al., 2008). For å vurdere smerte og kontrollere effekten av den smertebehandlingen som gis, er det av stor betydning at det foretas en omsorgsfull objektiv smertevurdering (Rawal, 1999). Jeg har reflektert over i hvilken grad det brukes smertevurderingsverktøy på sengepostene, og i hvilken grad det foreligger retningslinjer om smertevurdering. Selv

om validerte smertevurderingsverktøy er tilgjengelig til bruk i klinisk praksis, er min praksiserfaring at bruken kan være uorganisert og usystematisk.

Bruk av smertevurderingsverktøy er viktig for å unngå over og underdosering av analgetika, og det er offentlig belyst at overdosering av analgetika i postoperativ fase har ført til tragiske dødsfall på sengepost siste årene i Norge (Breivik & Romundstad, 2012, s. 673)

Utviklingen senere år er at pasientene har betydelig kortere liggetid i overvåkingsavdeling enn tidligere. Konsekvensen er en rask og økende pasientflyt fra postoperativ avdeling til kirurgiske sengeposter. Den korte liggetiden i overvåkingsavdeling pålegger sykepleiere i kirurgisk avdeling et større ansvar for postoperativ smertevurdering. Pasienter i tidlig fase etter kirurgi vil ha varierende grad av akutt smertepåvirkning, og de fleste vil ha behov for medikamentell smertelindring. Jeg har undret meg over hvilken betydning den raske pasientflyten kan ha for sykepleieres erfaringer med smertevurdering på sengepost.

Flytting til sengepost fra postoperativ overvåkingsenhet blir i forskningsartikler beskrevet som krevende overganger med hensyn til smertelindring (*eng.* "analgetic gap"). Sykepleiere er den faggruppen som har tettest oppfølging i et postoperativ forløp, og kan forhindre "analgetic gaps" ved å være proaktive i pasienttilnærmingen (Polomano et al., 2008,).

Oppgavens problemstilling tar utgangspunkt i egne refleksjoner, forskningsbasert kunnskap og interesse for tema.

Hvilke erfaringer har sykepleiere i kirurgisk divisjon med postoperativ smertevurdering?

Problemstillingen vil kunne være relevant for praksisfeltet og virksomheten, da analysen av de empiriske data vil kunne gi innsikter som kan ha betydning for sykepleietjenesten sin organisering og utøvelse av smertevurdering på kirurgisk avdelinger.

1.2 Formål med studien

Formålet med denne studien er å få belyse sykepleieres erfaringer med postoperativ smertevurdering i kirurgisk divisjon. Et overordnet mål er at funnene kan bidra til å utvikle en kunnskapsbasert smertevurdering til postoperative pasienter.

1.3 Begrepsavklaringer

Smerte

Den mest brukte smertedefinisjonen er hentet fra International Association for The Study of Pain (IASP) fra 1994;

”smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade, og smerten er alltid subjektiv”.

Etter denne definisjonen skal pasienters selvrapporing aksepteres. En annen forståelse er at ”smerte er det som personene sier at en har, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier han har smerte” (McCaffery og Beebe, 1998). En fokuserer ikke utelukkende på fysiologiske smertemekanismer, men fokuset rettes mot at smerte er en subjektiv opplevelse. Videre vil kontekst og smertens mening påvirke smerteopplevelsen (Seers & Friedli, 1996). Slik er smerte et multidisiplinært begrep som vil kreve en biopsykososial forståelsesramme.

Den mest vanlige inndelingen av smerte er å skille mellom akutte og langvarige smerter, kreftrelaterte smerter eller ikke-maligne smerter. Smerteteorier og ulike smertemodeller vil ikke bli belyst nærmere i denne oppgaven.

Ulike typer somatiske smerter er viscerale, nociseptive, inflammatoriske eller funksjonelle. Litteraturen beskriver varigheten av akutt smerte alt fra minutter til opp mot 3 måneder. Postoperativ smerte er vanligst en akutt nociseptiv smerte, der smerte oppstår på grunn av vevsskadelig stimulus. Dette er en normal reaksjon på vevsskade, og er en forventet smerte etter kirurgiske inngrep. Postoperativ smerte skal lindres både av medikamentelle og ikke- medikamentelle tiltak (Rustøen & Wahl, 2004).

Smertevurderingsverktøy

Kartlegging av smerteintensitet er en vesentlig dimensjon i smertevurderingen. Hensikten med smertevurdering er å identifisere smerte og smerteintensitet, samt å vurdere effekten av smertelindrende tiltak. Ulike typer validerte smertevurderingsverktøy er utviklet, og anbefales brukt i forhold til alder, kontekst og kognitiv utvikling for øvrig. De kategoriseres som endimensjonale eller flerdimensjonale smertevurderingsverktøy. Det er utviklet smertevurderingsverktøy for pasientgrupper som har nedsatt eller manglende evne til å kommunikasjon. Disse pasientene anbefales å smertevurderes ved hjelp av ansiktskala eller observasjonsverktøy. Personer med en demensdiagnose er eksempel på en pasientgruppe som har nedsatt evne til kommunikasjon (Breivik et al., 2008).

Smertevurderingsverktøy er ment å være et hjelpemiddel i en individuell tilnærming.

Selvrapportering av smerte kalles for ”den gyldne standard”. Validerte smertevurderingsverktøy gir god beslutningsstøtte, og sikrer en systematisk tilnærming (Rustøen & Wahl, 2004).

Barn helt ned til 3-4 års alder har evne til selvrapportering av egen smerteopplevelse . De mest vanlige endimensjonale smertevurderingsverktøyene for å kartlegge smerteintensitet hos voksne er numerisk skala (NRS) og visuell analog skala (VAS) (Dunwoody, Krenzischek, Pasero, Rathmell & Polomano, 2008; Breivik et al., 2008).

Fig. 1;

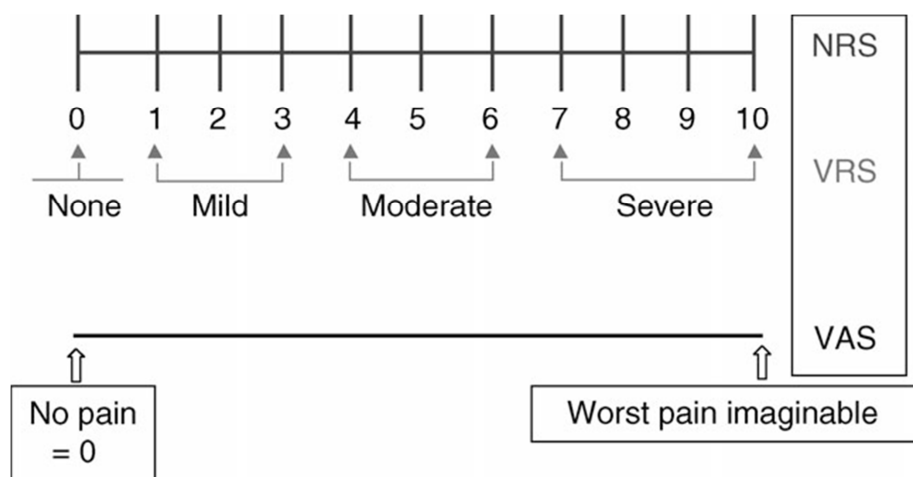


Fig 1 Commonly used one-dimensional pain intensity scales: the 11-point NRS, the VAS from no pain (.0) to worst pain imaginable [.10 (or 100)] and the four-point categorical verbal rating scale (VRS) (Breivik et al., 2008).

Ikke-medikamentelle behandlingstiltak

Ikke –medikamentell behandling er viktig i postoperativ sammenheng. Dette er ulike tiltak som er med på å redusere postoperativ smerte. Eksempler på tiltak er musikkterapi, avspenningsteknikker, godt sengeleie, informasjon og trygghet. Spesialiserte smerteklinikker anvender metoder som kognitiv terapi, akupunktur , fysioterapi og transkutan nervestimulering (Rustøen &Wahl, 2008).

1.4 Kontekst

Kirurgisk divisjon tilbyr tjenester innenfor et bredt behandlingsområde, og består av flere kliniske avdelinger. De aller fleste inneliggende pasienter har gjennomgått kirurgiske inngrep. Eksempel på kliniske avdelinger er ; endokrin-kirurgisk seksjon,

kar/thorax kirurgisk seksjon og urologisk kirurgisk seksjon. Kirurgisk Divisjon har over 1000 medarbeidere. Divisjonen er preget av høy aktivitet, og behandler årlig ca. 16000 heldøgns pasienter, 145000 polikliniske konsultasjoner og 12000 dagkirurgiske inngrep.

Kirurgisk divisjon ønsker sykepleiere som er ute hos pasientene, det er hos pasienten det skjer. Målet er at pasientene møter bevisste og faglig dyktige sykepleiere som har pasienten i fokus. I Kirurgisk divisjon bygges sykepleien omkring omsorgstanken vi finner hos filosofen K. E. Løgstrup, og sykepleier og filosof Kari Martinsen. Helse Stavanger sin visjon er ; *Vi skal fremme helse og livskvalitet*. Organisasjonene sine verdier er ; *Respekt* i møte med pasient, pårørende og medarbeidere. *Kvalitet* i prosess og resultat. *Trygghet* for tilgjengelighet og omsorg (Helse Stavanger, 2015).

Sykehusets hovedoppgaver er å yte god pasientbehandling, utdanne helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8, 1999). I Strategiplanen for Helse Stavanger HF 2013-2017 er målet;

- Trygge og nære sykehustjenester
- Helhetlig behandling og effektiv ressursbruk
- En fremtidsrettet kompetanseorganisasjon

(Helse Stavanger, 2015).

Pasientflyt fra postoperativ overvåkingsavdeling til kirurgisk avdeling

Type anestesi, pasientenes allmenntilstand og kirurgisk inngrep er bestemmende for hvor lang overvåkingstid pasientene har behov for i en postoperativ overvåkingsenhet. I tråd med Norsk Standard for Anestesi (2010) sine anbefalinger, blir pasientene tilbakeført til kirurgisk sengepost når de vurderes som stabile sirkulatorisk og respiratorisk. Det skal ikke være tegn på pågående blødning. Behandlingsmål i forhold til smerteintensitet er ≤ 4 på Numerisk Rating Scale (NRS). Det er krav til at pasientene skal være våkne og orientert om tid og sted. Videre skal en forsikre seg om at det ikke

foreligger urinretensjon (Norsk Standard for Anestesi, 2010). Når pasienten er vurdert som flytteklar til kirurgisk sengepost, overføres pasienten ved hjelp av telefonrapport og bruk av portør.

Ved ankomst til kirurgisk avdeling blir pasienten møtt av pasientansvarlig sykepleier. Her foretas den første smertevurderingen etter flytting fra postoperativ overvåkingsenhet. På pasientenes hovedkurve er det rubrikker for vitale tegn som BT, puls og temperatur. Det er vanlig praksis å ta gjentatte målinger med medfølgende dokumentasjon. Smertevurderingen etter dette foretas etter pasientens behov med varierende dokumentasjon og bruk av smertevurderingsverktøy.

Faglige standarder innen postoperativ smertevurdering/smertebehandling

Postoperativ smertevurdering inngår i en i en faglig kontekst.

Her følger en oversikt over internasjonale faglige standarder som omhandler tema (Polomano, 2008).

<p>Institute for Safe Medicati on Practices</p>		<p>Practical error-reduction strategies:</p> <ul style="list-style-type: none"> When selecting pump for purchase. Before distributing pump to clinical units. Before initiating PCA. When transcribing orders. When receiving PCA medications. When initiating and maintaining PCA. When monitoring the effects of PCA. Error awareness and reporting.
<p>Joint Commiss ion on Accredita tion of Healthca</p>		<p>Health care institutions must:</p> <ul style="list-style-type: none"> Screen patients to assess the nature and intensity of pain. Determine staff competency in APM. Establish effective procedures for effective APM. Educate patients and families about effective APM. Address patients' needs for management during discharge.

re Organiza tions (JCAHO)		
------------------------------------	--	--

American Pain Society (APS)	APS Recommendations for Improving the Quality of Acute and Cancer Pain Management	<p>Prompt recognition and treatment of pain.</p> <p>Involvement of patients and families in the pain management plan.</p> <p>Improved treatment patterns.</p> <p>Regular reassessment and adjustment in the pain management plan as needed.</p> <p>Measurement of processes and outcomes of pain management.</p>
American Society for Pain Management Nursing (ASPMN) and APS	Consensus Statement of the ASPMN and APS on the Use of "As Needed" Range Orders for Opioid Analgesics in the Management of Acute Pain	<p>Range orders can be a source of confusion but are necessary.</p> <p>Construct orders with a fixed time interval.</p> <p>Maximum dosage of range should not be greater than 4 times the minimum dose.</p> <p>Processes are required to ensure staff are competent in the writing, interpretation and implementation of PRN range orders.</p>
American Society of Anesthesiologists (ASA)	Practice Guidelines for Acute Pain Managements in the Perioperative Setting	<p>Facilitate the safety and efficacy of perioperative APM.</p> <p>Reduce the risk of adverse outcomes.</p> <p>Maintain patient functional abilities and physical and psychological well-being.</p>

Organization	Guideline	Key Points
<p>American Society of PeriAnesthesia Nurses (ASPAN)</p>	<p>ASPAN Pain and Comfort Clinical Guideline</p>	<p>Designed to "provide educational support for perianesthesia nurses and to provide optimal pain comfort management for perianesthesia patients."</p> <p>Detailed guidelines for pre- and postanesthesia.</p> <p>Recommends monitoring numerous items, including vital signs, patient history, pain intensity, and educational needs.</p> <p>Recommends various interventions depending on the patient's phase (preoperative, postanesthesia phase I, postanesthesia phases II and III). Interventions include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification of pain, physicians' order, and procedure. • Educating patient and family on potential outcomes of pain and pain and comfort measures. • Initiation, monitoring, and adjustment of pharmacologic interventions as needed.
<p>American Pain Society (APS)</p>	<p>APS Recommendations for Improving the Quality of Acute and Cancer Pain Management</p>	<p>Prompt recognition and treatment of pain.</p> <p>Involvement of patients and families in the pain management plan.</p> <p>Improved treatment patterns.</p> <p>Regular reassessment and adjustment in the pain management plan as needed.</p> <p>Measurement of processes and outcomes of pain management.</p>
<p>American Society for Pain Management Nursing (ASPMN) and</p>	<p>Consensus Statement of the ASPMN and APS on the Use of "As Needed" Range Orders for Opioid Analgesics in the Management of Acute</p>	<p>Range orders can be a source of confusion but are necessary.</p> <p>Construct orders with a fixed time interval</p>

1.5 Oppgavens oppbygning

I kapitel 1 beskrives bakgrunn for oppgaven, problemstilling, formål, begrepsavklaringer og kontekst. Kapittel 2 beskriver tidligere forskning. På bakgrunn av dette presenteres forskningsspørsmålene avslutningsvis i kapittel 2. Teoretisk rammeverk presenteres i Kap.3. Den metodiske tilnærming presenteres og drøftes i kapittel 4. I kapittel 5 presenteres studiens funn. I kapittel 6 diskuteres funnene. Konklusjon, implikasjon for praksis og forslag til videre forskning presenteres i kapittel 7.

2.0 Tidligere forskning

I dette kapittelet beskrives litteratursøk, tidligere forskning og forskningsspørsmål. Det er gjort flere studier om postoperativ smertevurdering både nasjonalt og internasjonalt. Flere studier er rettet mot sykepleieres rolle i postoperativ smertevurdering. Jeg ønsker å presentere et utvalg av relevante studier.

2.1 Litteratursøk

I litteraturgjennomgang om oppgavens tema har jeg gjort et elektronisk søk i databasen Oria, Cinahl og SweMED+. Oria er en forholdsvis ny tjeneste levert av Bibsys, og er en større søkemotor som lar deg søke i bibliotekets samlede ressurser. For å kvalitetssikre søket ble det foretatt sammen med sykehusbibliotekar. Det er publisert svært mye rundt tema postoperativ smertevurdering, og det var en viktig del av søkestrategien å finne relevante søkeord. Søket var avgrenset til perioden 2005 – 2015. På bakgrunn av søket og oppgavens problemstilling er det valgt ut artikler som brukes i oppgaven. Utvalget av artikler er gjort ved i tillegg å vurdere kontekst. Studier fra land som er sammenlignbare med norsk spesialisthelsetjeneste ble vurdert som relevante. I tillegg har jeg gjort manuelle søk ved å lese referanselistene til artikler om tema.

Artiklene er hentet fra fagfellevurderte tidsskrift. Engelske søkeord var postoperative pain, nursing, nurses, pain assessment, and adults. Norske søkeord var postoperativ smerte, sykepleie, smertevurdering og voksne.

2.2 Tidligere forskning

Nasjonale og internasjonale studier viser at postoperativ smertebehandling i sykehus ikke er tilfredsstillende. Dette blir knyttet til plagsom smerte hos pasientene det første postoperative døgnet (Fredheim et al., 2011; Rognstad et al, 2012; Wadensten, Frojd, Swenne, Gordh & Gunningberg, 2011). Postoperativ smerte er både en medisinsk og sykepleiefaglig utfordring i sykehus til tross for avanserte metoder i smertebehandling og mye kunnskap om smerte som fenomen (Karlsten, Strøm, & Gunningberg 2005; Polomano, 2008). På denne bakgrunn anbefales ytterligere forskning og et økt tverrfaglig fokus på smertelindring i praksisfeltet. Det blir understreket at mer utdanning er nødvendig for å sikre at helsepersonell i kirurgiske avdelinger innehar oppdatert kunnskap (Rognstad et al, 2012; Al-Shaer, Anderson & Hill, 2011; Duffy & Bell, 2009).

En tverrsnitts studie fra Nederland som inkluderte 1490 kirurgiske pasienter viste at 30% av nyopererte pasienter hadde moderate til sterke smerter første postoperative dag (Sommer , de Rijke & van Kleef, 2008, 267–74). En norsk sammenlignbar tverrsnitts studie viser at 38 % av inneliggende pasienter anga en gjennomsnittlig smerteskår på ≥ 4 på en visuell analog skala (VAS). Pasientene ble intervjuet 12-30 timer etter operasjonen, på sengepost. Et annet funn i samme studie var at postoperativ smerte ble dokumentert bare hos 22 % av pasientene . Dersom smerte ikke kartlegges systematisk, risikerer en at mange pasienter ligger med vedvarende sterke smerter som både forhindrer mobilisering og øker faren for komplikasjoner (Fredheim, Kvarstein & Undall 2011). God praksis bør innebære en kartlegging av smerteintensitet minst tre ganger i døgnet, at det foreligger retningslinjer for smertebehandling og at smerteintensitet skal revalueres etter medikasjon er gitt (Fredheim et al., 2011). Det er

viktig at sykepleiere har forskningsbasert kunnskap og tilgang til kunnskapsbaserte retningslinjer (Dunwoody, Krenzischek, Pasero, Rathmell & Polomano, 2008). En norsk oversiktsartikkel fra 2011 om behandling av postoperativ smerte i norske sykehus fastslår at god organisering av smertebehandling er avgjørende. Rutiner for systematisk kartlegging i smertevurdering er viktige betingelser for en god og trygg smertebehandling. En fortløpende og systematisk evaluering av smertenivå i hvile/ro og ved bevegelse må ligge til grunn for smertevurderingen. Et hovedbudskap er at alle sykehus bør ha prosedyrer for postoperativ smertelindring og ha etablerte akutt-smerte-team der sykepleiere inngår. Slike team kan bidra til kompetanseoverføring, utarbeide rutiner og inneha et faglig oppfølgingsansvar (Fredheim, Borchgrevink, & Kvarstein, 2011; Karlsten et al., 2005).

En litteraturstudie publisert i *British Journal of Nursing*, om smertevurdering i ett kirurgisk sykepleieperspektiv, konkluderer med at sykepleiere bør ha et reflektert syn på egen praksis. Slik kan en forbedre og øke kvaliteten i smertebehandlingstilbudet. Studien understreker at det har blitt gjort få endringer i praksisfeltet til tross for mye forskning om smertevurdering/behandling. Det må på plass en multidisiplinær innsats for å redusere gapet mellom teori og praksis. Litteraturgjennomgangen peker på sykepleieres holdninger og organisering av eget arbeid som barrierer for en god smertevurdering (Bell & Duffy, 2009).

