

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Når smerte tilhører hverdagen...

En kvalitativ studie om hvordan sykepleiere
oppdager kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos
sykehjemspasienter

Olga Velva

Masteroppgave i rehabilitering – fordypning barn og eldre

Tittelside

Type oppgave:	Masteroppgave i rehabilitering – fordypning barn og eldre
Tittel:	Når smerte tilhører hverdagen... En kvalitativ studie om hvordan sykepleiere oppdager kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter
Forfatter:	Olga Velva
Veileder:	Høgskolelektor Anne-Lise Tamber
Stuedsted:	Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag
Sammendrag:	Norsk og engelsk
Dato:	November 2012
Antall sider:	71

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn.....	7
1.2 Hensikt.....	9
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	9
1.4 Begrepsavklaring.....	10
1.5 Avgrensning.....	10
Kapittel 2 Teoretiske perspektiver.....	11
2.1 Tidligere forskning.....	11
2.2 Eldre og kroniske smerte.....	13
2.2.1 Aldring og alderdom.....	13
2.2.2 Kroniske ikke-kreft relatert smerter.....	14
2.2.3 Smertekartlegging.....	14
2.2.4 Smertebehandling.....	15
2.2.5 Placebo og nocebo.....	16
2.2.6 Sykepleie til pasient med kroniske ikke-kreftrelaterte smerter.....	17
2.3 Kommunikasjon, makt og brukermedvirkning.....	18
2.3.1 Kommunikasjon og relasjon i profesjonell praksis.....	18
2.3.2 Kommunikasjonsutfordringer.....	19
2.3.3 Makt.....	19
2.3.4 Brukermedvirkning.....	20
2.4 Kunnskap.....	21
2.4.1 Teoretisk og praktisk kunnskap.....	21
2.4.2 Kunnskapsutvikling.....	22
Kapittel 3 Metode.....	26
3.1 Kvalitativ metode.....	26
3.2 Kvalitativ forskningsintervju.....	26
3.3 Fenomenologi og hermeneutikk.....	27
3.4 Sterke og svake sider ved kvalitativ metode.....	28
3.5 Forskerens rolle og min forforståelse.....	29
3.6 Informanter.....	30
3.7 Intervjuguide.....	30
3.8 Gjennomføring av intervju.....	31
3.8.1 Pilotintervju.....	31
3.8.2 Intervjuer med informantene.....	31
3.8.3 Bevaring og oppbevaring av datamateriale.....	32
3.9 Analyse av data.....	32

3.9.1	Transkribering	32
3.9.2	Analyse av materiale	33
3.10	Etikk	35
3.10.1	Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.....	35
3.10.2	Informert samtykke	35
3.10.3	Konfidensialitet og anonymisering	36
3.10.4	Konsekvenser	36
3.11	Metoderefleksjon	36
Kapittel 4	Resultater.....	38
4.1	Tema 1 Kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter	38
4.1.1	Sykepleieres beskrivelser av pasientens uttrykk for smerter	38
4.1.2	Placebo mot smerte	39
4.1.3	Tverrfaglig- og flerfaglig samarbeid	40
4.1.4	Sykepleierens erfaring og opplevelser av samarbeid med pårørende	41
4.2	Tema 2 Sykepleierens oppfatning av smerte	42
4.2.1	Sykepleierens utfordringer	42
4.2.2	Sykepleierens beskrivelser av smertekartlegging hos sykehjemspasienter.....	43
4.2.3	Faglig oppdatering.....	44
4.3	Oppsummering av funnene	44
Kapittel 5	Reliabilitet, validitet og generalisering	46
5.1	Reliabilitet og validitet.....	46
5.2	Generaliserbarhet	47
Kapittel 6	Diskusjon.....	48
6.1	Tema 1: Sykepleieres kunnskap, kompetanse og faglig oppdatering	48
6.1.1	Sykepleierens kunnskap	48
6.1.2	Sykepleieres kompetanse og faglig oppdatering	51
6.2	Tema: Sykepleie ved kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter	54
6.2.1	Pasientens uttrykk for smerter.....	54
6.2.2	Å vurdere smerte: noen faktorer som kan hemme smertevurdering	56
6.2.3	Smertekartlegging	61
6.3	Implikasjoner for praksis og videre forskning	62
Kapittel 7	Konklusjon	64
Referanseliste	65
Vedlegg 1	69
Vedlegg 2	70
Vedlegg 3	71