En svensk studie beskriver opprinnelsen til modellen ”akutte- smerte-team”. Modellen ble utviklet i Sverige av Rawal (1999) for å møte behovet for optimal postoperativ smertebehandling. Akutte smerteteam er sykepleierstyrte team med veiledning fra anestesilege. Hensikten er å veilede og undervise sykepleiere på sengepost i smertevurdering/behandling, samt påse at det foreligger faglige retningslinjer. Det blir understreket at sykepleiere som arbeider på avdelingene har en vesentlig rolle i forbedringsarbeidet med smertevurdering. Betydningen av smertevurdering i postoperativ fase, var bakgrunnen for denne intervensjonsstudien fra 2005. Det ble gjennomført repeterte tverrfaglige undervisningsopplegg over en 3 års periode. Fokusområder var oppdaterte retningslinjer, simulering og tverrfaglige møter med

ressurspersoner innen smerte. Utgangspunkt for smertevurdering var bruk av smertevurderingsverktøyet NRS. Studien viser at smertevurderingen etter gjeldene protokoll ble forbedret fra 71% til 91% i kirurgisk avdelinger, og fra 60% til 88% i ortopedisk avdeling (Karlsten et al., 2005).

Flere kvantitative studier har sett på sykepleieres kunnskapsnivå i smertebehandling og smertevurdering. Studiene belyser det faktum at postoperativ smertevurdering er mangelfull og en vedvarende utfordring i helsetjenesten. Både Ene et al. (2008) og Al-Shaer et al. (2011) påpeker behovet for en økt kompetanse i ett smertevurderingsperspektiv. Resultatene samsvarer ikke helt med Rognstad et al. (2012) som finner at sykepleiere opplever seg som meget godt kompetente i å vurdere nociceptive smerter. Sykepleiere rapporterer i studien at pasientene mottar tilfredsstillende smertelindring på egen arbeidsplass. Dette står i motsetning til andre studier der postoperativ smerte framstår som underbehandlet. Rognstad et al. (2012) setter dette funnet i sammenheng med en mulig undervurdering av pasientenes smerte fra sykepleieres side.

I studien til Ene et al. (2008), blir det beskrevet at en stor andel av sykepleierne ikke brukte smertevurderingsverktøy. Samme problemstilling blir belyst i en svensk survey. Smertevurderingsverktøy anvendes i liten grad (Wadensten et al., 2011). Dihle et al. (2006) finner at sykepleiere ofte vil stole på egen vurdering framfor å ta i bruk et egnet smertevurderingsverktøy. Ett av funnene er at sykepleiere gjør noe annet enn det de tror de gjør i tilnærmingen til pasienters smerte. I smertevurdering ble kommunikasjon og observasjon av pasienten løftet fram. Det var imidlertid en stor variasjon i tilnærmingenes effektivitet i et smertevurderingsperspektiv. Direkte kommunikasjon og sensitivitet overfor pasientens kroppsspråk er beskrevet som gode tilnærminger (Dihle, Bjølseth & Helseth, 2006). Ene et al. (2008) beskriver en diskrepans mellom sykepleieres og pasienters vurdering av smerte. Smertelindrende tiltak ble iverksatt på bakgrunn av sykepleiernes dokumentasjon mer enn til pasienters selvrapporing.

Postoperativ smertevurdering er spesielt utfordrende hos pasienter med langvarige smerter. Få studier er gjort sett fra pasientenes perspektiv. En dansk kvalitativ studie beskriver imidlertid pasientenes erfaringer. Pasientene opplevde å bli møtt med mistro og ikke med respekt. Mangel på kunnskap om smertebehandling hos helsepersonell blir trukket frem som et hovedfunn (Tei, Dreyer & Nikolajsen, 2012).

En oversiktsartikkel i Pain Management Nursing presenterer ulike perspektiver om framtidens utfordringer i postoperativ smertebehandling. Det er nødvendig å tilrettelegge for et økt kunnskapsnivå hos sykepleiere og leger for å forbedre smertevurderingen. Konsekvenser av underbehandlet smerte må gis mer oppmerksomhet. Sykepleieres rolle bør optimaliseres slik at de kan opptre som pasientenes ”advokat” i smertevurderingen. Betydningen av en økt autonomi hos sykepleiere er viktig i tilnærmingen til smertevurderingen av pasientene (Polomano et al., 2008). For å sikre en god smertebehandling bør helseorganisasjoner utvikle retningslinjer vedrørende smertevurdering , observasjon og bruk av analgetika (Polomano et al., 2008; Fredheim et al., 2011; Breivik et al., 2008).

Oppsummert er funnene ganske entydige i nasjonale og internasjonale studier, og gir viktig kunnskap som utfordrer spesialisthelsetjenesten.

1.6 Forskningsspørsmål

For å belyse og konkretisere problemstillingen er følgende forskningsspørsmål formulert,

- Hvordan erfares postoperativ smertebehandling?
- Hvordan er smertevurdering som fagområde forankret i avdelingen?

3.0 Teoretisk rammeverk

Modellen om Kunnskapsbasert praksis og P. Senge (2006) sin teori om lærende organisasjoner er valgt som teoretiske rammeverk. Teoretiske perspektiver vil bli belyst i punkt 3.1, punkt 3.2. og punkt 3.3.

Oppgavens empiri er knyttet opp mot praksisfeltet, og modellen om kunnskapsbasert praksis er relevant som teoretisk rammeverk. Spesialisthelsetjenesten kjennetegnes av kompleksitet og stor grad av spesialisering. I dag skjer det raske endringer i sykehusene. Økte krav om resultater, kostnadsbesparelser, en flatere ledelsesstruktur med høyere krav om selvledelse og større ansvar på den enkelte, er noen faktorer. Bevisste brukere med høyere kunnskapsnivå både om egen helse, behandlingstilbud, servicenivå og rettigheter, øker forventningsnivået til helsetjenesten.

Det er en klar forventning fra samfunnet sin side om at best tilgjengelig kunnskap skal danne grunnlaget for behandling, pleie og omsorg. Kunnskapsdebatten blant sykepleieforskere fra 1990- tallet om ulike kunnskapsformer i sykepleie vil ikke bli omtalt i oppgaven. Kunnskapsbasert praksis vil i oppgaven bli omtalt som KBP.

Empirien er innhentet i en kunnskapsbedrift der faktorer på systemnivå vil kunne påvirke deltagerne i utøvelse av postoperativ smertevurdering. Sykepleieres smertevurdering gjøres i et ”rammeverk” av faglighet, kontekstuelle og strukturelle faktorer. Slik er teori om lærende organisasjoner relevant.

3.1 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert sykepleie har vært i fokus siden 1970-tallet, og fokuset har i hovedsak vært å redusere gapet mellom teori og praksis. Sykepleie har til alle tider vært basert på

teoretisk og praktisk kunnskap, og først på 1900-tallet ble kunnskapsbasert sykepleie et satsningsområde.

KBP er en konsekvens av føringer i helselovgivningen, profesjonsetikk og økende krav fra pasientene om best mulig omsorg og pleie (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012). I Stortingsmelding 13 (2011-2012) framheves det at det er avgjørende at helsetjenestene bruker kunnskap fra flere kilder på en systematisk måte. Forskning og oppdatert kunnskap er viktig for å øke kvaliteten og troverdighet i tjenestene.

Norsk Sykepleierforbund definerer sykepleiepraksis på følgende måte: ”NSF mener at sykepleiepraksis skal være kunnskapsbasert og bygge på forskning, erfaringsbasert kunnskap, pasientens/brukerens valg og verdipreferanser” (Norsk Sykepleierforbund, 2015).

Teoretisk kunnskap utgjør fundamentet for å forstå, handle og reflektere. Den danner grunnlaget for hvordan og hvorfor sykepleiere skal utøve sitt fag.

Praktisk kunnskap er å beherske teknikker, metoder og fremgangsmåter som er relevante for sykepleie og som er tilpasset de ulike pasientsituasjonene.

Etisk kunnskap innebærer å integrere sykepleiefagets verdigrunnlag, slik at det viser seg i handlinger og holdninger. Etisk kunnskap handler om hvordan sykepleiere bedømmer situasjoner og dermed handler moralsk riktig.

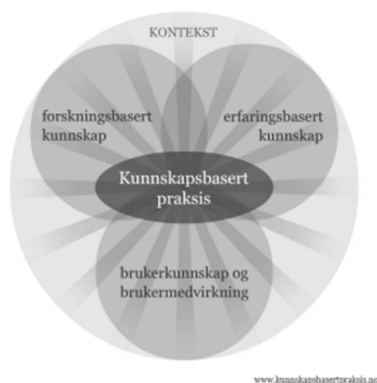
Erfaringskunnskap handler om å anvende den teoretiske kunnskapen og om å bruke og å trene opp ferdigheter (Norsk Sykepleierforbund, 2015).

At sykepleie bygger på beste tilgjengelig kunnskap for pasientenes beste, er en klar forventning også i ett samfunnsperspektiv. Formålet med kunnskapsbasert praksis er å etterspørre, vurdere og eventuelt ta i bruk relevant forskningsbasert kunnskap (Nordtvedt et

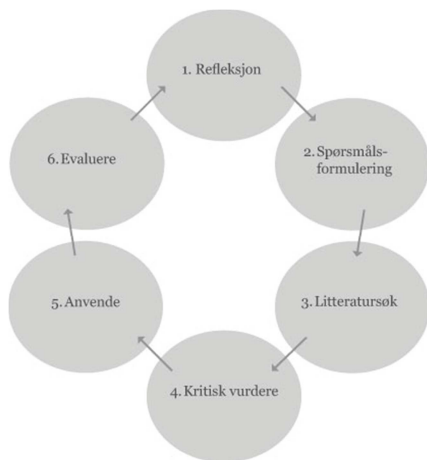
al., 2012). Utviklingen av vår tids moderne helsetjeneste etterspør helsepersonell som kan ta i bruk forskningsresultater som har en klinisk nytteverdi.

Kunnskapsbasert sykepleie blir definert som ” faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap og pasientenes ønsker og behov i den gitte situasjonen”. Konteksten er viktig, og i den mest brukte engelske definisjonen refereres det til ” in the context of available resource” (Nordtvedt et al., 2012).

Forskningsbasert kunnskap er en av flere kilder til en kunnskapsbasert praksis. Forskningsbasert kunnskap alene er imidlertid ikke tilstrekkelig. Erfaringsbasert kunnskap, brukeres behov og preferanser og kontekst er andre kunnskapskilder. De ulike kunnskapskildene likestilles. Se illustrasjon av modell KBP;



Ved å sette modellens ulike elementer sammen oppnår en kunnskapsbasert sykepleie. Dynamikken i å bruke ulike kunnskapskilder forutsetter et faglig skjønn. KBP gir sykepleiere redskaper til å utvikle praksis gjennom en systematisk og reflektert bruk av ulike kunnskapskilde (Nordtvedt et al., 2012). Selve prosessen med å arbeide kunnskapsbasert foregår i en seks trinns modell.



Samlet sett handler dette om å finne forskningsresultater som har klinisk nytteverdi. Sykepleieres erfaringsbaserte kunnskap, ferdigheter, pasientenes ønsker og behov og kontekst vil påvirke sykepleieres praksisutøvelse. Trinn 1 illustrerer betydningen av refleksjon over egen praksis. Prosessen med å arbeide kunnskapsbasert er avhengig av at sykepleiere er bevisste og reflektere profesjonsarbeidere. KBP har bidratt til at forskningskunnskap har blitt lettere tilgjengelig og forståelig for utøvende helsepersonell. På denne måten kan ny kunnskap bidra til å understøtte faglige beslutninger (Senter for Kunnskapsbasert praksis, 2015).

3.2 System tenkning ; Lærende organisasjoner

Internasjonal organisasjonsteori beskriver en filosofi kalt lærende organisasjoner. Som filosofi har den hatt sin utbredelse i helsevesenet de siste år. I en lærende organisasjon er hensikten å utdanne ansatte slik at de framstår som kompetente og trygge. Ansatte med oppdaterte kunnskaper og ferdigheter vil fremme kvaliteten i helsetjenestene. Fundamentet i en lærende organisasjon er enkeltindividene. Deres deltagelse i team bidrar til kollektiv læring. Slik kan ny kunnskap skapes, innhentes, deles og implementeres (Al-Abri & Al-Hashmi, 2007).

Kunnskapssenteret definerer lærende organisasjoner som;

” en organisasjon som har kultur, systemer og lederstil som motiverer sine arbeidere til å lære av sine handlinger, dele lærdommen med andre og bruke den til å løse fremtidige problemer og utfordringer på et strategisk-, taktisk- og operativt nivå”.

Organisasjonskultur, læring og motivasjon er ifølge Kunnskapssenteret viktige faktorer i et organisasjonsperspektiv. (ref?) Det som kjennetegner lærende organisasjoner er at de behersker ulike kunnskaper og ferdigheter. Videre presenteres ti karakteristika for lærende organisasjoner;

1. Team-arbeid og team-læring
 2. Systemisk tenkning og mentale modeller
 3. Fri flyt av informasjon vertikalt og horisontalt
 4. Opplæring og trening av hele arbeidsstokken
 5. Belønningssystem for læring
 6. Kontinuerlig forbedring
 7. Fleksibilitet i virksomhetens strategi og blant ansatte
 8. Desentraliserte hierarki og deltakende ledelse
 9. Lærende laboratorier og kontinuerlig eksperimentering
 10. Støttende, lærende bedriftskultur
- (Kunnskapssenteret,2014?)

3.3 Senge sin teori om lærende organisasjoner

I følge Senge (Senge, 2006) er lærende organisasjoner;

” organisations where people continually expand their capacity to create the results they truly desire, where new and expansive patterns of thinking are nurtured, where collective aspiration is set free, and where people are continually learning to see the whole together”.

Senge (2006) baserer sin teori på fem ulike disipliner. De ulike disiplinene er hver for seg personlige fagområder. Det dreier seg om hvordan enkeltmennesket tenker, drømmer, samhandler og lærer av hverandre.

De følgende fem disiplinene som presenteres er avgjørende for lærende organisasjoner. Disiplinene er dynamiske, og en bør oppmuntres til å følge disse. Se illustrasjon som viser de ulike disiplinene i forhold til lærende organisasjon.

Personlig mestring (eng; Personal mastery). Å mestre i denne sammenheng betyr å ha en forpliktelse til livslang læring som en kontinuerlig prosess. (Al-Abri & Al-Hashmi, 2007). Utgangspunktet er at personen har kunnskaper og ferdigheter. Senge (2006) sin forståelse går imidlertid dypere i sitt syn på personlig mestring. Det er nødvendig å klargjøre hva som er viktig for oss. Slik vil en kunne klare å leve opp til et høyt aspirasjonsnivå. Personlige visjoner, tålmodighet, konsentrasjon om egne krefter og en objektiv tilnærming til virkeligheten vil medføre at en lever et kreativt liv. Slik vil en kunne skape de resultatene en ønsker. Personer som kan sitt fag og som har høy grad av personlig mestring, vil kunne vite hvilke resultater som er viktige. Ved å forplikte seg til sannheten, kan en vurdere dagens situasjon opp mot en framtidig ønsket situasjon. Disiplinen knyttes opp mot forbindelsene mellom personlig og organisatorisk læring, og det spesielle miljøet som en finner i kunnskapsbedrifter. Senge (2006) hevder at en organisasjons evne til å lære ikke kan være større enn læreevnen til organisasjonens medlemmer.

Mentale modeller (eng; mental models). Ubevisste tenkemåter har stor påvirkningskraft. Generaliseringer og inngrodde antagelser vil påvirke hvordan vi ser på verden og hvordan vi handler. Det vil være viktig å reflektere over egne mentale forestillinger. De er ofte av ubevisst karakter, og kan medføre at nye innsikter og kunnskap ikke blir tatt i bruk. Det vil være viktig å ”synliggjøre” de mentale modellene slik at en åpner seg for andres synspunkter og kreativitet.

Felles visjon (Building Shared Vision). Visjon handler om å skape et bilde av fremtiden og å utvikle en felles identitet. Det betyr at felles mål og verdier deles av menneskene i organisasjonen. Forutsetningen for en organisasjons evne til å skape en reell felles visjon, er at den oppleves som en personlig visjon. Visjonen må angå og berøre den enkelte. Slik vil det utvikle seg en gjensidig forpliktelse i den organisasjonen vi er en del av. Først da kan visjonen bli en levende kraft i organisasjonene ved at ansatte handler på bakgrunn av personlig engasjement.

Team læring (Team Learning). I moderne organisasjoner er læring i team ofte viktigere enn individuell læring. Dersom ikke teamene lærer, så kan heller ikke organisasjonene lære. Disiplinen kjennetegnes av team som tenker i felleskap og som derfor oppnår gode resultater. Felles visjon og personlig mestring er viktige forutsetninger for de gode resultatene. Teamets medlemmer oppnår en raskere personlig vekst dersom en mestrer dialog og diskusjon. Betydningen av å ”tenke sammen” er grunnleggende for å oppnå teamlæring. For at teamet skal evne å ta de gode valgene, leter en etter de beste synspunktene. Konsekvensen for teamet er at det føres inn i en utvikling og læringsprosess.

Systemtenkning (System Thinking). Forutsetningen i å utvikle en lærende organisasjon er systemtenkning. Systemtenkning vil gjøre det mulig å implementere de ulike disiplinene (Al-Abri & Al-Hashmi, 2007). I følge Senge (2006) er systemtenkning den femte og viktigste disiplinen. Den integrerer disiplinene personlig mestring, mentale modeller, felles visjon og teamlæring. Systemtenkning blir en enhet av teori og praksis, og gjør at vi ”ser ting i et større bilde”.

Uten systemtenkning har en ikke mulighet til å forstå betydningen av de andre disiplinene. Senge (2006) beskriver det som at de ulike disiplinene opptrer som et ”ensemble”.

Systemtenkning går fra å se deler til helhet. Derfor må en forstå mulige sammenhenger mellom disiplinene og hvordan de påvirker hverandre. Denne helhetstenkningen er viktig for lærende organisasjoner. Hendelser bør sees i lys av underliggende strukturer og prosesser i organisasjonen. Et slikt helhetsperspektiv er viktig for å forstå kompleksiteten i

mange organisasjoner. Detaljekompleksiteten gjør det nødvendig å se systemet bak. Det er en risiko for at hendelser og prosesser forstås i et detaljperspektiv. Med systemtenkning menes altså evnen til helhetstenkning, noe som kan gi et annet perspektiv på eget ståsted. Systemtenkning vil kunne gi en helt annen forståelse av de prosesser en er en del av. De ulike disiplinene er dynamiske med varierende påvirkning i teamet. Når teamet har et støttende, aksepterende og trygt klima, resulterer det i et mangfold av ideer, kreativitet og nyskaping (Al-Abri & Al-Hashmi, 2007).

4.0 Metode

I avsnittet redegjøres det for hvordan studien ble gjennomført. Kapittelet vil belyse ulike vurderinger og refleksjoner som ligger til grunn for valg av metodologisk perspektiv. I den sammenheng redegjøres det for valg av metode for datainnsamling, utvalg, gjennomføring og analyse. Forskningsetiske betraktninger og studiets troverdighet og pålitelighet presenteres. Forforståelse belyses i punkt 4.1. Studien styrker og svakheter omtales i punkt 6.3.

Dette studiet er en kvalitativ studie med et induktivt eksplorerende design (Polit & Beck, 2012). Hensikten er å få kunnskap om sykepleieres erfaringer med postoperativ smertevurdering. Fokusgruppeintervjuer ble valgt som datainnsamlingsmetode, og Graneheim & Lundman (2004) sin forståelse av kvalitative innholdsanalyse ble brukt for å analysere dataene (Graneheim & Lundman, 2004).

Vitenskapsteori handler om å drøfte premisser for hvordan man metodisk kan gå fram for å få kunnskap (Aadland, 2004). Kvalitativ forskning bygger på et humanistisk vitenskapssyn der forståelse av fenomener er det viktigste. Betraktninger rundt ontologi, epistemologi og metodologi er utgangspunkt for vitenskapsteoretisk ståsted (Busch, 2013). Sykepleiefagets kunnskapstradisjon plasseres seg med innslag fra

hermeneutikken og positivismen. Selve grunntanken i sykepleie er bygget på et helhetlig menneskesyn i en humanistisk tradisjon. Min grunnlagstenkning om sykepleie er å være faglig sterk og menneskelig nær inspirert av Kari Martinsen sin omsorgsteori. For å levendegjøre dette, er jeg opptatt av kunnskapsbasert tenkning. Dette er en forutsetning for å være en kompetent sykepleier.

Hensikten med denne studien er å beskrive sykepleieres erfaringer med postoperativ smertevurdering. I den sammenhengen vil det være relevant med en hermeneutisk tilnærming da sykepleieres erfaringer forholder seg til et "rammeverk" av hva smertevurdering innebærer. Kompetanse, erfaring, system, pasientinvolvering, ledelse og kultur inngår i dette "rammeverket". Hermeneutikken omhandler spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning (Thornquist, 2003). En viktig innsikt i hermeneutikken er at meningsfulle fenomener er forståelige bare i den konteksten de forekommer. Forskeren må plassere kontekst/ sammenheng for å kunne fortolke meningsfulle fenomener; i denne sammenheng er dette postoperativ smertevurdering (Gilje & Grimen, 1993). Mennesket forholder seg hele tiden fortolkende til omgivelsene, i et forsøk på å komme til klarhet om tingenes mening. Dette er en grunnstruktur ved den menneskelige tilværelse fordi en alltid er engasjert i egen eksistens (Gadamer, 2004).

4.1 Forforståelse

Forforståelse som begrep introduseres av H. G. Gadamer. Gadamer (2010) beskriver det å forstå hverandre som «å forstå hverandre i noe.» Mennesket forholder seg hele tiden fortolkende til omgivelsene, i et forsøk på å komme til klarhet om tingenes mening. Dette er en grunnstruktur ved den menneskelige tilværelse fordi en alltid er engasjert i egen eksistens (Kvarv, 2011). Fog (2004) sier at forforståelsen handler om forskerens verdier som subjekt og hvordan forskeren møter den objektive virkelighet.

Min yrkesbakgrunn er intensivsykepleier, og min forforståelse vil kunne påvirke forskningsprosessen, min tilnærming til intervjuene og videre i tekstanalysearbeidet. Forforståelse som begrep tar utgangspunkt i Hans Georg Gadamer som regnes som grunnleggeren av begrepet. All forforståelse bygger på fordommer. Det er en umulig oppgave å møte andre mennesker men helt "blanke ark". En måte å forstå forforståelse på er at det handler om forskerens verdier som subjekt. Hvordan forskeren møter den objektive virkelighet er selve utfordringen (Fog, 2004). Gadamer legger stor vekt på betydningen av våre oppfatninger og tidligere erfaringer når vi forholder oss til et budskap, enten skriftlig eller muntlig (Kvarv, 2010).

I arbeidet med denne studien framstår jeg som forsker. Forforståelsen slik jeg opplever det er basert på kunnskapsgrunnlaget til intensivsykepleie, erfaringskunnskap, kjennskap til fagfelt og kjennskap til egen organisasjon. Mange års ansettelsesforhold i sykepleietjenesten har gitt meg en god oversikt over valgt tema. Som forsker har jeg vær bevisst på at jeg studerer mitt eget fagfelt, men i en annen kontekst.

Som intensivsykepleier har jeg mye kunnskap om smerte og smertelindring, og jeg har en klar oppfatning av at sykepleiere har en svært viktig funksjon i et smertelindringsperspektiv. Som sykepleier har jeg en nærhet til pasienten , og har et delegert ansvar med å administrere smertebehandling tilpasset pasientenes behov. Sterke menneskelige møter med pasienter som trenger smertebehandling, har medført at jeg har en dyp respekt for pasienters smerteopplevelser.

Jeg har mitt kliniske arbeid i en postoperativ overvåkingsavdeling , og smertevurdering er en viktig sykepleieoppgave i den perioperative fasen. Mitt faglige ståsted er at smertevurdering krever en systematisk tilnærming.

Fog (2004) påpeker at forforståelsen handler om forskerens verdier som subjekt og hvordan en møter en objektiv virkelighet. Her ligger utfordringen som forsker, noe som har utfordret meg til å gi et stort fokus til egen forforståelse i arbeidet med studien. Det har vært viktig å avklare egen forforståelse i alle metodiske valg som er gjort i studien.

Fog (2004) kaller dette for selvransakelse., noe som jeg synes er beskrivende for prosessen. En skal ha fokus rettet mot den del av virkeligheten en ønsker å belyse, samtidig som en skal rette fokus innover ens eget følelsesliv så godt det lar seg gjøre.

Kvalitativ forskning er preget av betydelig følsomhet ovenfor konteksten den gjennomføres i (Tjora 2012). Denne nærheten til forskningsfeltet er spesielt utfordrende for den som forsker i egen kultur, og vil kreve en aktiv bevissthet gjennom hele forskningsprosessen. Å forske i egen kultur krever at en skiller mellom subjektive erfaringer og en objektive forståelse. Samtidig kan det være en fordel å kjenne kulturen eller konteksten, fordi det kan øke forståelsen av hva som blir sagt (Lincoln & Guba, 1985). Malterud (2011) skriver at forforståelse kan være en viktig faktor for å forske omkring valgt tema.

Betraktningene om egen forforståelse har inspirert meg underveis i de ulike steg av forskningsprosessen. Som forsker har jeg ønsket å ta reflekterte valg.

4.2 Valg av kvalitativ tilnærming

Formålet med denne studien er å beskrive postoperativ smertevurdering slik sykepleiere i kirurgisk divisjon erfarer det, og det er på denne bakgrunn valgt et kvalitativt ståsted. Kvalitativ metode søker å beskrive og analysere karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres (Malterud, 2012). Problemstillingen er førende for metodevalget (Malterud, 2011). Det man ønsker å undersøke vil være bestemmende for framgangsmåten. Den kvalitative metoden er godt egnet når en ønsker å få frem deltagerens erfaringer, følelser og tenker (Thagaard, 2009).

Kvalitative studier forholder seg til et fortolkende paradigme, ofte med fokus på deltagerens opplevelse og meningsdanning. Ved å velge en kvalitativ tilnærming er man ofte tett på dem man forsker på, og det kreves en betydelig følsomhet overfor konteksten den gjennomføres i (Tjora, 2010). Følsomhet overfor deltagerne og kontekst er noe jeg vektlegger som vesentlig under hele prosessen når jeg inntar forskerrollen.

Malterud (2011) skriver at forskeres perspektiv og posisjon har stor betydning for hva slags kunnskap som kommer fram. Kvalitativ metode er teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning(hermeneutikk). Målet er å utforske meningsinnholdet slik det oppleves av deltagerne i deres naturlige kontekst (Malterud, 2011).

Den kvalitative tilnærmingen går i dybden og har som formål å få frem sammenheng og helhet slik at forforståelse formidles (Polit & Beck, 2012).

4.3 Valg av deltagere

Utvalget var strategisk ettersom en ønsket sykepleiere fra kirurgiske avdelinger som deltagere i studien. Deltagerne har kunnskap og erfaring om studiets tema, og har potensial til å belyse aktuell problemstilling (Malterud, 2012; Polit & Beck). De har erfaring fra samme kirurgiske avdeling, og er en del av en faglig kontekst med felles rutiner og organisering. Thagaard (2009) bruker betegnelsen ”tilgjengelighetsutvalg” når utvelgelsen blir foretatt på en slik måte. Det var ønskelig å forankre studiets i kirurgisk divisjons ledergruppe, og jeg hadde informasjonsmøte tidlig i prosessen der hensikt og metode ble diskutert.

For å få tilgang til avdelingene i kirurgisk divisjon, hadde jeg et dialogmøte med leder for sykepleietjenesten. Kirurgiske avdelinger som har pasientene som i hovedsak blir smertelindret med epidural analgesi etter kirurgi er ikke med i studien. Disse pasientene blir smertevurdert etter egne skjema, og krever en spesiell tilnærming. Avdelingsledere ved de aktuelle kirurgiske avdelingene ble forespurt om hjelp til å rekruttere deltagere. De har en naturlig nærhet til mulige deltagere. I forkant ble avdelingslederne informert om studien gjennom et eget informasjonsskriv der hensikt , bakgrunn og tema ble presentert (vedlegg 6).

Det å være forsker i egen kultur med nærhet til forskningsfeltet , gjorde at jeg kunne be ledere for sykepleietjenesten om hjelp til å rekruttere deltagere. Deres utfordring var å frigjøre deltagere, slik at driften kunne opprettholdes. Dette medførte at

fokusgruppene ble mindre enn jeg hadde ønsket. Ingen av de forespurte deltagerne sa nei til å delta i studien.

Antall deltagere til det empiriske materialet i denne studien er totalt 14 stk., se tabell 1 for bakgrunnsdata. Som en ser av tabellen er det en god balanse i utvalget mellom sykepleiere med lang og kort erfaring i kirurgisk avdeling.

Studiens deltagere og bakgrunnsdata

	Fokusgruppe 1	Fokusgruppe 2	Fokusgruppe 3	Fokusgruppe 4
Antall	3	3	4	4
Kjønn K/M	K	K	K	K
Utdannet sykepleier	86 – 99 - 2005	77 – 86 - 2001	2010 – 2010 – 2013 - 2012	1996 --2011- 2014 - 2013
Års erfaring i kirurgisk avdeling	11- 14 – 8	24 – 23 - 13	3 – 2- 10 mnd - 1	1- 1- 1,5 -12-

4.4 Valg av datainnsamling

Kvalitativt forskningsintervju gir en privilegert tilgang til deltageres perspektiv, og denne studien benytter fokusgruppedesign med semistrukturert intervjuguide for å innhente empiriske data (Fog, 2004; Kvale & Brinkmann, 2009). Ved å benytte semistrukturert intervjuguide kan gruppesamtalene fokuseres mot bestemte tema som defineres av meg som forsker. De konkrete temaene og spørsmålene som ble utarbeidet var relevante for studiets problemstilling og forskningsspørsmål (Dalen, 2011). Problemstillingen vil være avgjørende for hvilken metode som brukes, og som forsker valgte jeg den metoden som best gir mulighet til å besvare aktuell problemstilling. Ved å benytte kvalitativt forskningsintervju vil en kunne få frem folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det ble vurdert hvorvidt observasjonsstudier eller individuelle intervju skulle anvendes for å belyse problemstillingen. Sykepleiere arbeider i multidisiplinære team, og det var derfor naturlig å anvende fokusgrupper for å få fram ulike perspektiver om postoperativ smertevurdering. I et fokusgruppedesign er samhandling sentralt, og interaksjonene i gruppen er med på å generere data (Tjora, 2010). Fokusgrupper er velegnet når en ønsker å utforske erfaringer i et miljø der mange samhandler, og gruppedynamikken kan bidra til at et mangfold av perspektiver om smertevurdering (Malterud, 2012).

4.5 Fokusgruppeintervju

Det ble foretatt fire fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp ved hjelp av Ipad, og hadde en varighet på 50 -55 minutt. Innsamlingen av det empiriske materialet ble gjort i løpet av to måneders periode, og en medstudent deltok på alle intervjuene som co-moderator. Medstudenten kjenner konteksten og tema, og den semistrukturerte intervjuguiden ble utarbeidet i fellesskap. Intervjuene ble gjort i de respektive avdelingene, i kjente omgivelser for deltagerne. Det ble gjort en oppsummering rett etter at intervjuene ble avsluttet. Inntrykk, følelser og refleksjoner omkring intervjuet ble notert.

Størrelsen på fokusgruppene ble mindre enn det metodebøkene anbefaler. Krevende drift på avdelingene gjorde det vanskelig å frigjøre flere enn 3-4 deltagere samtidig. I litteraturen beskrives imidlertid grupper ned mot tre personer (Morgan, 1997).

Utfordringen med forskning i dette formatet var risikoen for at tema ikke ble belyst fra ulike perspektiver. Morgan (1997) skriver at det kan være vanskelig å få til gode diskusjoner med få deltagere dersom det er lite involvering med tema. I dette studiet vurderte jeg situasjonen annerledes. Deltagerne ville sannsynligvis ha stor grad av involvering i tema fordi postoperativ smertevurdering var en del av deres faglighet som daglig ble utfordret.

Det ble vurdert om en skulle danne større grupper ved å samle sykepleiere fra ulike avdelinger inn i fokusgruppene. Mine refleksjoner rundt dette førte til et valg om å

beholde de opprinnelige gruppene. Deltagerne arbeidet i allerede etablerte team, og deres perspektiver om smertevurdering i egen yrkeshverdag var viktig å få frem. Thugaard (2009) skriver at fokusgrupper fungerer best i grupper som er samkjørte og har et felles erfaringsgrunnlag.

Et ledd i forberedelsen til fokus gruppeintervjuene var å utarbeide en intervjuguide. Det ble valgt en semistrukturert intervjuguide som skulle operasjonalisere forskningsspørsmålene. Forskningsspørsmålene var hvordan sykepleiere erfarer det å smertevurdere pasienter etter operasjon og hvordan postoperativ smertevurdering er forankret i avdelingen. Intervjuguiden var en hjelp til å holde fokus om tema, og rekkefølgen på spørsmålene var tilfeldig i gjennomføringen av intervjuene. Den samme intervjuguiden ble brukt under alle fire fokusgruppeintervju. Min hovedoppgave under gjennomføringen var først og fremst å lytte til det deltagerne fortalte.

Tema i denne studien engasjerte deltagerne på en slik måte at det ble utvekslet erfaringer i gruppene, og refleksjoner omkring smertevurdering ble gjenstand for gode gruppediskusjoner. Malterud (2011) beskriver samhandlingsdynamikken som avgjørende i intervjusituasjonen for å få fruktbare empiriske data. Som moderator var det viktig for meg å påse at alle kom til orde med sine erfaringer, og med færrest mulig ”brudd” fra min side. Forskningsintervjuet sin struktur er lik vanlige samtaler, men som et profesjonelt intervju involverer det en bestemt metode og spørreteknikk. Spesifisitet, bevisst naivitet og sensitivitet var viktige begrep i forberedelsesfasen og under gjennomføringen av intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2009).

Som forsker ble jeg inspirert av Fog (2004) sine psykologiske perspektiver i boken ” Med samtalen som utgangspunkt”. I forkant av intervjuene bør en ha omtanke for de usynlige og virksomme prosesser som vil kunne påvirke det empiriske grunnlaget (Fog, 2004). Halkier (2010) kaller dette for et ”dobbelt blikk”, der en bør vie oppmerksomhet til både innholdet og prosessene rundt (Halkier, 2010). Bevissthet om dette ble viktig i min forskningsprosess, og førte til en ydmyk tilnærming i min rolle som forsker.

Intervjuene ble transkribert og anonymisert i sin helhet kort tid etter gjennomføringen. Selv om dette er en tidkrevende prosess, ga det en unik nærhet til egne data. Transkriberingen ga 67 sider tekstmateriale med 1,5 linjeavstand.

4.6 Kvalitativ innholdsanalyse

Tekstanalyse skal frembringe orden og oversikt i et datamateriale (Grenness, 2012). Tekstmaterialet i denne studien er forsøkt analysert ved hjelp av Graneheim & Lundmann sin forståelse av tekstanalyse. Hensikten med analysen er å komme fram til latente og manifeste meningsinnhold. Gjennom inngående lesning og analyse av rådata, vil relevante deler av teksten plasseres i manifeste meningsinnhold. Neste trinn er å forkorte de konkrete uttalelsene til kondensert meningsinnhold, uten å miste meningsinnholdet. Subtema framkommer ved å kode de ulike aspekter av kondenserte meningsinnhold til kortere ord. Innholdet i det som kom fram, skal likevel bevares. Siste analysetrinn er å ordsette tema med utgangspunkt i subtema (Graneheim & Lundman, 2004). Temaene er ifølge Graneheim & Lundmann (2004) det latente meningsinnholdet, og er uttrykk for den underliggende betydningen i datamaterialet. En slik trinnvis analyse gjorde at tekstmaterialet i denne studien ble forsøkt ivaretatt på beste måte i eller analyseprosessen.

4.7 Kvalitetskriterier

Troverdighet (eng. trustworthiness) er et overordnet kjernebegrep som omhandler kvalitet i kvalitativ forskning (Polit & Beck, 2012; Graneheim & Lundman, 2004). Pålitelighet, gyldighet og overførbarhet er vesentlige aspekter av troverdighetsbegrepet (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg har valgt å bruke disse begrepene fordi de, ifølge Graneheim & Lundman (2004) ofte brukes i kvalitative studier fordi mange de mener begrepet fanger kvaliteten bedre enn validitet og reliabilitetsbegrepene. Dette diskuteres imidlertid (Noble & Smith, 2015). I tillegg velger jeg å legge til transparens,

intersubjektivitet og refleksivitet fordi dette anser jeg som viktige begrep i kvalitativ forskning (Tjora, 2010; Polit & Beck, 2012; Malterud, 2012).

Jeg har redegjort for egen posisjon i punkt 4.1 om egen forforståelse. Det har vært viktig i prosessen med fortolkningsarbeidet å ha bevissthet omkring dette på grunn av min nære posisjonering i forhold til tema. Slik kan forforståelsen anvendes som et verktøy for å ferdigstille studiet (Graneheim & Lundman, 2004). Fullstendig nøytralitet i kvalitativ forskning er vanskelig å oppnå. På den annen side kan forskerens engasjement og kunnskap om tema betraktes som en ressurs (Tjora, 2012). Det har vært viktig å være tydelig på mitt ståsted, og hvilken rolle dette kan ha for prosessen. I dette perspektivet har jeg som forsker utfordret meg selv i alle stadiene med å ferdigstille studiet.

Medstudent og veileder har deltatt med konstruktiv kritikk og kommentarer i arbeidet med intervjuguide, gjennomlesning av transkribert materiale og i analyseprosessen. Medstudenter og to faglærere har kommet med tilbakemelding ved to anledninger der tekstanalysene ble presentert. I følge Thagaard (2009) styrkes troverdigheten ved at flere forskere samarbeider og diskuterer valg i forskningsprosessen. I denne studien ble det spesielt viktig å samarbeide om den trinnvise analysen til Graneheim & Lundman (2004). I analysearbeidet har det vært viktig ”å la teksten tale” i den hensikt å være ”tro” mot det empiriske materiale (Graneheim & Lundman, 2004). For å ivareta kravet om refleksivitet i fortolkningen av tekstmaterialet, har jeg reflektert over hvordan tolkningen framkom (Tjora, 2010). Malterud (2012) definerer refleksivitet som det å stille spørsmål til egen rolle i forskningsprosessen.

Jeg har valgt å bruke direkte sitat for å belyse temaene i presentasjonen av funnene. På den måten kan en forsikre seg om at deltagerens stemmer ”når” helt frem til leseren. Sitatene er relevante for å besvare studiets problemstilling, og representerer viktige forståelser og betydninger (Tjora, 2012, s.178). I kvalitativ studie er det store mengder data som skal analyseres, og troverdighet kan oppnås ved å bruke sitater i presentasjonen av funnene (Polit & Beck, 2012).

Tjora (2010) skriver at den viktigste kilden til høy *gyldighet* er at forskningen foregår innenfor rammene av faglighet, forankret i annen forskning. Jeg har forsøkt å redegjøre for alle overveielser og valg som har blitt gjort underveis i den hensikt å gjøre studiet transparent for leseren. Intersubjektivitet betyr at leseren gis mulighet til å bli en informert deltager som gis innsikt i ulike betingelser i studiet. Dette prinsippet gjelder også analyseprosessen, og jeg har forsøkt å formidle systematikken i analyseprosessen (Malterud, 2012). Å tilrettelegge for intersubjektivitet kunne styrke gyldigheten til studiet (Dalen, 2011).