Sammendrag

Bakgrunn for oppgaven: Tidligere forskning på smerte hos sykehjemspasienter indikerer at feltet er komplisert, smertekartlegging og behandling er utilstrekkelig og det er nødvendig med ytterligere forskning både med kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Sykepleiere er kjernepersonell for å oppdage smertetilstander hos sykehjemspasienter, og bidra til å få igangsatt smertebehandling. Målet med prosjektet er å innhente empirisk kunnskap om sykepleierens opplevelser og erfaringer fra arbeid med kroniske smerter hos sykehjemspasienter, bidra til økt kunnskap om sykepleieres praksiserfaringer og bidra til å videreutvikle sykepleieres praksis med eldre sykehjemspasienter som har ikke-kreftrelaterte kroniske smerter.

Forsknings spørsmål: Hvordan / på hvilke måte oppdager sykepleiere kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter?

Metode: Kvalitative semistrukturerte intervju med seks sykepleiere som jobber i somatiske avdelinger i sykehjem.

Resultater: Ubehandlet smerter hos sykehjemspasienter fører til at pasienter lider unødvendig og pasientens livskvalitet reduseres. Manglende eller fraværende klinisk erfaring, og manglende kunnskap om smerte hos eldre personer, er de største utfordringer for at sykepleiere skal oppdage smerter hos sykehjemspasienter. Sykepleieres personlige egenskaper og erfaringer, manglende tid og ressurser, fordommer og feiloppfatning av smerte hos eldre personer påvirker sykepleierens vurdering og tiltak. Brukermedvirkningen på individnivå når det gjelder smertevurdering er tilsynelatende svak i sykehjem. Bruk av smertekartleggingsverktøy og regelmessig faglig oppdatering nevnes som nødvendig tiltak for å styrke sykepleiernes kompetanse.

Konklusjon: Å utøve god sykepleie til en gammel pasient i sykehjem som opplever smerte kan være vanskelig i praksis. Det er en utfordring å oppnå tilstrekkelig smertekartlegging og smertelindring fordi det kreves god teoretisk bakgrunn, klinisk erfaring, sansing og innsikt i pasientens personlig kunnskap om smerter. For å øke kvaliteten i smertekartlegging og smertelindring i sykehjem kan det legges bedre til rette for at sykepleiere kan videreutvikle sin personlige kompetanse og bevissthet om sin egen rolle i arbeidet med eldre pasienter med kroniske smerter. Det er viktig å gjennomføre ulike tiltak for å fremme faglig utvikling, samarbeide for å implementere oppdatert vitenskapelig kunnskap om smertekartlegging og behandling, og å innføre standardisert prosedyre for smerteutredning i sykehjem.

Nøkkelord: Sykepleie, eldre, kroniske smerter, sykehjem, kvalitativt intervju

Abstract

Background task: Previous research on pain related to nursing home patients indicates that the field is complicated, pain assessment and treatment is inadequate and it is necessary to further research with both qualitative and quantitative approach. Nurses are key personnel to detect pain conditions to nursing home patients and to help start pain treatment. The goal of this project is to obtain empirical knowledge about nurses experience working with chronic pain related to nursing home patients, contribute to increased knowledge concerning practical experience and contribute to development of nurses practice with elderly nursing home residents with non-cancer related chronic pain.

Research Question: How / in what way discovers nurses chronic non-cancer-related pain related to nursing home patients?

Methods: Qualitative semi-structured interviews with six nurses working in somatic department in nursing homes.

Results: Untreated pain to nursing home patients cause the patients to suffer needlessly and the patient's quality of life is lowered. Missing or absent clinical experience and lack of knowledge about pain to older people, is the largest challenges for nurses to detect pain to nursing home patients. The nurse's personal qualities and experience, lack of time and resources, prejudice and wrong perception of pain in older people affects the nurse's assessment and response. User interaction at individual level when it comes to pain assessment is apparently weak in nursing homes. Use of pain assessment tools and professional training updating is mentioned as necessary measures to strengthen nurse's skills.

Conclusion: To practice good nursing to an old nursing home patient who experiences pain can be difficult in practice. It is a challenge to achieve adequate pain assessment and pain relief because it requires good theoretical background, clinical experience, perception and understanding of the patient's personal knowledge about pain. In order to improve the quality of pain assessment and pain management in nursing homes, it should be arranged for nurses to further develop their personal skills and awareness of their own role working with elderly patients with chronic pain. It is important to implement various measures to promote professional development, collaborate to implement updated scientific knowledge about pain assessment and treatment, and introduce standard procedure for pain assessment in nursing homes.