Studiets overførbarhet (*eng.* transferability) avhenger av en inngående beskrivelse av kontekst og forskningsprosessen. Dette har jeg forsøkt å ivareta. Slik sett er det opp til leseren hvorvidt funnene er overførbare til andre kontekster (Lincoln & Cuba, 1985; Graneheim & Lundman, 2004). Malterud (2012) skriver at overførbarhet i kvalitativ forskning kan være forståelser som kan ha nytteverdi.

4.8 Forskningsetikk

Ved å innta forskerrollen følger det etiske, juridiske forpliktelser og utfordringer som en må være seg bevisst. Kvalitative studier involverer møter med mennesker, og forskningsprosessen skal ivareta deltagerne (Malterud, 2011). Dette perspektivet integreres i hele forskningsprosessen.

Helsinkideklarasjonene er førende for all forskning. Denne ble utarbeidet i 1964 av Verdens legeforening. Den reviderte utgaven fra 2008 understreker at ”*medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter.*” Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) behandler søknader om godkjenning der pasienter eller pårørende er involvert (Malterud, 2011). Dette studiet som omhandler sykepleieres

erfaringer er på denne bakgrunn ikke vurdert av Regional Etisk komite (REK). Komitéens formål er å påse at de etiske retningslinjene i forskning overholdes.

- Lovverk. Personopplysningsloven. Helsepersonelloven (1999)§ 21 pålegger helsearbeideren taushetsplikt. § 29 i samme lov sier at forskeren har samme taushetsplikt som helsepersonell. Taushetsplikten skal ikke brytes selv om opplysninger gis anonymt (Kjønstad, 2007)

Studiet er godkjent av personvernombudet i henhold til ved Universitetssjukehuset i Stavanger sine retningslinjer. Forskningsavdelingen og divisjonsdirektør ved kirurgisk divisjon ved aktuelt universitetssjukehus har godkjent gjennomføringen av studiet (Vedlegg 3). Data lagres i henhold til helseforskningsloven.

Generelle forskningsetiske retningslinjer framholder prinsipper som respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet i ivaretagelse av deltagere og forskningsfelt. (ref) Det har vært viktig å møte deltagerne med respekt, og at alle aktiviteter som er tilknyttet studien har ærlige og gode hensikter.

Det ble benyttet standard skjema fra Regional Komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) angående forespørsel om deltagelse. Skjemaet ivaretar prinsippet om skriftlig informert samtykke. Informert samtykke innebærer frivillig deltagelse og at deltagerne kan trekke seg fra forskningen når de måtte ønske det. Det vil ikke få negative konsekvenser (Thagaard, 2009). Alle deltagerne undertegnet skjema om informert samtykke, og ingen trakk seg fra deltagelse i studien. I informasjonsbrev til deltagerne angående studien, ble det presisert at en kunne trekke seg fra deltagelse når som helst. Det ble informert om at data ville bli anonymisert, og at lydfilene ble slettet etter transkribering. Prinsippet om anonymitet er viktig i forskning. Prinsippet om konfidensialitet betyr at data ikke blir gjengitt slik at det kan avsløres hvem deltageren er. All informasjon som deltagerne formidler, skal behandles konfidensielt. Det kan ikke utelukkes at den enkelte kan gjenkjenne egne utsagn (Kvale et al., 2009).

Lydopptakene og transkripsjonene må lagres i henhold til vanlig praksis i forskning. Opptakene slettes når de ikke lenger skal brukes i studien (Kvale et al., 2009). Dataene ble nedlastet til en privat PC med passordbeskyttelse. Ved prosjektets slutt vil lydfiler og papirversjoner bli slettet og makulert.

5.0 Presentasjon av funn

Her presenteres funn på bakgrunn av fokusgruppeintervju med sykepleiere i kirurgisk divisjon. I studien rettes oppmerksomheten mot postoperativ smertevurdering. Deltagerne beskriver hvordan de erfarer å smertevurdere pasienter. Analysen ble gjort etter Granheim & Lundman (2004) sin forståelse av tekstanalyse. Det empiriske materialet ble analysert i meningsenheter, kondenserte meningsenheter, subtema og tema.

Med utgangspunktet i analysen framkom to hovedtema med henholdsvis tre og to subtema;

Hovedtema 1; *God smertevurdering krever tid, kunnskap og system.*

Subtema ;

- Tilstrekkelig tid
- Rask pasientflyt
- Kunnskap satt i system.

Hovedtema 2; *Ulik tilnærming.*

Subtema ;

- Manglende tillitt til pasientens selvrapportering misforhold mellom..
- Kompetanseoverføring.

Sitater fra fokusgruppeintervjuene blir brukt for å underbygge tema og subtema.

Sitatene er alle bearbeidet til bokmål i transkripsjonen. Jeg vil understreke betydningen

av å bruke sitater som fra alle fokusgruppeintervjuene. På den ønsker jeg å kunne vise helhetsbildet og nyanserikdommen i det empiriske materialet.

I presentasjon av funn vil benevnelsene deltager og sykepleier anvendes om hverandre for å sikre språklig variasjon.

Tema 1. God smertevurdering krever tid, kunnskap og system.

I dette hovedtema kom det fram hvor vesentlig tidsaspektet er for å kunne ivareta pasientfokuset i smertevurderingen. For å kunne yte god sykepleie kreves tid. Mangel på tid vil kunne føre til mindre fokus på ikke-medikamentelle tiltak i pasientkontakten etter operasjon. Et eksempel fra intervjuene som belyser dette er;

”Jeg har også et eksempel på en som hadde operert flere ganger. De kan ha kjempevondt når de ligger i sengen , så har jeg bare flyttet litt på puten, så har det blitt mye mindre vondt. Det kan være at noe presser på, kan være noe med stilling i senga og , så det kan være lurt å prøve mange ting i forhold til smertebehandling. Ikke bare det å putte i smertestillende , men en kombinasjon av alt. Stilling f.eks. at du sitter godt i en stol, at du har beina på pute, god støtte sitter litt for bratt opp i senga, får press. Legges litt ned, mange ting.”

Andre beskriver utfordringer i smertevurderingen på bakgrunn av kort oppholdstid i avdelingen. Den raske pasientflyten påvirker deltageres tilnærming i ett smertevurderingsperspektiv.

Gjennom intervjuene fremkom en følelse av faglig usikkerhet hos flere av deltagerne , og mange beskriver postoperativ smertevurdering som vanskelig. To pasientgrupper som flere deltagere opplevde vanskelig å smertevurdere postoperativt var pasienter som har langvarige smerter og personer med et kjent rusmisbruk.

Studiens deltagere opplevde videre at smertevurdering ikke var forankret i skriftlige treningslinjer. De hadde ikke kjennskap til retningslinjer verken på avdelingsnivå eller divisjonsnivå. Skriftlige retningslinjer til bruk i klinisk arbeid er ofte utarbeidet på grunnlag av kjent kunnskap om ett fagområde. Mangel på føringer i smertevurderingsarbeidet kan være en mulig konsekvens til opplevelsen av at det er vanskelig å smertevurdere. En sykepleiere uttrykker seg slik om bruk av smertevurderingsverktøy;

”Det er ikke det at vi ikke vil eller kan, men det har litt med det at det ikke har blitt så naturlig, så da må det være noen som sier at den skal vi bruke”.

På denne bakgrunn presenteres funnene i følgende tre subtema; Tilstrekkelig tid, rask pasientflyt og kunnskap satt i system.

5.1.1 Subtema 1; Tilstrekkelig tid

Betydningen av å ha tilstrekkelig tid i smertevurderingsarbeidet blir beskrevet av flere. En deltager beskriver manglende tid på følgende måte:

”Hvis det er veldig travelt, så kan det være vanskelig å vurdere, lite folk på kveldsvakt for eksempel, kommer mange nyopererte opp. Da gjør i alle fall ikke jeg en likegod jobb vet jeg, da er det, mange ligger bare stille og bare tåle, der en ikke klarer å fange opp hvor vondt pasienten har hatt det. Så har han gjerne hatt en fryktelig kveld eller natt. Det ser en jo ofte at pasientene kan synes de har hatt en forferdelig natt, men så får vi rapport om at pasientene har sovet”

Her beskrives situasjoner der tidsaspektet fører til en utilstrekkelig smertevurdering. For pasientene kan dette få direkte konsekvenser for smertelindringsbehovet etter kirurgi. Andre beskriver at det skjer rett som det er, at det kan sikkert skje og at en løper inn og ut av pasientrommene. Dette beskrives videre av en av deltagerne ; ”da blir det gjerne at

de får det litt senere, at smertene øker på så det blir vanskeligere å smertelindre de, i tide” .

Erfaringen som uttrykkes i studien er at ikke-medikamentelle tiltak og omsorg krever tid. Et eksempel på ikke-medikamentelt tiltak som framkommer er samtale og det å tilbringe tid sammen med pasientene. Dette kommer til uttrykk ved utsagn som;

”Men jeg føler alltid at vi skulle hatt mer tid, at vi gjerne skulle kunne sette oss ned med de og snakka litt med e, og de som har mye smerter har det ofte vanskelig psykisk og liksom, det er jo tøft å ha det vondt i ett langt postoperativ forløp, med mye smerter, ville gjerne hatt tid, til å sitte mer med de”.

Et annet perspektiv på mangel på tid blir beskrevet slik;

”kan ikke gi sykepleie på noen måte, det går utover alle ting. Får ikke observert, det krever at du har tid, hvis du skal være en god sykepleier”.

En deltager omtaler tidsaspektet relatert til administrative oppgaver. Det pålagte papirarbeidet medfører mindre tid sammen med pasientene.

”Det er selvfølgelig ikke slik hele tiden men jeg syns det er travelt i avdelingen. Får mye inn av øyeblikkelig hjelp, og de med lårhalsbrudd har jo veldig vondt. Mye jobb som kommer i forbindelse med innleggelse. Så mye papirer, fryktelig mye av det vi gjør er papirer. Dokumentering angående ernæring, fallrisiko og det er , bare all søking. Bare på en pasient er det er det vel 6-7 skjema som skal fylles ut og sendes. Vi bruker jo veldig mye tid på det som vi ikke brukte før. Det er fryktelig mye dokumentasjon. Som går vekk fra å være hos pasienten. Halvparten av vår arbeidstid går bort fra pasienten på grunn av dokumentasjon.”

I studien fremkommer det at deltagerne er opptatt av en biopsykososial individuell tilnærming til pasientenes smerteopplevelse. Dette kommer til uttrykk i utsagnene som følger;

”Noen ganger kan det hjelpe at vi sitter ned og snakker med de, kan være angst også som ligger bak, i noen tilfeller, vi må gjøre en individuell tilnærming. At en hele tiden er på pasientens premisser, skal ikke være sånn at det er jeg som bestemmer. Pasienten som bestemmer hva jeg gjør, og hvordan jeg skal tenke. Viktig å ta seg god tid”.

”Jeg tror jo det har veldig mye å si at når en ligger og er veldig redd og kjenner etter så kan jo alle kjenn om de har vondt enn plass . og mye kan jo være vondt liksom hvis man ting som er nytt og ukjent på en måte så kan ting som er vondt ikke vært vondt hvid du ikke hadde vært redd i tillegg kanskje.”

Studien peker på at mangel på tid vanskeliggjør optimal tilnærming i smertevurderingen. Deltagerne belyser er at det blir mindre samtale med pasientene om hvordan de har det. De fleste opplever at de har en travel arbeidssituasjon. En deltager uttrykker seg slik;

” en har ikke tid til å snakke med pasientene for å få riktig observasjon. Da flyr en bare rundt og er glad en får gitt de faste medikamentene”.

5.1.2 Subtema 2; Rask pasientflyt

Studien viser at postoperativ smertevurdering påvirkes av rask pasientflyt i kirurgisk divisjon. Moderne kirurgiske teknikker, effektiv postoperativ smertebehandling og ny kunnskap om betydningen av mobilisering har ført til endrede pasientforløp. Studien

peker på at den korte liggetiden etter kirurgi påvirker smertevurderingen direkte. En deltager uttrykker det slik;

” Så er det stor turnover her, hvis en for eksempel har fri i 2 dager, så er det som regel ikke de pasientene som ligger her når vi kommer tilbake, så en får ikke sjanse til å bli kjent med de som før når de lå her lenge. Da kunne en følge de og smerten. Nå er det nye her hele tiden, så en skal bli kjent med de nye og deres smerteproblematikk og deres smerteopplevelse”.

Deltageren utdyper videre at ;

” når en kommer inn på et 5-mannsrom så er det bare nye fra dagen før. Og det er en forskjell fra før når du visste hvordan det går med deg i dag i forhold til i går”.

Det uttrykkes en utfordring i å skulle smertevurdere pasienter som en ikke har kjennskap til fra tidligere. Dette gjelder et stort volum av inneliggende pasienter. Det foreligger ikke noe å sammenligne med, og en skal innhente kunnskap om pasienters smerteopplevelse i løpet av kort tid.

5.1.3 Subtema 3; Kunnskap satt i system.

På spørsmål om hvordan deltagerne erfarer postoperativ smertevurdering ble ordet *vanskelig* brukt hele 27 ganger i intervjuene. Følgende sitater fra intervjuene er representative i denne sammenheng;

” jeg husker bare at det var vanskelig for når jeg skal gi og hva, og hvor ofte jeg kan gi det, det er noe av det vanskeligste. Ja, det er ganske omfattende og krevende å gi god smertelindring. Å ha god greie på hva du gir og ja, hva som virker på hva og sånn”.

”og gi nok liksom, og ikke for mye. Hvis du føler deg usikker på om de har så vondt som..., og om du skal gi, ja, så er det veldig vanskelig”.

”eh, det er så vanskelig å vurdere på en måte så mye smerter de har”.

Oppsummert brukes ordet *vanskelig* i tilknytning til det å smertevurdere pasientene. Smertevurdering inngår i postoperativ sykepleie, og er en viktig del av smertebehandlingen etter et kirurgisk inngrep. På bakgrunn av funnene kan det virke som om mangel på tilstrekkelig kunnskap er en mulig årsak til en følelse av usikkerhet hos deltagerne. En er usikker på om en gir for mye eller for lite smertestillende, ” det er ganske ekkelt å føle at en kanskje gir for mye”.

Pasienter som har langvarige smerter oppleves vanskelig å smertevurdere etter operasjon. Dette kommer tydelig til uttrykk i intervjuene, og samtalen fra ett av intervjuene belyser dette;

”Hvis vi får en pasient som har kjent misbruk , er det veldig vanskelig å gi smertestillende. De som har stått på veldig mye fra før”

Moderator: Hvordan håndterer du den vurderingen?

” Det er mye vanskeligere. Da blir det sånn at du kanskje har en avtale med legen om å være mer restriktiv.”

”De har blitt flinkere i det siste , for når de står på noe fra før trenger de som regel mer.”

”Jeg tenker på de som trenger mer på grunn av misbruk. Men er de nyopererte og har mye vondt så trenger de så klart mer, men hvis det er tydelig at de ber om det bare for å få er det vanskelig å vurdere om det er fordi de har veldig vondt eller fordi de vil ha. Det skjer”.

Moderator: Har dere noe hjelpeverktøy som hjelp i den vurderingen?

”Det synes jeg er veldig vanskelig. Pleier å gi det som er bestemt det de har lov til å få. Kanskje diskutere med legen. Men jeg har en opplevelse en gang for lenge siden var det en sånn pasient som ga uttrykk for sånne voldsomme smerter

som ikke kunne holdes ut. Da hadde jeg hatt en avtale om at han skulle få en ekstra undersøkelse, når han da kom opp igjen, da var det fast bestemt at det skulle være sånn og sånn og da sa han at han måtte ha en ekstra likevel fordi han hadde så kjempevondt at det var ikke til å holde ut, Men avtalen var at han fikk den før og da måtte han vente med den neste. Men så ga jeg meg ikke, og det var kjempetøft å stå i det, når han ga uttrykk for at han hadde de kjempesmertene. Jeg måtte bare stå for den avtalen, Jeg måtte si at han ikke fikk mer nå, at han måtte vente. Ikke lenge etter, fem minutter, så jeg at han gikk ubesværet forbi, det er jo veldig sjelden. Det er jo det vanskeligste nesten. Fordi, De kan og ha veldig vondt og vi må vite om det er reelle smerter eller ikke. Det er vanskelig. Det er jo ikke et problem vi har så mye, men det kan jo skje. Spesielt med ryggpasienter en sjelden gang.”

Andre belyser det samme; ”Det som er utfordrende er de kroniske smertepasientene som kommer inn.”

Moderator: Hva ligger utfordringen i?

”Altså, De vil ha mer smertestillende uansett hva de får så er det ikke nok. Så blir de irriterte.”

” Det eneste er hvis du tenker på sånne kroniske så føler jeg vi skal avvenne de her, si det er oppstått noe akutt ikke sant, så skal de ikke ha så mye, føler jeg ofte kan være litt trenden. Sier jeg feil nå?”

”ja, det er vanskelig”

”de trenger mer”

”Så tenker jeg i en akutt periode trenger de gjerne litt mer, og så begynne å avvenne i den sånn periode, hvis det er noe som kan forbedres så tenker jeg det må vær noe her.. for det er litt sånn leit”

Sykepleierne gir uttrykk for at det er problematisk å avvenne i en postoperativ situasjon. Legen forordner medikamentell behandling, og deltagerne formidler at noen

leger er opptatt av at pasientene ikke skal tilbys intravenøs smertebehandling med opiater. Dette oppleves slik av studiens deltagere;

”De har det gjerne bedre på dagtid og kvelder, lege ser at de får mindre av det, så e det ikke alle leger er like flinke i forhold til de som har kroniske smerter eller smerteproblematikk som mener at neie nei, kan ikke få iv. De kan få per os. Har bestemt seg for det. Åh, vi prøver å fortelle de at det ikke kommer til å funke, men ikke alltid vi får gehør.”

Det oppleves frustrerende å se at pasienten har det vondt og er fortvilet Det oppleves som om de er ”mellom barken og veden”. Legen har tatt en avgjørelse som sykepleierne ofte er alene om å kommunisere til pasientene.

”Det som er verst er de som sliter med smerteproblematikk fra før, og blir opererte og vil ha ekstra mye gjerne ,og på dagtid har lege seponert mye av medisinene , spesielt intravenøst og så kommer natten og så de har ingen effekt av per os og så går det ut over oss som er på jobb. Blir spetakkel og vi får kanskje ikke tak i P2 eller P1, det er vanskelig.”

Deltagerne mener at det er verst om natten Folk på natten kjenner ofte mer smerter enn de gjør på dagen. ”ja, våkne og ikke får sove. Ingenting som distrahere”.

Studien viser videre at postoperativ smertevurdering ikke er forankret i *skriftlige retningslinjer*. Deltagerne opplyser at de ikke har kjennskap til avdelingsvise og/eller divisjonsvise retningslinjer. I intervjuene forteller deltagere at det er opp til hver enkelt hvilken tilnærming som blir benyttet;

”det er opp til hver enkelt, det er ingen ting som sier du skal, eh, det er jo kanskje hva man blir vant til”.

En annen deltager beskriver det slik;

” det er litt sånn at vi gjør som vi vil, ikke faste retningslinjer”.

Det framkommer at avdelingene har varierende praksis med hensyn til smertevurderingen. En deltager beskriver det som at

”det er veldig individuelt og forskjellig”. Et annet perspektiv på en varierende praksis beskrives slik; ”altså, det er ganske vanskelig at det er ulikt når vi ikke har faste retningslinjer på det da, og vi blir liksom satt opp mot hverandre , det blir liksom de snille og de dumme”.

Det framkommer at pasientene opplever en ulik tilnærming fra sykepleierne, og at pasientene utfordrer sykepleierne. Følgende sitat beskriver situasjonen slik;

” at pasientene fort kan gjøre det, være litt sånn, ja, men ho som var her istad ho fikk vi i.v. av, og i natt fikk jeg jo i hele natt, så hvis vi skal prøve å få det gjennom så blir vi fort den store stygge ulven”

Dette er dilemmaer som blir beskrevet i studien fordi det ifølge deltagerne ikke foreligger skriftlige retningslinjer å basere smertevurderingsarbeidet på.