Keywords: Nursing, the elderly, chronic pain, nursing home, qualitative interview

Kapittel 1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Med Samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet med høy pasientsikkerhet tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles (St. Meld. nr. 16 2010–2011).

St. Meld. 16 (2010–2011) påpeker at det er behov for å ta i bruk ny kunnskap for å utvikle tjenestetilbudet. Men ny forskningsbasert kunnskap blir ikke alltid tatt i bruk i helsetjenesten, eller det kan ta for lang tid før den tas i bruk. Norge har etablert organer og prosesser for kunnskaps- håndtering gjennom Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratet. Det er behov for en helhetlig tilnærming til hvordan forskningsbasert kunnskap kan støtte beslutninger i alle deler av helse- og omsorgstjenesten (ibid).

I overordnet strategi 2011-2015 «Utvikling gjennom kunnskap. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester - en nasjonal satsing» (Helsedirektoratet 2010) understrekes det at utfordringer innen pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, nå og i framtiden, er at kommunene tar seg av flere brukere og pasienter med større hjelpebehov. Kommunene har flere og mer helserettede og medisinskfaglige oppgaver knyttet til smertelindring, rehabilitering og oppfølging/viderebehandling etter sykehusopphold. Det har vært en betydelig økning i andel sykehjemspasienter med mer komplekse helsetilstander (ibid).

Utfordringer innen pleie- og omsorgstjenesten de neste ti årene, ifølge Helsedirektoratet (2010), vil først og fremst være knyttet blant annet til: økende antall eldre med kroniske og sammensatte behov; økende antall eldre med demenssykdommer; økt behov for medisinsk oppfølging, med behov for koordinering av tjenester; økt behov for aktiv omsorg, habilitering og rehabilitering; økt behov for forebyggende og helsefremmende tiltak. Derfor er det viktig å utvikle kunnskapsbasert praksis som kan hjelpe til å levere tjenester av god kvalitet.

I forbindelse med Samhandlingsreformen økes fokus på rehabilitering i sykehjem. Ifølge rapporten «Tilsyn med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre i 2011» (Statens Helsetilsyn 2012) var det tverrfaglige samarbeidet i rehabiliteringsprosessen på sykehjem ikke god nok. Det skyldtes i stor grad at det ikke var implementert gode nok rutiner for slikt samarbeid. Mange steder var det mangelfull dokumentasjon, noe som ikke støtter opp om tverrfaglig samarbeid. I sykehjem hvor rehabiliteringsbehov ble fanget opp og tiltak iverksatt, var evaluering av rehabiliteringstiltak et svakt punkt som gikk igjen. Kompetanse og opplæring var ikke prioritert (ibid).

For å utøve tilstrekkelig rehabilitering i sykehjem er det ikke bare mangelfull dokumentasjon og dårlig samhandling i tverrfaglig og flerfaglig samarbeid som reduserer kvaliteten. En av de nødvendige faktorer er at sykehjemspasienter mestrer sin hverdag uten smerte. Sykepleiere som jobber med sykehjemspasienter har teoretisk kunnskap om kroniske smerter. Den kunnskapen formidles i utdannelsesprosessen som består av teoretisk og vitenskapelig kunnskap, samt noen elementer av praktisk øvelse. Men ofte i jobbsammenheng opplever profesjonsutøver et gap mellom teoretisk og praktisk kunnskap som skaper fortvilelse (Grimen 2008, s 71-85). Derfor er det stort behov for å øke kompetanse om kroniske smerter hos sykehjemspasienter.

Sykepleiere i sykehjem opplever ofte at generell teoretisk kunnskap om kroniske smerter ikke tilpasses gamle mennesker og fungerer dårlig i praksis. Manglende eller fraværende kunnskap om smerter kan føre til at en trekker feil konklusjoner om en pasient. Torvik og Bjørø (2008, s 121) hevder at smerte hos eldre er en stor utfordring for helsepersonell i sykehjem, og sykepleiere trenger god kunnskap og kompetanse for å utøve god sykepleie. Helsepersonells kunnskaper om smerte, smertekartlegging og smertebehandling er ofte av generell karakter og ikke tilpasset eldre mennesker (ibid).

For sykepleiere som møter pasienter med kroniske smerter, er det viktig å innse at kroniske smerter er et sammensatt problem (Almås m.fl. 2001, s 114). Selv om sykepleiere har lært mye av basalforskning innen smerte de siste årene, er det til nå ikke så mye av denne kunnskapen som har ført til bedre behandling av kroniske smerter (ibid). Hilde Eide (2008, s 354) påstår at kommunikasjon med pasienter som har smerter, og forholdet mellom smerte og kommunikasjon er lite utforsket. For sykepleiere og annet helsepersonell er det en stor utfordring både å delta i og forstå en smertepasientens erfaringsverden, formidle kunnskap, vise respekt og anerkjennelse og dermed et felles grunnlag og motivasjon for endring (ibid).

Ranhoff m.fl. (2007, s 95) påpeker at forekomsten av smerte hos gamle i sykehjem i Norge nesten ikke er undersøkt, men det er grunn til å tro at smerte er vanlig. Diagnoser av smerter er en stor utfordring i sykehjem, der mange har kognitiv svikt. Tidligere forskning på feltet tyder på at det ikke finnes nok forskning om smerte hos sykehjemspasienter i Norge. Hovedbudskapet er at smerte fremdeles er et stort problem hos sykehjemspasienter. Tidligere forskning på feltet som skal presenteres i kapittel 2.1 har gitt kunnskap om smerte- og smertevurdering både til sykehjemspasienter generelt, og personer med demenssykdom spesielt. Studiene har avdekket at fenomenet smerte er komplekst, men at mange spørsmål fortsatt er uavklarte. Derfor er ytterligere forskning både med kvalitativ og kvantitativ tilnærming nødvendig.

Jeg jobber som sykepleier i et sykehjem. Ofte tilbringer sykepleieren mer tid sammen med pasienter enn det andre gjør. Opplevelser av smerte er subjektivt og varierer fra pasient til pasient.

Som sykepleier observerer jeg at noen av de eldre som bor i sykehjem gir uttrykk for smerte eller ubehag i kroppen både ved daglig gjøremål, aktiviteter og i hvile, men noen av de eldre gir ikke uttrykk for sine smerter av ulike årsaker. Mange pasienter i sykehjem bruker smertestillende medisiner (gruppe A og gruppe B) både fast og ved behov. Smerter er et vanlige forekommende symptom hos eldre, og er hyppigere jo skrøpeligere den eldre er (Torvik og Bjørø 2008, s 105-127).

Det er stort behov for *ny* forskning rund temaet smerte hos sykehjemspasienter. Derfor er det viktig å kartlegge kunnskap om hvordan sykepleiere oppdager kroniske ikke-kreftrelatert smerter og hvordan observasjonen, kartlegging og evaluering av smertetilstander hos sykehjemspasienter foregår i sykehjem.

1.2 Hensikt

Prosjektet rette fokus på sykepleiere som jobber med eldre mennesker i sykehjem. Hensikten med prosjektet er å undersøke sykepleierens opplevelser, meninger og tanker i forhold til egen praksis, og utfordringer som oppstår ved observasjonen, kartlegging og evaluering av smertetilstander hos eldre sykehjemspasienter med ikke-kreft relaterte kroniske smerter, og hvilke oppfatninger, tanker og meninger sykepleiere har om smerter og smertelindring til disse pasientene. Målet med prosjektet er å bidra til økt kunnskap om sykepleieres praksiserfaringer om smertetilstander hos eldre personer som bor i sykehjem. Formålet med studiet er å bidra til forskningsbasert kunnskap for å videreutvikle sykepleieres praksis med eldre sykehjemspasienter som har ikke-kreft relaterte kroniske smerter.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Hvordan / på hvilke måte oppdager sykepleiere kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter?

Følgende forskningsspørsmål vil belyse problemstillingen:

- Hvilke utfordringer møter sykepleier ved kartlegging av smerte hos pasienter i sykehjem?
- Hvordan / på hvilke måter observeres, kartlegges og evalueres smertetilstander hos sykehjemspasienter?
- Hvilke erfaringer har sykepleiere med kartlegging av kroniske ikke kreftrelatert smerte hos sykehjemspasienter?
- Hvilken kunnskap bruker sykepleiere i sin praksis for å observere, kartlegge og evaluere smertetilstander og smertelindring hos sykehjemspasienter?
- Hvilken rolle spiller sykepleierens personlige erfaringer ved vurdering av smertetilstander hos sykehjemspasienter?
- Hvilke vurderingsverktøy bruker sykepleiere for å kartlegge smerte?