5.2 Tema 2; Ulik tilnærming

Dette hovedtema framkom i analysen ved at deltagerne hadde ulike perspektiver rundt bruken av smertevurderingsverktøy. Relevant smertevurderingsverktøy i denne sammenheng er Numerisk Rating Scale (NRS). Alle deltagerne i studien omtalte imidlertid verktøyet konsekvent for VAS (visuell analog skala). Dette er upresis

begrepsbruk da smertevurderingsverktøyet VAS er en annen måte å kartlegge smerte på.

Det fremgår i studien at det foreligger en uorganisert og usystematisk bruk av smertevurderingsverktøy. Det er opp til hver enkelt om en ønsker å anvende smertevurderingsverktøy. Noen deltagerne beskriver at de har lite kjennskap til hverandres praksis med hensyn til bruk av NRS. Uttalelser som ””tror ikke mange bruker den” og ””bruker ikke så mye den VAS skala syns jeg, eller gjør du det?” og ”ingen har sagt at vi skal bruke den” kommer fram i intervjuene.

Hensikten med smertevurderingsverktøy er at pasientene skal kunne rapportere smerteintensitet. Studien viser en klar tendens til at sykepleiernes vurdering ikke samsvarer med pasientenes selvrapporing. Det oppstår et dilemma hvorvidt sykepleierne stoler på pasientenes selvrapporing. Dette leder til subtema; Manglende tillitt til pasienters selvrapporing.

Flere deltagere uttaler seg om sykepleiestudenter i avdelingen. Som sykepleier har en ett opplærings- og veiledningsansvar for studenter som har sin kliniske praksis i kirurgisk divisjon. Det kommer fram at studentene ofte har en annen tilnærming i smertevurderingen. De bruker som regel alltid smertevurderingsverktøy. Sykepleiernes formidling av egen praksis i møte med studentene fremkommer i studien. En refleksjon over egen praksis er; ”I forhold til de som har mye smerter så tror jeg det hadde blitt mer nøyaktig med NRS”. En sykepleier uttrykker seg slik om studentveiledning i smertevurderingen; ” tror de tar etter oss etter hvert”.

På denne bakgrunn er Kompetanseoverføring andre subtema.

5.2.1 Subtema 1; Manglende tillitt til pasienters selvrapporing

Anvendelsen av NRS i postoperativ smertevurdering gir pasientene mulighet til å beskrive grad av smerteintensitet. Det viser seg at selvrapporingen av

smerteintensitet oppfattes ulikt av flere av deltagerne. Flere uttrykker skepsis og manglende tillitt til pasientenes selvrapporing ved bruk av NRS. Noen går langt i å antyde at de ikke stoler på pasienten sin tilbakemelding om smerteintensitet. En deltager gir følgende beskrivelse;

”min VAS må stemme med den pasienten sier, det må være samsvar med min, og hvis vi virkelig føler de trenger smertestillende , så får de det”.

Andre beskriver det som en utfordring;

”når hun sier at hun har VAS 9 eller 10, og så ligger hun rolig i sengen, om vi da tror hun har så vondt som hun sier hun har. Altså, det er utfordringen”.

Det kan virke som om det er vanskelig å stole på pasientene i de situasjonene der de beskriver høy smerteintensitet, jamført med NRS skalaen (7-10). Tallverdiene 7-10 representerer sterk smerte, og er uttrykk for at pasientene trenger medikamentell smertebehandling. Flere sykepleiere problematiserte selvrapporingen, og opplever at de har en annen vurdering av pasientens smerte. Følgende to sitat illustrerer misforholdet mellom pasientens selvrapporing og sykepleieres vurdering; ”hvis du sitter og ligger å strikker og sier du har 10, så blir det vanskelig å forholde seg til” og ”ja, og verst tenkelig sant, sier 10 og kan gå på toalettet, ikke helt reelt føles det som”.

Andre deltagere inntok pasientperspektivet ved å hevde at det er vanskelig for pasientene å tallfeste smerten;

”det er fordi jeg av og til føler at pasientene har så vanskelig for å forklare det, hvis de sier at de har 9 sant, omtrent som å hoppe ut vinduet, men de har jo ikke, jeg synes det er vanskelig for pasienten å si mest tenkelig smerte, selv om jeg prøver å forklare”.

En annen erfaring med bruk av smertevurderingsverktøyet var at en opplevde selvrappoteringsen som diffus. Observasjonene til sykepleierne tilsa en annen vurdering enn det som kom frem ved bruk av smertevurderingsverktøy. Sykepleiernes vurdering baserte seg i hovedsak på observasjon av vitale målinger og kroppsspråk. En deltager omtalte det slik;

”for meg er det viktig med kroppsspråket. Jeg ser, når jeg ser på pasienten, jeg kan faktisk se at noen har det vondt, eller at det er noe som ikke stemmer. Selv om pasienten har det bra, men jeg ser at han ikke har det bra, så da må jeg forske på hva som er galt. Og det er det samme med smertelindring, hvis pasienten ligger i sengen og er bare helt spent i sengen, men sier han har det fint- jeg sier prøv å være ærlig, du har jo smerter ikke sant? Og da kommer det frem. Så sånn er det, man må vurdere fra begge ender da. Enten for mye fordi de bare spør uten at du, ja, kan se at de har vondt. Andre kan ligge med smerten uten å spørre om hjelp”.

En deltager kunne fortelle om en dårlig erfaring knyttet til at pasienten ikke opplevde å bli trodd . Dette viser kompleksiteten i smertevurderingen.

”jeg bruker den ikke fordi jeg har dårlig erfaring med den rett og slett. Brukte den en periode da, men en pasient sa til meg at det føles nedverdiggende når du spør , åh gud , det har jeg aldri tenkt. Å bruke den , føles som hun ikke ble trodd, når hun sa hun hadde kjempevondt”

”Sykepleierne beskriver ulike strategier for å ivareta en individuell tilnærming i smertevurderingen. En type strategi beskrives på følgende måte;

”blir veldig upresist. Kanskje ikke mer presist å spørre, men en slags kombinasjon av observasjon og hva pasienten gir uttrykk for, og da føler jeg at jeg får et bedre bilde. Så vi kunne selvfølgelig satt det som sammenholdende. Men hvis han sier 10 og det ikke er 10 i våre øyne...”

Her framkommer det samme funnet som er beskrevet tidligere. Det kan virke som om det er en underliggende mistro til pasientenes selvrapporing hva angår smerteintensitet ved bruk av NRS. Det er imidlertid unntak fra denne tendensen. Noen beskriver bruk av smertevurderingsverktøy som en presis, oversiktlig og nøyaktig måte å smertevurdere pasientene på. Den kan videre gi beslutningsstøtte i smertevurderingssituasjoner;

”bruker den av og til hvis de sier de har vondt, men ikke helt klarer å, hvordan skal jeg si det, hvis det ikke ser ut som om de har kjempevondt. Synes det er greit å bruke den for å vite om jeg skal gå på OxyNorm eller noe mildere smertestillende”

Det er en oppfatning blant deltagerne at bruk av NRS er spesielt anvendbar hos unge pasienter; ”de unge er mer vane med å tenke skala i andre sammenhenger, derfor klarer de å tenke”.

5.2.2 Subtema 2; Kompetanseoverføring

Følgende utsagn karakteriserer hvordan smertevurderingen kan formidles og hvilke refleksjoner deltagerne har om eget ståsted:

” går med studentene nå, hva er det de pleier å si av og til, at ja, det er bare noe du vet, av og til svarer jeg at det bare er sånn vi er vant å gjøre. I forhold til smertevurdering , nei, de bruker det samme som vi gjør, de lærer, og går med oss. De spør oss om VAS hører jeg. Jeg bruker den ikke seriøst, men det gjør de”.

”noen av mine studenter har brukt VAS, de er flinkere enn oss”

”de synes det er et godt redskap”.

Det kan virke som om det er lite fokus på refleksjon over egen og avdelingens kollektive praksis i smertevurderingsarbeidet. Utsagn som ”jeg tenker at vi kanskje skulle brukt VAS skala mer, jeg gjør det jo nesten aldri” og ”ikke ofte jeg heller gjør det, men klinke til av og til” illustrerer dette.

6.0 Diskusjon

Studiets hensikt var å belyse sykepleieres erfaringer i postoperativ smertevurdering. Deltagernes perspektiver kan gi innsikter som kan være viktige for virksomheten. Forskningsspørsmålene var 1. Hvordan erfarer sykepleiere det å smertevurdere pasientene, 2. Hvordan er smertevurdering som fagområde forankret i avdelingen?

To hovedtema ble presentert i foregående kapittel om funn; punkt 5.1. og 5.2; *God smertevurdering krever tid, kunnskap og system* og *Ulik tilnærming*. Subtema i punkt 5.1 var *Tilstrekkelig tid, Rask pasientflyt og Kunnskap satt i system*. I punkt 5.2 var subtema *Manglende tillit til pasientenes selvrapping og Kompetanseoverføring*. Diskusjonskapittelet vil ha samme struktur som Kap.5. Styrker og svakheter ved studien vil bli belyst i punkt. 6. 3.

Funnene som ble presentert i Kap. 5 vil bli diskutert i relasjon til teoretisk rammeverk og tidligere forskning. Teoretisk rammeverk i denne sammenheng er modellen om Kunnskapsbasert Praksis (Nordtvedt et al., 2012) og P. Senge (2006) sin teori om lærende organisasjoner.

6.1 God smertevurdering krever tid, kunnskap og system

Smertevurdering i postoperativ fase kan være krevende, og det finnes ingen blodprøveanalyser, røntgenundersøkelser eller nevrofysiologiske tester som sier oss noe vesentlig om smertens karakter. Deltagerne i studien beskriver situasjoner der mangel på tid påvirker smertevurderingen direkte. Det vil derfor ha betydning hvilken tilnærming en bruker for å smertevurdere pasientene. Mangel på tid medfører ofte mindre pasientinvolvering, noe som er å anse som en forutsetning for en god smertevurdering. Dersom brukerperspektivet ikke ivaretas, vil en kunne miste en vesentlig del av den kunnskap som smertevurderingen skal bygge på. Dette blir understreket i modellen om KBP. Brukerkunnskap og brukervedvirkning er viktige kunnskapskilder i modellen om Kunnskapsbasert praksis (Nordtvedt et al., 2012). Rustøen (2006) kaller selvrappoterter for ”gullstandard” i et smertevurderingsperspektiv. De beste helsetjenestene er de som klarer å involvere pasientene. Breivik (2008) skriver at bruk av relevant smertevurderingsverktøy er en forutsetning for en adekvat smertevurdering. Bare ved å regelmessig vurdere og måle smerteintensitet like ofte som andre vitale tegn, kan en synliggjøre smerte som fenomen for helsepersonell (Breivik et al., 2008).

Studien finner at rask pasientflyt utfordrer sykepleiernes smertevurdering. Endringene i smertevurderingen slik det kommer frem i denne studien, består i at en ikke har kjennskap til pasientenes smerteopplevelse fra eksempelvis vekten dagen før. Den korte liggetiden er muliggjort på bakgrunn av forbedret rekonvalesens etter kirurgi. Faktorer som optimal informasjon, minimering av stress, tidlig mobilisering, effektiv analgesi, tidlig ernæring og endrede pasientråd ligger til grunn for forbedret rekonvalesens etter kirurgi. Dette er relativt nye prinsipper som organisasjonen bør bruke tid på å implementere og evaluere. Modellen er kjent som Enhanced Recovery After Surgery eller som Fast-Track (Helse Stavanger, 2015). Det vil være viktig med en gjennomgang av smertevurderingspraksisen i takt med dette. Er alle rutinene, vanene og tradisjonene kunnskapsbaserte? Ett viktig prinsipp i et slikt pasientforløp er en aktiv

og trygg deltagelse fra pasientenes side i rekonvalesensen etter kirurgi. I tillegg er det en målsetting at pasienten skal motta kunnskapsbasert pleie (Romundstad & Breivik, 2012).

Det kommer fram at det er behov for mer kunnskap om postoperativ smertevurdering. Mange sykepleiere opplever at smertevurdering er vanskelig. Samtidig beskriver deltagerne at de ikke har kjennskap til om det foreligger skriftlige retningslinjer om smertevurdering. Postoperativ smertevurdering er en stor klinisk utfordring sykepleierne står ovenfor, og det foreligger internasjonale standarder som beskriver kunnskapsaspektet i smertevurderingen. I disse kommer det fram at smertevurdering er like viktig som selve smertebehandlingen. I en nyere artikkel i Evidence-Based Nursing vedrørende forekomsten av smerte i sykehus, vektlegges behovet for fremtidig forskning om implementering av faglige minimumsstandarder om smertevurdering og smertebehandling (Manias, 2014).

6.1.1 Tilstrekkelig tid

Smertevurdering tar tid. Utgangspunktet bør være at det vil ta den tid pasienten faktisk har behov for. Studien viser imidlertid at sykepleierne i situasjoner med manglende tid ikke utøver den gode sykepleien de gjerne skulle ønske. Mangel på tid i smertevurderingsarbeidet samsvarer med funn i annen forskning. Her finner en at mangel på tid sammen med en økt arbeidsbelastning er årsak til utilfredsstillende smertevurdering (Bell & Duffy, 2013). I denne studien kan det se ut som at det er lite rom for å tilbringe nok tid sammen med pasientene. For sykepleierne kan dette oppleves som etiske dilemmaer. De skulle gjerne tilbrakt mer tid til samtale og kartlegging av smerte. Betydningen av manglende tid er at omsorgsperspektivet kan nedtones. Sykepleierne uttrykker betydningen av at pasientene ligger godt i sengen, og at det er trygghetsskapende for pasientene å samtale med sykepleierne. Dette er gode eksempler på effektive ikke –medikamentelle tiltak i smertevurdering –og behandling.

En svensk studie som beskriver pasientperspektivet i postoperativ smertebehandling i kirurgiske avdelinger, vektlegger tidsaspektet som viktig for pasientene. Pasientene vegrer seg for å tilkalle sykepleiere når de opplever gjentatte avbrytelser i smertevurderingen. Det blir beskrevet at sykepleiere kunne be pasienten om å tilkalle dem når de hadde behov for smertestillende. Studien fant at pasientene i liten grad ønsket å forstyrre sykepleierne (Idwall, Bergqvist, Silverhjelms & Unosson, 2008). En slik tilnærming er det motsatte av å være proaktiv, og viser med all tydelighet at det ikke er uvesentlig hvilken tilnærming som velges i smertevurderingene. En deltager i denne studien mente at noen pasienter helt sikkert er redde, men vil ikke være til bry. Dersom pasientene merker at det er hektisk på natten for eksempel, så vil de kanskje ikke be om smertestillende. Det samme kan skje på dag og kveld dersom pasientene merker at det er en travel atmosfære i avdelingen.

Kunnskapsbasert sykepleie bygger på at en skal ta i bruk beste tilgjengelig kunnskap for pasientenes beste. Her inngår dette med ikke –medikamentelle tiltak og pasientenes selvrappotering. Det er et systemansvar at en har den tiden en trenger for å smertevurdere godt nok. Senge (2006) framholder systemtenkning som den femte og viktigste disiplinen. Her kan hver enkelt ha muligheter for å se deler til helhet. Det er avgjørende at hver enkelt løfter blikket dersom mangel på tid er det som kjennetegner avdelingens praksis i smertevurderingsarbeidet. Systemtenkning vil kunne bidra til at en lettere ser strukturen som ligger til grunn for arbeidsprosessene. En får mulighet til å skifte perspektiv slik at en ser seg selv i en større sammenheng (Senge, 2006). Denne innsikten er viktig fordi en ser tydeligere hvilket bidrag ens profesjon gir i organisasjonen. Dette kan være motiverende i seg selv, og bidra til at kvalitetsforbedring.

Det er grunn til å understreke alvoret i at sykepleierne beskriver mangel på tid i smertevurderingsarbeidet. Dersom sykepleierne opplever at tidsaspektet vanskeliggjør en god postoperativ smertevurdering, vil en kunne få mindre motiverte medarbeidere. Dette står i motsetning til teorien om lærende organisasjoner, der en ønsker medarbeidere som jobber i en felles visjon i et inspirerende fagmiljø (Senge,

2006). Travelhet er en faktor i spesialisthelsetjenesten som mange vil kunne oppleve som en trussel for god pasientbehandling. Høyt temp, omstillingsprosesser strukturelle endringer er hverdagen for mange. Det kan virke som om at manglende tid og travelhet gjentas til det kjedsommelige av ansatte i dagens helsevesen. Det blir som et mantra som lever sitt eget liv i organisasjonen, og som har kraft i seg til å spre resignasjon. Hvilket handlingsrom har en i en slik situasjon der en opplever at travelheten går utover egen utøvelse av sykepleie? Det er viktig å erkjenne at å arbeide over tid i en slik kontekst vil kunne medføre mindre bevisste og reflekterte profesjonsarbeidere. Prosessen med å arbeide kunnskapsbasert vil vanskeliggjøres fordi det ikke er tid til refleksjon over egen praksis. Kritisk refleksjon er viktig i et kvalitetsperspektiv, og angår hele organisasjonen dersom en skal kunne kalle seg en lærende organisasjon (Senge, 2006).

Spesialisthelsetjenesten er en kunnskapsbedrift der hver enkelt medarbeider inngår i en personlig og organisatorisk læringsforbindelse (Senge, 2006). Senge (2006) hevder at en organisasjons evne til å lære ikke er større enn læreevnen til organisasjonens medlemmer. Det handler om å skape en organisasjonskultur der ansatte er i en prosess av livslang læring. Systemtenkning er viktigere enn noen gang for å unngå at en overveldes av den kompleksiteten som omgir en. Begrepet system er å tenke system og å tenke systematisk. Det kan være med på å bidra til en følelse av kontroll i egen jobbsituasjon. Med systemtenkning kan hver enkelt bli en aktiv bidragsyter i å endre eller påvirke strukturer i organisasjonen.

6.1.2. Rask pasientflyt

Mange pasientgrupper er inneliggende kort tid i avdelingen før hjemreise, og dette påvirker smertevurderingen. Deltagerne beskriver at utfordringen ligger i at de ikke får følge smerten over tid, og å ha noe å sammenligne med. En uttrykker seg slik; ”da kunne en følge de og smerten.” Dette er viktige perspektiver i et hektisk fagmiljø, og fordrer at sykepleierne har en riktig tilnærming i smertevurderingen. Nå er hverdagen til

sykepleiere slik at det høye tempoet medfører at en forholder seg til flere og flere pasienter på kort tid. Det ligger i sakens natur at det vil være viktig med en presis tilnærming, og at pasientene må gis mulighet til å rapportere om smerteintensitet. Sykepleierne vil være "nullstilt" når de møter disse pasientene, og dette kan føre til et forsterket pasientperspektiv ved at pasientenes "stemme" vektlegges på en annen måte. En vil lettere kunne unngå at egne tolkninger og observasjoner blir lagt til grunn for smertevurdering og behandling. Slik sett vil deltagerens manglende kjennskap til pasientene være en positiv forutsetning. Brukerperspektivet som omtales i modellen om KBP vil kunne bli mer likestilt med annen type kunnskap. En islandsk artikkel om teoretisk kunnskap i sykepleiestyrt smertebehandling omtaler to ulike perspektiver; knowing the patient og unknowing the patient (Blondal & Halldorsdottir, 2012, s. 531). Det å ha en etablert sykepleie-pasient relasjon (knowing the patient) vil føre til en forpliktelse i smertebehandlingen. Sykepleieren fremstår lettere som pasientens advokat når det er etablert en menneskelig og profesjonell relasjon. På den annen side kan fordelene med å ikke kjenne pasienten medvirke til at en kan unngå at smertevurderingen bygger på personlige holdninger, stereotypier og personlige oppfatninger. En forutsetning er at sykepleierne erkjenner dette (Blondal & Halldorsdottir, 2012,).