1.4 Begrepsavklaring

Smerte: The International Association for the Study of Pain (IASP) (1994) definerer smerte som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade» (i Stubhaug og Ljoså 2008, s 25).

McCaffery og Beebe (1994, s 28) definerer smerte som «det som personene sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte». Begge definisjonene fokuserer på subjektiv og ubehagelig opplevelse.

Kroniske smerter defineres som en smertefull tilstand av mer en tre måneders varighet (Nygaard 2006, s 277-287).

Sykehjem: Et sykehjem kan defineres som en institusjon som tilbyr helsefaglig omsorg for pasienter som ikke kan motta slik omsorg i sitt eget hjem (www.norge.no). Sykehjemmets oppgave, ifølge Ranhoff m.fl. (2007, s 9), er å gi sterkt hjelpetrengende, oftest eldre personer, både en god bolig og optimal medisinsk behandling, sykepleie og omsorg.

Sykepleie og sykepleier: Sykepleie, ifølge Norsk Sykepleierforbund (2008), er en praktisk disiplin med et naturvitenskapelig, mellommenneskelig og moralsk fundament. Kompetanse innen faget utveksles i en vekselvirkning mellom teori og praksis. Forankringen er hele tiden det verdigrunnlaget som verner om mennesket i samfunnet. Den personen som utøver sykepleie i praksis er sykepleier. Sykepleiens særegne funksjon er å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom / helsesvikt med å ivareta sine grunnleggende behov. Sykepleiens grunnlag er respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (ibid).

Sykehjemspasient: Jeg velger å bruke definisjon på eldre som bor i sykehjem som sykehjemspasienter fordi sykehjemspasienten kjennetegnes først og fremst av funksjonstap og behov for behandling, pleie og omsorg og har gjerne flere sykdommer, dels alvorlig og uhelbredelig (Ranhoff m.fl. 2007, s 10).

1.5 Avgrensning

I dette prosjektet vil jeg fokusere på somatiske langtidsoppholdsavdelinger hvor eldre har et behandlings- og pleiebehov og trenger kontinuerlig oppfølging av kvalifisert fagpersonell. Fokus i oppgaven rettes mot alle pasienter som opplever kroniske ikke-kreftrelatert smerte uavhengig av diagnose og medikamentell behandling.

Kapittel 2 Teoretiske perspektiver

I dette kapitlet presenterer jeg tidligere forskning på feltet og teorireferanser som gir flere forskjellige vinklinger på problemstillingen. Dette gir relevant bakgrunn for å belyse forskningsspørsmålene.

2.1 Tidligere forskning

I første del av kapitlet presenterer og gjennomgår jeg tidligere forskning på feltet. Jeg har ikke funnet noen studier som undersøkte sykepleierens tanker, opplevelser og refleksjoner om hvordan smerter oppdages i sykehjem. Men jeg har funnet studier og litteratur som kan belyse noen av funnene i min studie. Jeg setter Norge mer i fokus fordi ifølge Torvik og Bjørø (2008, s 108) påstår at forekomst av smerte i sykehjem kan variere fra land til land, og forekomsten avhenger av helsepolitiske prioriteringer. De utvalgte studiene og litteraturgjennomgangen har hovedfokus på sykehjem, og er gjennomført på sykehjem med hensyn til hva man vet om smertetilstander, smertevurdering og smertemåling hos sykehjemspasienter.

Nygaard og Jarland (2005 a) fant ut sykepleiernes oppfatning av smerte var en betydelig faktor for bruk av smertestillende medikamenter. Sykepleiere rapporterte smerter hos 67 % av pasientene, og 47 % av kommunikative pasienter klaget over smerte. Logistisk regresjonsanalyse viste at pasienter med demens diagnose fikk mindre smertestillende medisiner.

I sin andre studie fant Nygaard og Jarland (2005 b) ut at 69 % pasienter kunne besvare spørsmålet om smerte. 53 pasienter av 109 angav smerte. Hos 77 % var det samsvar mellom sykepleiers og pasients vurdering, uavhengig av grad av kognitiv svikt hos pasienten. Sykepleier vurderte 44 % av ikke-kommunikative versus 52 % av de kommunikative pasientene til å ha smerter ($p = 0,39$). Sykepleiers vurdering var også assosiert med smerterelatert diagnose i journal.