De ulike kunnskapssøylene i kunnskapsbasert sykepleie er erfaringskunnskap, teoretisk praksis og vitenskapelig kunnskap (Nordtvedt et al., 2012). Teoretiske kunnskaper om smertevurdering bidrar til en teoretisk praksis. Dette vil kunne bidra til ny forståelse av smertevurdering til denne pasientgruppen. Sykepleierne kan slik utvikle en praksis som er i "takt" med den raske pasientflyten. Erfaringskunnskap, som er praktisk og situasjonsnær, er på sin side avhengig av refleksjon dersom en skal øke fokuset på innholdet i smertevurderingen. På bakgrunn av dette synliggjøres det at KBP er viktig fordi helsetjenestene er i stadig endring og det stilles krav til effektivitet og oppdatert kunnskap. Pasientene er mer informasjonskompetente og utfordringene i helsetjenesten mer sammensatte. (Helse – og omsorgsdepartementet, 2011-2012, s. 8)

6.1.3 Kunnskap satt i system

Flere studier peker på behovet for mer kunnskap om smertevurdering , og at dette bør gis mer oppmerksomhet i klinisk arbeid (Ene et al., 2008; Dunwoody et al., 2008; Rognstad et al., 2013).

I denne studien framgår det at postoperativ smertevurdering oppleves som krevende. Flere deltagere beskriver det som vanskelig. Det kommer fram en usikkerhet som gjør seg gjeldene i smertevurdering og smertebehandling. Usikkerheten knyttes til om de har gitt for mye eller for lite smertestillende i forhold til den smertevurderingen som er gjort. Deltagerne beskriver videre en erfaring der det kan være vanskelig å tro på pasientenes smerteintensitet ved bruk av smertevurderingsverktøy. Dette blir belyst i punkt 6.2.1. Dette er viktige innsikter som organisasjonen bør merke seg, og det bør gis et økt fokus i avdelingene. Dersom en skal tilstrebe kunnskapsbasert sykepleie bør de ansatte være oppdatert på relevant forskning som har klinisk verdi. Det er viktig at forskningen blir presentert på en forståelig måte slik at sykepleierne forstår at dette kan være viktig for praksis. Formidling av klinisk sykepleieforskning bør være en prioritert oppgave dersom en ønsker å jobbe kunnskapsbasert. Forskning støtter dette , og hevder at empiriske forskningsfunn om smertevurdering sjelden blir implementert i praksis (Bell & Duffy, 2013). Kjennskap til forskning inngår i kunnskapsbasert sykepleie, og bør forankres i systemet. Ledere har en nøkkelrolle i avdelingene i å tilrettelegge for en reflekterende praksis. I sykepleieres yrkesetiske retningslinjer beskrives idealene for god sykepleiepraksis. I retningslinjene for sykepleiere er lederes betydning for refleksjon og fagutvikling omtalt ; ”Ledere av sykepleietjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon, og ta i bruk yrkesetiske retningslinjer som et styringsverktøy” (Yrkesetiske retningslinjer, 2010).

Pasienter med langvarige smerter og pasienter med kjent rusproblematikk er to pasientgrupper som deltagerne erfarer som spesielt krevende å smertevurdere postoperativt . Et utsagn som: ”Pasienten har vondt og vi vet ikke hvordan vi skal forholde oss til det” og ”det er et kjempe etisk dilemma” illustrerer dette. Det kan

tolkes som et uttrykk for en hjelpeløshet som sykepleiere kan oppleve i møtet med disse pasienten. Pasienter med langvarige smerter er en økende gruppe i befolkningen, og det gjenspeiles i sykehuset. Disse pasientene har krav på en helt annen tilnærming med hensyn til smertevurdering og behandling. Å være pasient gir grunnlag for lovfestede rettigheter. De er i en spesielt sårbar situasjon etter å ha gjennomgått et kirurgisk inngrep, og har krav på smertelindring og nødvendig helsehjelp på lik linje som alle andre. Hvis en mener noe med *pasienten i sentrum* så er ikke enkeltbidrag fra ansatte det viktige, men hvordan pasienten blir ”møtt”. Pasientene har behov for et individuelt tilpasset analgetisk opplegg med andre doseringer enn vanlige postoperative forløp. Det blir beskrevet at legene i noen pasientsituasjoner har et ønske om å begrense smertestillende til pasienter med et kjent rusmisbruk. Deltagerne bruker uttrykket ”å avvenne.” En slik holdning vil kunne føre til stor grad av utrygghet hos den enkelte pasient. I slike situasjoner vil det være viktig med en tverrfaglig forståelse for hvordan en skal smertevurdere og smertelindre i samråd med pasienten. Pasientene kan være krevende i postoperativ fase fordi de opplever å ikke få tilstrekkelig smertelindring. Min erfaring er at det er et stort behov for kunnskap og systemer i hele organisasjonen om smertevurdering og behandling til disse pasientene. Det foreligger få studier som fra et pasientperspektiv belyser postoperativ smertebehandling til pasienter med langvarige smerter. En svensk studie som utforsker pasientene sine selvrapporterte erfaringer om postoperativ smertebehandling finner følgende; manglende respekt, mistro og manglende kunnskap om smertebehandling hos helsepersonell (Tei, Dreyer & Nikolajsen, 2012). Dette er nedslående funn, og bør anspre til ytterligere forskning om tema.

Veien mot å bli en god hjelper går gjennom å reflektere over egen og andres praksis. En litteraturstudie fra 2013 om postoperativ smertevurdering i kirurgisk sykepleie finner at sykepleiere i større grad bør reflektere over egen praksis samt å arbeide for å fremme retningslinjer (Bell & Duffy, 2013). Sykepleiere er den profesjonen som er tettest på pasientene i en sårbar fase etter kirurgi, og bør ha kunnskaper nok til å framstå som trygge og kompetente. Reflektert praksis er ifølge Senge (2006) disiplinen mentale modeller. De mentale modellene kan forhindre at ny kunnskap og andres synspunkter

blir vurdert. Det handler om å avdekke inngrodde forestillinger og utdatert kunnskap. Personlig mestring er en annen disiplin som blir belyst i Senge (2006) sin teori om lærende organisasjoner. Kompetanse og ferdigheter hos den enkelte er avgjørende for en lærende organisasjon. Ansatte med et høyt nivå av personlig mestring, er i en kontinuerlig læringsprosess. De opplever seg aldri som utlært, men er i en livslang læringsprosess (Senge, 2006). Det forutsettes at hver enkelt har et ønske om personlig og faglig vekst. Slike medarbeidere er med på å utvikle sykepleiefaget, og kan være til stor inspirasjon for sine medarbeidere. De er verdifulle for organisasjonen som premissleverandører av kvalitet og engasjement. I en artikkel som omhandler perspektiver for smertebehandling i framtiden, vektlegges sykepleiernes sentrale rolle. Sykepleiere er gitt et stort ansvar for å sikre pasientene en trygg og effektiv smertevurdering og rehabilitering etter kirurgi. Den viktigste faktoren i fremtiden hva angår smertevurdering, er sykepleieres rolle (Polomano et al., 2008). Systemer kan medvirke til at helsepersonell ser det viktige tydeligere. Helsepersonell bør vurdere systematisk pasienters tilstand og utvikling de første timene etter operasjon. Dagens praksis kjennetegnes av at pasientenes generelle tilstand vurderes og dokumenteres hver for seg uten at en får en samlet oversikt. Det bør utvikles og implementeres et monitoreringssystem som gir en samlet oversikt over pasienters tilstand de første timene etter kirurgi. Et slikt monitoreringssystem kan eksempelvis kartlegge grad av smerte, uro, kvalme, sedasjon, kløe og mobiliseringsevne. Det vil kunne måle i hvilken grad pasienter mottar effektiv smertebehandling og øke pasienters selvrapporing (Kuklin, 2014). Sykepleiere kan ved et slikt monitoreringssystem innta en bred tilnærming til pasientene ved å gi en mer helhetlig omsorg.

Det framgår av studien at postoperativ smertevurdering ikke er forankret i skriftlige retningslinjer. Skriftlige retningslinjer til bruk i klinisk arbeid er ofte utarbeidet på grunnlag av kjent kunnskap om ett fagområde. Pkt. 4 i Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) anbefalte standard for smertebehandling i sykehus er adressert til ledelsen; ”Kartlegg og forsikre deg om de ansattes kompetanse i smertevurdering og behandling, og sørg for at smertevurdering og behandling inngår i opplæring av alle nyansatte”. Dette er et godt eksempel på at

retningslinjer virker forpliktende samtidig som det gir ansatte noe å ”samles” om. Oppdaterte retningslinjer er med på å sikre best praksis, systematisk tilnærming og å ivareta pasientsikkerheten. Retningslinjer kan bidra til å redusere uheldig variasjon i praksis og sikre et faglig fokus. Det er naturlig at ansatte i kirurgisk divisjon vil ha ulik erfaring og kompetanse. Flere av deltagerne i denne studien er unge sykepleiere med få års erfaring. I følge Benner sin teori om novise og ekspert vil uerfarne sykepleieres kompetanse knyttes til rutiner og prosedyrer (Benner, 1984). Klare retningslinjer vil være spesielt viktig for nyutdannede, nyansatte, vikarer og studenter. Det vil kunne kvalitetssikre smertevurderingen, bidra til økt trygghet for sykepleierne og ha betydning for kliniske avgjørelser. Slik kan retningslinjer bidra til å opprettholde kvalitet i tjenestene. Samtidig vet en at etterlevelse av retningslinjer i klinisk praksis er en utfordrende problemstilling. Det er et økt fokus i forskning på tiltak som er med på å øke etterlevelsen av retningslinjer. Implementeringsforskning gir viktige bidrag med hensyn til hvilke tiltak som er effektive ved implementering av nye retningslinjer. Mye handler om å utvikle en faglig kultur der ting etterspørres. Forankring i ledelsen er av stor betydning. Ledere har et ansvar i lage rom for gode forbedringer slik at arbeidsprosessene også forbedres. I en lærende organisasjon oppmuntres de ansatte til å ta faglig ansvar, og de bruker kliniske erfaringer til å utvikle seg videre. Kjernen i en lærende organisasjon er de ansatte. Det er disse som både på individuell basis og i team, preger tjenestene og skaper kollektiv læring (Al-Abri & Al-Hashimi, 2007).

Pasientbehandlingen kjennetegnes av rask pasientflyt. På denne bakgrunn vil det være ekstra viktig med klare retningslinjer som kan veilede sykepleierne i sin tilnærming. Den faglige usikkerheten som fremkommer i det empiriske materialet, kan være et utslag av manglende forankring i felles sett retningslinjer. Klare retningslinjer kan bidra til å redusere den usikkerheten som framkom i det empiriske materialet.

Det er et lederansvar at organisasjonen kan vise til kliniske retningslinjer. Kliniske retningslinjer kan bidra til en økt oppmerksomhet om smertevurdering, og kan brukes til refleksjon og samtale om ulike problemstillinger i smertevurderingen. Videre kan

retningslinjer gi beslutningsstøtte i det å foreta riktige valg. Systemer for å se det viktige er nødvendig i en lærende organisasjon. Dette støttes av forskning som oppfordrer sykepleierne til å anvende kunnskapsbaserte retningslinjer i smertevurdering (Dunwoody et al., 2013; Bell & Duffy, 2013).

Det vil være viktig for organisasjonen å møte den usikkerheten som formidles i denne studien. Flere studier peker på at utdanning, veiledning og undervisning er nødvendig for å forbedre smertebehandlingen i sykehus (Rognstad et al., 2012; Karlsten et al., 2005; Bell & Duffy, 2013). Dette er utfordrende perspektiver som organisasjonen bør finne løsninger på. I flere år har kirurgisk divisjon hatt sykepleiere som har fungert som smertekontakter i avdelingene. Det framgår i studien at deltagerne er usikre på om de har en smertekontakt i avdelingen pr. dags dato. Alle hadde kjennskap til funksjonen, men det kan virke som om systemet med smertekontakt ikke fungerer helt etter intensjonen. Intensjonen er at smertekontaktene skal samarbeide med smertesykepleiere i postoperativ overvåkingsavdeling. Betydningen av avdelingsvise smertekontakter støttes i forskning om sykepleieres kompetanse (Rognstad et al., 2012).

Smertesykepleiere i postoperativ overvåkingsavdeling ved Universitetssjukehuset i Stavanger har siden 2002 bidratt til kompetanseoverføring i form av undervisning, oppfølging og veiledning. Slik kan en lettere oppnå en kunnskapsbasert smertevurdering. Dette er imidlertid et arbeid som gjøres dersom det er mulig å frigjøre smertesykepleierne fra ordinær drift. Smertesykepleierne går ordinær 3-delt turnus som på sin dagvakter følger opp postoperativ smertebehandling i form av samarbeid med sengeposter og ”bedside” undervisning. Her ligger det et potensiale for ytterligere kompetanseoverføring og erfaringsutveksling mellom overvåkingsavdelingen og kirurgisk sengeposter. Det kan imidlertid virke som om det er et arbeid som har blitt nedprioritert senere år. Pasientbehandling og driftshensyn er gitt første prioritet. Dette er en uheldig utvikling både med tanke på kunnskapsbehovet hos sykepleierne, kvalitet - og pasientsikkerhetsaspektet. Det er et tverrfaglig ønske i postoperativ overvåkingsavdeling om midler til å formalisere en smertesykepleierstilling uavhengig av drift. I tidsskriftet *Acta Anaesthesiology Scandinavia* skriver professor Breivik i en

editorial; "a multidisciplinary pain clinic, including Acute Pain Service, is needed in every university hospital with a surgical department" (Breivik, 2012, s. 672).

En svensk studie omtaler sykepleiere som "smerte- ombudsmenn". De er en del av et faglig nettverk som dekker hele sykehus, og som møtes regelmessig for faglig oppdatering. Det blir anbefalt at alle avdelinger bør opprette en slik funksjon. Det er en relativ enkel måte å øke fokuset på smertevurdering og- behandling (Wadensten et al., 2011).

Behovet for mer kompetanse i smertevurdering/behandling er noe av bakteppet for at det i 2015 tilbys tverrfaglig videreutdanning i smerte ved Oslo Universitetssjukehus. Studiet er ett- årig , deltid og gir 30 studiepoeng. Her vil postoperativ smerte være et av emnene i studieplanen. Ledere for sykepleietjenesten bør vurdere behovet for en slik type kompetanse i egen organisasjon. Det er grunn til å tro at dette kan prioriteres inn i ulike kompetanseplaner i sykehuset. Helsefaglige utdanninger har ikke mulighet til å dekke alt som angår smerte.

6.2 Ulik tilnærming

Det er overraskende i denne studien at det kan virke som at det er lite kjennskap til hverandres praksis i smertevurderingen. Deltagerne har alle kjennskap til bruk av smertevurderingsverktøy, men vet ikke i hvilken grad kollegaer bruker den. Det blir opplyst at de av og til anvender NRS i smertevurderingen, men at det er opp til hver enkelt. Deltagerne beskrev ulike erfaringer med å bruke smertevurderingsverktøy i pasientsituasjoner. Det er interessant at bruk av NRS ikke blir knyttet til mangel på tid. Dette tolkes som om den varierende bruken av NRS har sammenheng med at det ikke er innarbeidede rutiner i avdelingen. Her ligger det muligheter for lederne som kan gi klare føringer for smertevurderingen. Fagledelsens engasjement vil kunne ha stor gjennomslagskraft i å organisere avdelingens smertevurdering. Dihle (2006) beskriver den samme problemstillingen; sykepleiere har kjennskap til smertevurderingsverktøy som et hjelpemiddel til å vurdere smerteintensitet, men bruker det sjeldent. Dette blir

satt i sammenheng med at det er et organisatorisk problem. Bruk av smertevurderingsverktøy kan medføre mer direkte kontakt med pasientene, øke pasientenes selvrapporing og bidra til at undervurdering av postoperativ smerte reduseres (Dihle et al., 2006)

En annen forklaring er at sykepleierne forteller om dårlige erfaringer ved bruk av NRS. Det blir formidlet en holdning der deltagerne stoler mer på andre kliniske vurderinger i smertevurderinger enn pasienters selvrapporing. Det kan virke som om at det foreligger en grunnleggende skepsis mot selve verktøyet NRS. Funnene er likevel ikke entydige. Flere uttrykker at de opplever at bruk av NRS som nyttig for å kartlegge smerteintensitet. Dette er viktige bidrag inn i faglige diskusjoner i egen avdeling.

Dokumentasjonssystemene er lagt opp til at det skal rapporteres smerte gjennom bruk av NRS. Det kan likevel synes som om det er ulik praksis i rapporteringene. Noen anvender NRS i rapporteringen, andre ikke. En slik praksis kan lede til en uorganisert og usystematisk smertevurdering. Forutsetningen for en god smertebehandling er at det foreligger en god organisering som inkluderer rutiner for systematisk kartlegging av smerteintensitet både i ro og ved aktivitet (Fredheim, Borchgrevink & Kvarstein, 2011). For pasientene kan det virke forvirrende at ulike aktører har ulik tilnærming til deres smerteopplevelse. Det er likevel grunn til å understreke betydningen av en individuell tilnærming til smerte. Smerte er ikke bare av sensorisk karakter, men er og et emosjonelt fenomen som er avhengig av kontekstuelle faktorer (Rognstad et al., 2012). I lys av dette vil en individuell tilnærming til pasientenes smerteopplevelse være en ønsket praksis. På den annen side er bruk av smertevurderingsverktøy i tilnærmingen til nociseptive smerter etter kirurgi et godt hjelpemiddel. Det betyr ikke at kunnskap om at smerte er sammensatt av sensoriske, affektive og kognitive aspekter skal ignoreres. I lys av dette vil smertevurdering kreve ulike strategier i tilnærmingen. Bruk av smertevurderingsverktøy er imidlertid validert gjennom forskning og er nedfelt i internasjonale standarder for smertevurdering (Breivik et al., 2008; Rustøen & Wahl, 2008; International Association for The Study of Pain (IASP)).

Funn viser at det oppstår dilemmaer hos deltagerne ved bruk av smertevurderingsverktøy. Dilemmaet består i et misforhold mellom pasientens selvrapporterte smerte og sykepleierens vurdering. Det oppstår en situasjon der sykepleierne tviler på pasientenes selvrapporterte smerteintensitet. Denne spenningen som kommer fram i sykepleier – pasient relasjonen er et viktig funn. Deltagerne beskriver at de ikke observerer smerteuttrykk som rask puls og andre endringer i vitale tegn. Det blir beskrevet at pasienter rapporterer høy smertescore samtidig som de kan lese en bok, strikke eller gå på toalettet. En deltager beskriver hvordan hun forsøker å ”løse” variasjonen i smertevurderingen. Strategien som ble valgt var å fortelle pasienten hva sykepleieren vurderte og tenkte i forhold til pasientens smerteintensitet. En slik tilnærming er basert på ærlig og åpen kommunikasjon. Det vil høyst sannsynlig føre til at pasientene føler seg ivaretatt og tatt på alvor. Kompetente og trygge sykepleiere vil kunne gå i dialog med pasientene slik at pasientenes selvrappotering blir reell.

Uttrykk som ble brukt av deltager i intervjuene er at pasientene kan risikere å ”ligge å tåle”. Dette viser at smerte har mange uttrykk, og at dette er gjeldende også for postoperativ smerte. Smerte er ifølge anerkjente definisjoner alltid subjektiv (McCafferty, 1983). Ny kunnskap om postoperativ smerte er at pasienter kan ha sterke smerter uten påvirkning på vitale tegn som BT og puls (Dunwoody et al., 2008). Kunnskap om ikke -medikamentelle tiltak er av betydning. Å lese bok, strikke eller bevege seg kan være uttrykk for forsøk på avledningsteknikk fra pasienters side. På denne bakgrunn er det av stor betydning at pasienten får uttale seg om egenopplevd smerteintensitet. Deltagernes erfaring som uttrykkes her står i motsetning til at smerte er det som pasienten faktisk rapporterer. Dette funnet samsvarer med tidligere forskning om sykepleieres holdninger til smerte og manglende bruk av smertevurderingsverktøy. Forskning omtaler dette som barrierer som forhindrer en god klinisk praksis (Rognstad et al, 2008; Bell & Duffy, 2009; Dihle, Bjølseth & Helseth, 2006; Ene et al., 2008).

6.2.1 Manglende tillit til pasientenes selvrapporing

Det framgår i studien at det oppstår et misforhold mellom pasientenes selvrapporing og sykepleieres vurdering i de situasjoner der NRS anvendes.

Ulike forklaringer kan ligge til grunn for dette. Smertevurdering krever opplæring. Det er viktig at styrker og svakheter ved smertevurderingsverktøy belyses. Å vurdere andre menneskers smerteintensitet er vanskelig, og verktøy av type NRS er ment å være hjelpemiddel i smertevurderingen.

Observasjon av smerteuttrykk/adferd er andre kliniske vurderingen som sykepleiere benytter seg av. Deltagerne er opptatt av at pasientene skal ha det best mulig, og vektlegger egne observasjoner i smertevurderingen. En deltager omtaler det som å inneha et klinisk blikk. Dette er et viktig perspektiv, men det kan ikke gå på bekostning av pasientenes selvrapporing.

Kunnskapen en har om NRS vil påvirke hvordan den er ment å brukes for et nøyaktig resultat. NRS er et validert verktøy, og det er publisert forskning som belyser bruk av verktøyet blant annet i forhold til unge versus eldre (Breivik et al., 2008) Det kan synes som om mangel på forskningskultur kan være med på å opprettholde en avdelingskultur som er til hinder for en kunnskapsbasert smertevurdering. Det er ønskelig med en avdelingskultur der en er åpen for ny kunnskap, og dette er en utfordring for ledere i organisasjonen. Kvaliteten i smertevurdering/behandling ligger først og fremst på et organisatorisk nivå.

Det faktum at sykepleierne har betenkeligheter med å tro på smerteintensiteten målt ved NRS, gir interessante perspektiver. Dette støttes av annen forskning som belyser det samme misforholdet som fremkommer her (Ene et al., 2008). Misforholdet kommer og i konflikt med prinsippet om at systematisk smertekartlegging skal basere seg pasientenes selvrapporing (Rustøen & Wahl, 2008). En mulig forklaring er at det er for lite kunnskap om hva og hvordan en skal bruke det. Smertevurderingsverktøy gir en

pekepinn på hvordan pasientene føler seg, og bør anvendes for å evaluere eventuelle medikamentelle tiltak. Samtidig gis det en mulighet for å arbeide systematisk. Dersom det er satt et mål for smertescore i forhold til valg av analgetika, kan det oppleves som en god beslutningstøtte. Dersom en er i tvil om pasientene trenger opiater, er smertevurderingsverktøy viktig i vurderingen. Pasienten skal angi høy score før opiater blir vurdert. Det er en forutsetning at det faktisk er satt et mål for smerteintensitet som er veiledende i forhold til beslutning om å gi pasienten opiat. Dette er viktige prinsipielle tverrfaglige diskusjoner i avdelingen. Opiater er opphav til flere sideeffekter i den postoperative perioden. En meta-analyse som inkluderte nesten 100 000 pasienter som fikk opioider fant side-effekter som kvalme, oppkast, ulik grad av sedering, kløe og urinretensjon (Dolin & Cashman, 2005). En nyere norsk multisenterstudie finner det samme. Pasientene plages med smerte, kvalme og oppkast, angst og uro og sedasjon etter kirurgiske inngrep. Smerte og tretthet er de faktorene som klart dominerer postoperativt (Fredheim et al., 2011, s. 1764).

Samtidig er det grunn til å ha en sunn skepsis mot smertevurderingsverktøy slik det også formidles av deltagerne. Spørsmål som stilles er om det er mulig å plassere smerte på en tallinje. Å bruke NRS er ikke det samme som å ha en instrumentell tilnærming til smerte. Smerte er alltid et biopsykososialt fenomen. Verktøyet NRS fokuserer imidlertid på ett viktig aspekt av smerteopplevelsen etter kirurgi; smerteintensiteten. Fordi smerte oppleves ulikt, er det pasientenes smerteopplevelse som bør være utgangspunktet for en individuell smertebehandling. For å oppnå dette, må pasientinvolvering og systematisk kartlegging ligge til grunn for smertevurderingen (Rustøen & Wahl, 2008).

Det vil alltid være rom for misforståelser og feiltolking ved bruk av smertevurderingsverktøy mer (MacIntosh, 2007). Nettopp derfor er betydningen av kunnskap og refleksjon over praksis så viktig. Kritisk refleksjon er en del av å arbeide kunnskapsbasert. ”Å syntetisere forskning, erfaring og brukervedvirkning i en gitt situasjon (konteksten) krever anvendelseskompetanse” (Nordtvedt et al., 2012, s. 21)

Slik kan kunnskapsbasert sykepleie medføre velinformerte valg sammen med pasientene.

Dersom det ikke foreligger føringer i avdelingen om smertevurdering og bruk av smertevurderingsverktøy, vil ulike holdninger kunne få fritt spillerom. Misforholdet som deltagerne beskriver, oppstår når pasientene angir en høy score (7-10). Dette er problematisk med tanke på at det er i dette nivået at pasientene har sterk smerte. Det er en risiko for at smerteintensiteten undervurderes når sykepleierne er usikre på om dette kan stemme. De begrunner usikkerheten med at de ikke observerer tegn på smerte, og at pasientene ligger og leser samtidig med at de rapporterer høy score via NRS. Ny kunnskap peker imidlertid på at fysiologiske tegn kan være fraværende ved sterk smerte (Dunwoody et al., 2008).

En studie som omhandler nyutdannede sykepleieres vurdering av postoperativ smerte har tilsvarende funn. Det var store variasjoner i bruk av smertekartleggingsverktøy. Erfaringene som ble formidlet var at pasientene ikke helt forsto kartleggingsverktøyet og at sykepleierne ikke helt stolte på pasientenes selvrapporing (Lien, Hanssen & Andenæs, 20). En annen norsk studie som belyser bruk av smertevurderingsverktøy i en overvåkingsavdeling har funn som samsvarer med dette studiets funn. Få sykepleiere brukte smertevurderingsverktøy i kartlegging og evaluering av smertestillende tiltak. Det blir videre argumentert for at det bør være en selvfølge at dagens sykepleiere tar dette i bruk. Det er den eneste gyldige indikatoren på smerteintensitet som legger opp til selvrapporing fra pasientens side. Et stort flertall i samme studie oppgir at de ikke bruker smertevurderingsverktøy fordi det ikke inngår som en rutine i avdelingen. Av dette kan en fastslå hvor viktig det er at ledelsen legger føringer for smertevurderingsarbeidet (Sykepleien, 2007). Igjen er det interessant å legge merke til at forskningsresultater ikke har ført til en endring i praksis. Det er helt klart et behov for ”forskningsagenter” i sykehus som kan rette søkelys mot resultater som er relevant for klinisk praksis. Idealet om å ha en kunnskapsbasert sykepleie og en lærende organisasjon er i fare for å bli begrep uten reelt innhold. Å handle kunnskapsbasert vil også si å ha en faglig forsvarlig praksis. I henhold

til Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere så skal sykepleie være kunnskapsbasert. Det er grunn til å minne om Kunnskapssenteret sin definisjon på en lærende organisasjon;

” en organisasjon som har kultur, systemer og lederstil som motiverer sine arbeidere til å lære av sine handlinger, dele lærdommen med andre og bruke den til å løse fremtidige problemer og utfordringer på et strategisk-, taktisk- og operativt nivå”.

Nøkkelord er kultur, systemer og lederstil. Kultur er viktig for muligheter for endring. Kultur kan også være en motkraft til kontinuerlig forbedringsarbeid. Kontinuerlig forbedringsarbeid er ifølge Kunnskapssenteret ett karakteristika på en lærende organisasjon (Kunnskapssenteret). Hvordan en skal skape forbedringer som vedvarer, og hvordan sette i gang kunnskapsbasert tiltak er noe som hver enkelt bør ha et engasjement i. I følge strategidokumentet Helse2020 – Helse Vest er det er mål at helseinstitusjonene skal være framtidsrettede kompetanseorganisasjoner. For å oppnå dette uttrykkes følgende mål; medarbeidere og ledere tar ansvar og skaper gode resultat, arbeidsplassen skal være attraktiv, utviklende og en lærende arbeidsplass. Videre skal nye metoder og teknologi basere seg på den beste kunnskapen. Forskning skal være et satsningsområde sammen med fagutvikling og utdanning. Omdømmet skal styrkes gjennom kloke valg (Helse). Dette er i samsvar med teorien om lærende organisasjoner; ansatte med oppdaterte kunnskaper og ferdigheter vil fremme kvaliteten i helsetjenestene. Polit & Beck (2012) skriver at hver enkelt sykepleier har et ansvar i å vurdere forskningsbasert kunnskap. Strategier for å oppnå dette er; kritisk lesning, delta på arenaer der studier til klinisk nytte presenteres, still krav til at praksis skal være begrunnet, faglig deltagelse i nettverk der forskning kan diskuteres og deltagelse i utarbeiding av kunnskapsbaserte retningslinjer eller prosedyrer (Polit & Beck, 2012). I en lærende organisasjon vil enkeltindividene drive kontinuerlig forbedringsarbeid i en støttende og lærende bedriftskultur (Kunnskapssenteret). Når teamet har et støttende, aksepterende og trygt klima, resulterer det i et mangfold av ideer, kreativitet og nyskaping (Al-Abri & Al-Hashmi, 2007).

Senge (2006) omtaler systemtenkning som den femte disiplin. Systemtenkning er selve fundamentet i en lærende organisasjon. Her kan helsepersonell være pådrivere for forbedringsarbeid i klinisk arbeid. Helsepersonell har et selvstendig ansvar i å holde seg

oppdatert på siste tilgjengelig kunnskap for pasientenes beste. Dersom en skal utvikle en reflekterende praksiskultur må en ha ta et skritt tilbake og vurdere egen praksis.

6.2.2 Kompetanseoverføring

Spesialisthelsetjenestens oppgaver er pasientbehandling, helsefaglig forskning, utdanning av helsepersonell og utdanning av pasienter og pårørende. For sykepleiere i kirurgiske avdelinger er studentveiledning velkjent. Veiledning av studentene forekommer i en naturlig kontekst, og er egnet til å formidle kunnskapsbasert sykepleie samt å involvere pasientene.

Deltagerne omtaler studentene i avdelingen der det framkommer at de har en annen tilnærming til smertevurderingen. De legger merke til at studentene bruker NRS i smertevurderingen. I omtalen av studentene kan det virke som om det er dem og oss, og at dette gjenspeiler seg i smertevurderingen. I møtet med studentene ligger et stort potensiale i å reflektere over avdelingens praksis i smertevurderingen. Å evaluere egen praksis er et av trinnene i å arbeide kunnskapsbasert. Dette er også med i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere; Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis.

Uttrykk som deltagerne bruker om studentene er; ” de er flinkere enn oss” , ”burde kanskje brukt det mer” og ”klinke til av og til”. Det kan tolkes som om at sykepleierne anerkjenner en slik tilnærming, men at praksiskulturen i egen avdeling varierer. Studenter har med seg teoretisk kunnskap, og praksisfeltet ”svarer” ofte med erfaringsbasert kunnskap. Ulike kunnskapsformer er likestilt i modellen om kunnskapsbasert praksis. Deltagerne gir uttrykk for at studentene etter en tid i avdelingen ender opp med samme tilnærming som de ansatte. Ved å kommunisere til studentene at det er slik vi er ”vant til å gjøre”, står en i fare for å formidle en ureflektert holdning til smertevurdering / behandling. Dette kan påvirke kunnskapsaspektet i

studentenes kompetanseutviklingen. Studenten tilpasser seg avdelingens rutiner og blir en del av kulturen uten å stille de kritiske spørsmålene. Sykepleie et selvstendig fag, og studentene trenger kompetente rollemodeller i praksis; rollemodeller forankret i et klinisk miljø som er genuint opptatt av fagutvikling i postoperativ smertevurdering.

Det blir beskrevet at noen studenter bruker for eksempel NRS hele praksisperioden. Gapet mellom teori og praksis er noe som ofte kjennetegner studenters møte med praksisfeltet. Dihle et al., (2006) anbefaler at det bør være ett tettere samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og praksis. Gjennom et slikt samarbeid kan en sikre kompetente sykepleiere som har en tilnærming til smertevurdering som bygger på teoretisk kunnskap (Dihle et al., 2006).

Sykepleiere oppfordres til å ta mer smerteansvar og vise mer selvstendighet i smertelindringsarbeidet. Det kan virke som om det er på tide å snakke om et profesjonsansvar. Å ta ansvar for eget fag. Sykepleiere har en nøkkelfunksjon i smertevurdering/behandling, og god sykepleie på alle nivå er grunnleggende for pasientenes rehabilitering etter kirurgi. Systematisk kartlegging og oppfølging av smerte er områder der sykepleiere trenger mer undervisning. Det blir understreket at det er mye ny kunnskap tilgjengelig som sykepleierne må få kjennskap til (Sykepleien, 2015, s. 54).

6.3 Styrker og svakheter ved studien

I denne studien er fokusgruppeintervju valgt som metode for å innhente empiri. Hensikten med studien var å belyse sykepleieres erfaringer med smertevurdering. Fokusgruppeintervju ble vurdert som den beste metoden i forhold til studiens problemstilling. I fokusgruppeintervjuene var samspillet mellom deltagerne en viktig faktor for å få belyst aktuelt tema; smertevurdering. Deltagerne hadde en relasjon til hverandre som kollegaer på samme avdeling, og de responderte underveis på hverandres uttalelser. Ifølge Thagaard (2009) fungerer fokusgrupper best i grupper som

sankjorte og som har et felles erfaringsgrunnlag. Å ha kunnskap om hverandre kan også være en svakhet. Det kan være vanskelig for deltagere å uttrykke synspunkter i fokusgruppeintervjuene som for eksempel skiller seg ut fra resten av deltagernes erfaringer (Morgan, 1997). Bruk av fokusgruppeintervju i denne studien var godt egnet for å innhente erfaringer med smertevurdering. En alternativ datainnsamlingsmetode kunne vært individuelle intervju som kunne gitt mulighet for å gå mer i dybden i forhold til tema. En annen mulighet hadde vært å samle data både gjennom fokusgruppeintervju og individuelle intervju for å økt bredde i studiens empiri.

I posisjonen som forsker med kjennskap til fagområdet kunne jeg forstå det som ble sagt, og lettere komme med presise oppfølgingsspørsmål underveis i fokusgruppeintervjuene. Dette anser jeg som en styrke i studien. Kvale et al. (2009) skriver at det er viktig at intervjuer har kunnskap om tema slik at gode oppfølgingsspørsmål kan stilles og dermed øke muligheten for å få fram erfaringer. Samtidig er det en fare for at forforståelsen påvirker hva som faktisk blir sagt (Lincoln & Guba, 1985). Malterud (2012) skriver at nærhet til tema kan være en barriere mot kritisk refleksjon. Mitt faglige perspektiv har fulgt meg i de ulike deler av forskningsprosessen. Problematikken med forforståelse i forskningsprosessen er redegjort for i punkt. 4.1.

Studiens problemstilling rettes mot sykepleieres erfaringer med postoperativ smertevurdering. Det kunne vært en styrke for studien å hatt empiri fra ledere for sykepleietjenesten. Lederes perspektiv om studiens tema kunne gitt viktige bidrag. Samtidig var det en vurdering at ledere kunne virke ”forstyrrende” for en trygg atmosfære og dialog som deltagere i fokusgruppeintervjuene. Individuelle intervju kunne imidlertid ha vært brukt for å belyse lederes perspektiv.

Det foreligger mye forskning om postoperativ smertevurdering og behandling. Mange kvalitative studier omhandler sykepleieres kunnskapsnivå. En styrke ved denne studien er at sykepleieres kliniske erfaringer med postoperativ smertevurdering blir belyst gjennom kvalitativ forskningsmetode. Ved å studere sykepleieres erfaringer fra et

”innenfra-perspektiv”, undersøker en erfaringene slik deltagerne opplever det. Erfaringene løftes frem, og målet er å få frem ulike perspektiver om smertevurdering. (Thomassen, 2010).

Studiens bekrefter funn fra norsk og internasjonal forskning. Dette anser jeg som en styrke. Funnene åpner for problemstillinger innen smertevurdering som kan forbedre og gi postoperativ smertevurdering et kunnskapsbasert innhold. Erfaringene som kommer frem vil kunne ha interesse for ansatte i kirurgisk divisjon som arbeider med postoperative pasienter. Funnene kan bidra til refleksjon og gi innsikter som kan være av betydning for virksomheten.

7.0 Konklusjon

I dette kvalitative studiet er postoperativ smertevurdering tema. Konteksten er kirurgiske avdelinger. Studien har belyst problemstillingen *Sykepleieres erfaringer med postoperativ smertevurdering* gjennom to forskningsspørsmål. Forskningsspørsmålene har fokusert på erfaringer i ett smertevurderingsperspektiv, og hvordan smertevurdering som fagområde er forankret i avdelingene.

God smertevurdering krever kunnskap, tid og system. Studiet har avdekket at det er et gjennomgående behov for mer kunnskap når det gjelder temaet smertevurdering. Smertevurdering erfares av flere som krevende og vanskelig. I tillegg til behovet for teoretisk kunnskap opplever deltagerne at tid er en viktig forutsetning for god postoperativ smertevurdering. Studien viser at skriftlige retningslinjer om smertevurdering ikke er førende for sykepleieres praksis. Dette er en organisatorisk utfordring som sykepleiefaglige ledere må ta på alvor.

Funn viser at sykepleiere som bruker smertekartleggingsverktøy i postoperativ fase kan oppleve dette som problematisk. Deltagerne beskrev ulike erfaringer med å bruke

smertevurderingsverktøy i pasientsituasjoner. Studien avdekket at det kunne oppstå mistillit til pasientens selvrapporing ved bruk av smertevurderingsverktøy.

Dagens raske pasientflyt på bakgrunn av forkortet rehabilitering etter kirurgi påvirker smertevurderingen. Det kan være en utfordring å smertevurdere pasienter der sykepleierne ikke kan sammenligne pasienters smerteopplevelse over tid.

Studiens funn gir viktige perspektiver i en travel hverdag. Kjernen i en omsorgsfull og kompetent smertevurdering bør være å tilrettelegge for en individuell tilnærming basert på teoretisk kunnskap og pasientmedvirkning.

Forslag til videre forskning er rettet mot pasientperspektivet. Smerte er sammensatt, og pasientfortellinger kan medvirke til at kvaliteten i smertevurderingen kan individualiseres og videreutvikles. Å lytte til pasientens opplevelse av smerte krever ydmykhet fra helsepersonell sin side. Forskning til klinisk nytte er oftest praksisnær, og det bør oppmuntres til ytterligere forskning som retter fokus mot praksisfeltet.

Forslag til implikasjoner for praksis er at det kunnskapsbehovet som kommer fram i studien håndteres i organisasjonen. Studien viser behov for en nasjonal klinisk retningslinje om postoperativ smertevurdering og opplæring. På den måten vil postoperativ smertevurdering kunne sikres et tverrfaglig fokus, en systematisk tilnærming og lik praksis i ulike helseforetak.

Alle avdelinger bør ha motiverte smertekontakter som kan inngå i et faglig nettverk sammen med smertesykepleiere fra postoperativ overvåkingsavdeling. Her ligger et potensiale for tverrfaglig kompetanseoverføring

Pasientmedvirkning i smertevurdering bør ivaretas og utvikles. Pasientene bør få mulighet til å evaluere smertebehandlingen ved hjemreise. Det bør utvikles et system som kan gi pasienten systematisk informasjon og opplæring i smertevurdering

postoperativt. Dette kan skape trygghet hos pasientene, og gjøre det lettere for sykepleierne å anvende smertevurderingsverktøy i samarbeid med pasientene.

Helsepersonell bør vurdere pasienters tilstand og utvikling systematisk de første timene etter operasjon. Sykepleieres helhetstenkning bør ligge til grunn for en systematisk tilnærming. Det bør utvikles og implementeres et monitoreringssystem som gir en samlet oversikt over pasienters tilstand de første timene etter kirurgi.

Referanser

AL-Abri, R. K., & AL-Hashmi, I. S. (2007). The Learning Organisation and Health Care Education. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 3, 207-214.

AL-Shaer, D., Anderson, M. A., & Hill, P. D. (2011). Nurses' knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention. *MEDSURG Nursing*, 20(1), 7-11.

Apa 6TH. Kildekompasset. Hentet fra <http://www.kildekompasset.no/kildekritikk/>

Bell, L., & Duffy, A. (2009) Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review. *British Journal of Nursing*, 18 (3),153-156.

Benner, P. (1984). *From Novice to Expert*. California: Addison Wesley Publishing Company.

Breivik, H. (2012). Accelerated recovery programmes should complement, not replace, the acute pain services. *Acta Anaesthesiologia Scandinavica*, 56, (6), 672-674.

Busch, Tor. (2013). *Akademisk skriving*. Fagbokforlaget: Bergen

Corke, P. (2013). Postoperative pain management. *Australian Prescriber*, 36, (6), 202-205.

Cousins, M. J., & Lynch, M. E. (2011). The Declaration of Montreal: Access to pain management is a fundamental human right. *Pain*, 152, 2673-4.

Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dihle, A., Bjolseth, G., & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *J Clin Nurs*, 15(4), 469-479.

Dolin, S. J., & Cashman, J. N. (2005). Tolerability of acute postoperative pain management: nausea, vomiting, sedation, pruritus, and urinary retention. Evidence from published data. *British Journal of Anaesth* 95 (5), 584-91.

Ene, K. W., Nordberg, G., Bergh, I., Johansson, F. G., & Sjøstrøm, B. (2008). Postoperative pain management - the influence of surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (15), 2042-2050.

Fog, Jette. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk forlag.

Forskningsetisk komiteer. *Veiledning for forskningsetikk og vitenskapelig vurdering av forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*, 2010, s. 7) Elektronisk publisert på www.etikkom.no

Fredheim, O., Borchgrevink, P. C., & Kvarstein, G. (2011). Behandling av postoperativ smerte i sykehus. *Tidsskrift for den norske Legeforening*. 131.1772-6

Fredheim, O. M., Kvarstein, G., & Undall, E et al. (2011). Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskrift for den norske Legeforening*. 131. 1763-7.

Gadamer.H.G. (1960). *Sannhet og metode*. Århus; Systime Academic forlag.

Gadamer, H. G. Oversetter: Hansen, H. G. (2010). *Sannhet og metode. Grunntrekk I filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Bokklubbene.

Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Halkier, B., & Gjerpe, K. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hansen, Ståle. (2011, 11.05). *Forholdene endret helsevesenet*. Hentet fra <http://www.nrk.no/fordypning/foreldrene-endret-helsevesenet-1.7626786>

Helsinki deklarasjonen. (2008). Regional Etisk Komite (REK). Hentet fra https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/search?_ikbLanguageCode=n

Helsepersonelloven (1999). Lov om opphavsrett til åndsverk m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Helse Stavanger. (2015). Kirurgisk divisjon. Hentet 20. 05. 2015. Hentet fra <http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/kirurgisk-divisjon/Sider/default.aspx>

Idvall, E., Bergqvist, A., Silverhjelm, J., & Unosson, M. (2008). Perspectives of Swedish patients on postoperative pain management. *Nursing and Health Sciences*, 10, 131-136.

International Association for the Study of Pain (IASP). Curriculum Outline on Pain for Nursing. Hentet fra <http://www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=2052>

Johannessen, A., Tufte, P.A., og Kristoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt Forlag, Oslo.

Karlsen, R., Strøm, K., & Gunningberg, L. (2005). Improving assessment of postoperative pain in surgical wards by education and training. *Quality improvement report*, 14, 332-335.

Kehlet, H. (1997). Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *British Journal of Anaesthesiol*, 1997. 78, 606-17.

Kjønstad, Asbjørn. (2007). *Helserett: pasienters og helsearbeideres rettsstilling*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kuklin, V. (2014). *New score for monitoring and analysis efficacy and safety (side effects) postoperative pain treatment*. Paper presentert på fagkongressen til Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, Stavanger.

Kunnskapssenteret. (2015). Hentet fra <http://kunnskapssenteret.com/laerende-organisasjon/>

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk

Kvarv, Sture (2010) *Vitenskapsteori - tradisjoner, posisjoner og diskusjoner*. Oslo: Novus.

Lien, T., Hanssen, I. & Andenæs, R. (2010). "Mellom barken og veden" : nyutdannede sykepleieres vurdering av postoperativ smerte. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 12 (3), 3-14.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA.: SAGE.

Liu SS, Wu. CL. Effect of postoperative analgesia on major postoperative complications: a systematic update of the evidence. *Anesth Analg* 2007 Mar; 104(3): 689 – 702)

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

Malterud, Kirsti. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo. Universitetsforlaget

Manias, E., (2014). Clinically significant pain is experienced by just over a third of all hospitalised patients, affecting around a half of surgical and a quarter of medical admissions. *Evidence Based Nursing*,

McCaffery, M. (1983). *Nursing the Patient in Pain*. London: Harper & Row.

McCafferty, M. & Beebe, A. (1996). *Smerter*. Lærebok for helsepersonell. Oslo: ad Notam Gyldendal AS.

Meld. St.10 (2012-2013) *God kvalitet – trygge tjenester*. Det kongelige Helse-og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>

Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.

Naiv eller skeptisk? Kildekompasset. Hentet fra <http://www.kildekompasset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>

Noble, H., & Smith, J. (2015). Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evidence-Based Nursing*. 18, 34-35.

Norsk standard for anestesi , 2010. Helsebiblioteket. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/anestesi/anestesi-norsk-standard-for-anestesi>

Norsk Sykepleierforbund (NSF). Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok*. [Oslo]: Akribe.

Pasientrettighetsloven (1999). Lov om opphavsrett til åndsverk m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>

Regional Etisk Komite (REK). Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>

Romundstad, L., & Breivik, H. (2012). Accelerated recovery programmes should complement, not replace, the acute pain services. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 56, 672-674.

Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Universitetssjukehuset i Stavanger. (2014). *Helse Stavanger*. Hentet 29.09.2014, fra <http://www.helse-stavanger.no/no/Sider/default.aspx>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010) *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practise*. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012) *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins

Polomano, R. C., Dunwoody, C. J., Krenzischek, D., A., & Rathmell, J., P. (2008) Perspective on pain Management in the 21st Century. *Pain Management Nursing*, (9), 1, s. 3-10.

Popping, D. M., Zahn, P. K., Van Aken, H. K., Dasch, B., Boche, R., & Pogatzki-Zahn, E. M. (2008). Effectiveness and safety of postoperative pain management: a survey of 18925 consecutive patients between 1998 and 2006 (2nd revision): a database analysis of prospectively raised data. *British Journal Anaesthesia*. 101, 832-40.

Rawal, N. (1999) 10 years of acute pain services: achievements and challenges. *Regional Anesthesia of Pain*, 24, 68-73.

Reiersdal, O., Helland, E. S., & Breland, H. P. (2007). Sykepleiere bruker ikke smerteskala. *Tidsskriftet Sykepleien*. 7 (07), s. 51.

Rustøen, T., & Wahl, A. K. (2015). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Gyldendal Akademisk. Oslo.

Rustøen, T. (2015). Ber sykepleiere ta smerteansvar. *Sykepleien*, 02, 54-55.

Ræder, J. (2011). Postoperativ smerte- undervurdert og underbehandlet. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 2011; 131:1740.

Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/2138239>

Seers, K., Friedli, K. (1996). The patients' experience of their chronic non-malignant pain. *Journal of Advanced Nursing*. 24(6): 1160–1168.

Senge, P. (2006) *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Currency/Doubleday

Senter for kunnskapsbasert praksis. (2015) Høgskolen i Bergen. Hentet fra <http://www.hib.no/om-hogskolen/senter-for-kunnskapsbasert-praksis/>

Sommer M, de Rijke JM, van Kleef M et al. The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients. *Eur J Anaesthesiol* 2008; 25: 267–74.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om opphavsrett til åndsverk m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

Tei, R., M., Dreyer, Pia., & Nikolajsen, L. (2012) Inadequate postoperative pain relief in chronic pain patients. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(2), 3-14.

Thagaard, Tove. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thomassen, Magdalena. (2006). *Vitenskap kunnskap og praksis. Innføring I vitenskapsfilosofi for helse og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thornquist, Eline. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wadensten, B., Frojd, C., Swenne, C. L., Gordh, T., & Gunningberg, L. (2011). Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 624-34.

Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere (2011). Hentet fra
https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Aadland, Einar. (2011) *Og eg ser på deg: vitenskapsteori i helse- og sosialfag*.
Universitetsforlaget. Oslo.

Vedlegg 1

Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Innledningsfase

- Velkommen. Takke for fremmøte, og at de har valgt å delta på fokusgruppeintervju. Spørre deltagerne om de har vært med på gruppeintervju tidligere. Skape en trygg atmosfære.
- Gjennomgå skriftlig samtykke, taushetsplikt i gruppen, bruk av lydopptager. Anonymisering.
- Presentere tema og medmoderator. Rask og økende pasientflyt.

START

Erfaringer

- *Kan dere si noe om hvordan dere erfarer smertevurdering av pas etter operasjon*
- *Forordninger- Evaluering?*
- *Dokumentasjon-Organisert*
- *Smertevurderingsverktøy, hjelpemiddel, brukes dette? Ville du brukt det?*
- *Når kontakter dere lege? Hvorfor ikke?*
- *Pasientinvolvering*

System

- *Retningslinjer eller behandlingsmål?*
- *Smertevurdering et fokus på rapportene?*
- *Kompetanse- faglig fokus*
-

Avrundingsfase med oppsummering

VI HAR FORSTÅTT DET SLIK, STEMMER DET?
UTFRA DET VI HAR SNAKKET OM, HVA ER DET VIKTIGSTE?
ER DET NOE DERE VIL TILLEGGE ,NOE SOM IKKE HAR KOMMET FRAM?

Tusen takk

Vedlegg 2

Eksempel på matrise i innholdsanalyse

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Subtema	Tema
<p>“ når hun sier at hun har VAS 9 eller 10, og så ligge hun rolig i sengen, , om vi da tror hun har så vondt som hun sier hun har, Altså, det er utfordringen</p>	<p>Når hun sier VAS 9 eller 10 og ligger rolig i sengen. Om vi tror på smerten. En utfordring</p>	<p>Manglende tillitt til pasientens selvrapportering</p>	<p>Ulik tilnærming</p>
<p>“min VAS skal stemme med den pasienten sier, det må være samsvar med min, og min VAS er ikke den som han sier, ikke sant, så det blir helt feil”</p>	<p>Min VAS og pasientens skal stemme overens, være samsvar for at det ikke skal bli feil</p>	<p>Manglende tillitt til pasientens selvrapportering</p>	<p>Ulik tilnærming</p>
<p>“og en vas på 10, veldig vanskelig. I forhold til vas 10 skulle du gi sterke smertestillende, men i forhold til det du observerer så syns jo ikke jeg at det er rette da. Da er det ganske vanskelig</p>	<p>Syns ikke det er rett i forhold til det jeg observerer</p>	<p>Manglende tillitt til pasientens selvrapportering</p>	<p>Ulik tilnærming</p>
<p>“jeg kan ha en pasient som lese bok eller se på pc og spør om smertestillende, sant</p>	<p>Les bok og be om smertestillende</p>	<p>Manglende tillitt til pasientens selvrapportering</p>	<p>Ulik tilnærming</p>

Vedlegg 3

Godkjenning fra personvernombud og forskningsavdelingen

Notat

Til:
Gunhild Bjørnå Bakkalia

Fra:
Fagsjef Kirsten Lode

Kopimottakere:
Hans Tore Frydnes
Ina Trane

Dato: 27.11.2014
Arkivref: 2011/4660 - 93559/2014

Godkjennelse masterprosjekt MA37 - Gunnhild Bakkalia Bjørnå

Mastergradsprosjektet: «Postoperativ smertevurdering i kirurgisk avdeling – sykepleieres erfaringer med postoperativ smertevurdering»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte mastergradsprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA37.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av mastergradsprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- prosjektet må gjennomføres i henhold til protokollen og ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom prosjektet er godkjent av REK, må søknad og godkjennelse av REK følges
- foreligger det godkjennelse fra Personvernombud må likeledes denne følges
- behandling av helse- og personopplysninger skjer i samråd med og innenfor det formål som er beskrevet
- ved tilgang til registre, skjer dette i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene
- data lagres avidentifisert på helseforetakets forsknings/kvalitetsserver etter de regler som gjelder for bruk av denne
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport. Tillatelsen gjelder bruk av

data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av våre data, må tillatelse fra Forskningsavdelingen innhentes.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Vedlegg 4

Godkjenning fra Fagsjef ved Kirurgisk divisjon

Fagsjef Anne Ree Jensen
Kirurgisk divisjon
SUS

03.11.2014

Forespørsel om gjennomføring av fokusgruppeintervju i kirurgisk divisjon, SUS.

Jeg er intensivsykepleier og student ved Masterstudium i Helsevitenskap ved Universitet i Stavanger, Institutt for helsefag. Som del av studiet skal jeg gjennomføre et selvstendig vitenskapelig arbeid, en masteroppgave. Min veileder er Prof. Britt Sætre Hanssen, UIS.

Tema for min masteroppgave er *postoperativ smertevurdering*, og jeg ønsker å gjennomføre en kvalitativ studie for å belyse sykepleieres erfaringer med postoperativ smertevurdering. Hensikten er å få innsikt og kunnskap om smertevurdering fra et sykepleieperspektiv. Analysen av de empiriske data vil kunne gi innsikter som kan ha betydning for organisering av smertevurdering på kirurgiske avdelinger.

Studier viser at postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus er et reelt problem, og min problemstilling er relevant for praksisfeltet. Overvåkingstiden i postoperativ avdeling før flytting til kirurgisk sengepost er kort, og pasientflyten er rask og økende. Sykepleieres smertevurdering vil derfor være viktig for pasientenes smertebehandling etter kirurgi.

Den metodiske tilnærmingen er innsamling av empiri basert på fokusgruppeintervju. Intervjuene vil bli organisert i samarbeid med avdelingslederne ved aktuelle sengeposter. Det er ønskelig med 4-6 sykepleiere pr. intervju og 2-4 intervju. Et intervju vil vare 1 time, og jeg håper å kunne gjennomføre intervjuene innen utgangen av 2014. Studiets tema og formål ble presentert for gruppen av assisterende avdelingssykepleiere i kirurgisk divisjon 21.10.14.

Arbeidet med Masteroppgaven følger forskningsetiske retningslinjer og eksisterende godkjenningsordninger for forskning innenfor helse- og samfunnsfag. Jeg vil søke godkjenning hos Personvernombudet ved SUS. Konfidensialitet, frivillighet og samtykke er sentrale etiske aspekter ved en slik studie og vil bli ivaretatt. Informasjonsskriv vil bli delt ut til aktuelle deltakere.

Dersom det ønskes mer informasjon, kan undertegnede kontaktes på bagu@sus.no

Hilsen Gunhild B. Bjørnå

Godkjent
18/5-15

Anne Ree Jensen
konst. div. direktør
kirurgisk divisjon

Vedlegg 5
Informasjonsskriv til deltagerne

Samtykkeerklæring

Forespørsel til sykepleiere om deltakelse i forskningsprosjektet

”Postoperativ smertevurdering”

Bakgrunn og hensikt

Jeg er intensivsykepleier og Masterstudent i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger, og skal gjennomføre en kvalitativ studie i kirurgisk divisjon, SUS. Tema er postoperativ smertevurdering, og hensikten er å belyse sykepleieres erfaringer med postoperativ smertevurdering. Nyopererte voksne pasienter ligger kort tid i postoperativ overvåkingsavdeling, og pasientflyten er rask og økende. Innsikt i postoperativ smertevurdering fra et sykepleiersperspektiv, vil kunne gi kunnskap som kan brukes som grunnlag for en kunnskapsbasert praksis i postoperativ smertebehandling.

Hva innebærer studien?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie for å belyse sykepleieres erfaringer med postoperativ smertevurdering. Sykepleiere som jobber i direkte pasientarbeid i kirurgisk avdeling har inngående kjennskap til postoperativ smertebehandling, og smertevurderingene dere gjør er en viktig sykepleieoppgave.

Jeg planlegger å gjennomføre tre- fire gruppeintervju i ulike kirurgiske avdelinger. Et fokusgruppeintervju vil bestå av 4-6 sykepleiere, vil vare 1 time, og er å betrakte som en gruppediskusjon om tema. Avdelingsleder i din avdeling vil bli bedt om å tilrettelegge for tidspunkt. Dersom du ønsker å delta i studien, innebærer det å dele dine synspunkter om ulike aspekter om temaet. Intervjuet tas opp på lydbånd, og blir deretter nedskrevet og bearbeidet til anvendelse i studien. Lydbåndopptakene blir behandlet konfidensielt og anonymiseres.

Intervjuene slettes når de er nedskrevet, senest 31.12.2014.

Får jeg noen fordeler ved å delta?

Du får ingen direkte personlige fordeler ved å delta. Det kan imidlertid bli en fordel for sykehuset på sikt, fordi denne studien kan gi innsikter om sykepleieres erfaringer i postoperativ smertevurdering. I tillegg vil tema kunne bidra til et faglig fokus om postoperativ smertevurdering i egen avdeling.

Hva skjer med informasjonen?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer, eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

Alle data blir anonymisert for å sikre konfidensialitet, og lagres i et låst arkivskap eller på en passord beskyttet datamaskin som er sikret mot uautorisert tilgang. Dataene vil bli slettet etter prosjektslutt, senest desember 2015. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Om du sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Utfylt samtykkeerklæring kan leveres avdelingsleder, eller undertegnede ved oppstart av gruppeintervjuet.

Takk for at du leste denne informasjonen.

Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte *Gunhild B. Bjørnå*, tlf; 95246618, e-post; bagu@sus.no

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 6

Informasjonsskriv til avdelingsledere

Til Avdelingsleder
Kirurgisk divisjon
Universitetssjukehuset i Stavanger

03.11.2014

Jeg er intensivsykepleier og student ved Masterstudium i Helsevitenskap ved Universitet i Stavanger, Institutt for helsefag. Som del av studiet skal jeg gjennomføre et selvstendig vitenskapelig arbeid, en masteroppgave.

Tema for min masteroppgave er *postoperativ smertevurdering*, og jeg ønsker å gjennomføre en kvalitativ studie i kirurgisk divisjon for å belyse sykepleieres erfaringer med postoperativ smertevurdering. Hensikten er å få innsikt og kunnskap om smertevurdering fra et sykepleieperspektiv. Overvåkingstiden i postoperativ avdeling før flytting til kirurgisk sengepost er kortere enn tidligere, pasientflyten rask og økende. Sykepleieres smertevurdering vil derfor være viktig for pasientenes smertebehandling. Den metodiske tilnærmingen er innsamling av empiri basert på fokusgruppeintervju. Et fokusgruppeintervju gjennomføres som en gruppediskusjon, *og jeg ber om hjelp til å velge deltagere i din avdeling*. Det er ønskelig med 4-6 sykepleiere fordelt på 2-4 intervju. Et intervju vil vare 1 time, og jeg håper å kunne gjennomføre intervjuene innen utgangen av 2014.

Studiets tema og formål ble presentert for gruppen av assisterende avdelingssykepleiere i kirurgisk divisjon 21.10.14. Min veileder er Prof. Britt Sætre Hanssen.

Arbeidet med Masteroppgaven følger forskningsetiske retningslinjer og eksisterende godkjenningsordninger for forskning innenfor helse- og samfunnsfag. Jeg har godkjenning fra Personvernombudet ved SUS, og fra direktør i kirurgisk divisjon.

Konfidensialitet, frivillighet og samtykke er sentrale etiske aspekter ved en slik studie og vil bli ivaretatt. Informasjonsskriv vil bli delt ut til aktuelle deltakere, og frivillig informert samtykke vil bli innhentet. Dersom det ønskes mer informasjon, kan undertegnede kontaktes; bagu@sus.no

Hilsen Gunhild Bjørnå