Torvik m.fl. (2009) hevder at mer enn 50 % av pasientene i selvrapportert gruppe i sykehjem rapporterte smerte, og nesten halvparten av disse pasientene rapporterte moderate (31 %) eller alvorlig (14 %) smerte. I proxy-rated gruppe ble estimert smerte enda høyere, ettersom over 65 % av pasientene ble anslått til å oppleve smerte. Videre nesten 30 % i selvrapportert gruppe og nesten 40 % i proxy-rated gruppe hadde ikke smertestillende medikamenter foreskrevet til tross for rapportering av smerte. Torvik m.fl. (2009) kommer nesten til samme resultatene som Nygaard og Jarland (2005 a og 2005 b) som fant en smerte prevalens på 47 % hos kommunikative pasienter. I en annen studie har sykepleiere anslått at 48 % av pasienter i norske sykehjem har opplevde smerte.

Smertekartlegging i sykehjem er en utfordring fordi mange pasienter har dementsyndrom eller er kognitive svekket. For å avdekke smerter anbefales det å benytte smertekartleggingsverktøy,

særlig hos ikke kommunikative pasienter. Hølen m.fl. (2005) hevder i sin studie at sykepleiere og forskningsassistenter rapporterte at Doloplus-2 var hjelpsom og lett å administrere, men spørsmålsteget ved gyldigheten av de psykososiale domeneene. Studie viser at innholdet i verktøyet trenger en generell evaluering, spesielt relatert til de psykososiale områder. Verktøyet ble oversatt i henhold til internasjonale retningslinjer. Regresjonsanalyser viser at Doloplus-2 poengsum står for 62 % av ekspert score, og at de fire mest informative elementer kunne forklare 68 % av den sakkyndige score. Analyser av Doloplus-2 indikerer at ansiktsuttrykk forklarer mest, og sosialt liv minst, av ekspertenes smerte karakterer.

Husebo m.fl. (2008) fant at de alvorlige demente ikke opplever mindre smerteintensitet, antall smertediagnoser og smertelokalisasjoner sammenlignet med andre stadier av demens. Alvorlig demente pasienter kan ikke formidle at de føler smerte på grunn av redusert hukommelse og språkbeherskelse. Det fører til underdiagnostisering og mangelfull smertebehandling. MOBID-2 smerteskala viser tilfredsstillende reliabilitet, validitet og klinisk anvendbarhet for smertevurdering.

Songe-Møller m.fl. (2005) fant at flere observasjonsbaserte verktøy er tilgjengelige nå, men felles for dem er mangelfull validering. Slike verktøy baserer seg på at en trent person observerer pasientens atferd med henblikk på definerte atferdsmønstre som kan tyde på smerte. Checklist of nonverbal pain indicators (CNPI) og Doloplus-2 er begge observasjonsbaserte verktøy som er oversatt til norsk. Den norske utgaven av CNPI er i tidlig uttestingsfase, mens Doloplus-2 er validert i en pilotstudie med lovende resultater.

Knudsen og Larsen (2010) oppgir at det ikke finnes nok forskning om smerte hos sykehjemspasienter. I litteraturgjennomgangen utført av Knudsen og Larsen (2010) var 28 vitenskapelige artikler fra forskjellige land analysert. Litteraturgjennomgangen har gitt kunnskap om smerte og smertevurdering både til sykehjemspasienter generelt, og personer med demenssykdom spesielt. Studiene har avdekket at fenomenet smerte er komplekst, men at mange spørsmål fortsatt er uavklarte.

De utvalgte studiene gir generell kunnskap om fenomenet smerte, teste hypoteser, forsøk på å finne årsaksforklaringer og validering av smertevurderingsverktøy. De fleste utvalgte studiene har kvantitativ tilnærming. Gjennomgangen har i liten grad gitt dypere forståelse for hvordan sykehjemspasienter forstår og opplever smerte og smertevurdering, da denne type innsikt og forståelse fordrer andre spørsmålsstillinger og en kvalitativ tilnærming.

Hovedbudskap fra tidligere forskning i litteraturgjennomgangen viser at smerte er underrapportert hos pasienter med og uten demenssyndrom eller kognitiv svikt i sykehjem. For å avdekke smerte hos personer med demenssyndrom eller kognitiv svikt trengs ulike tilnæringsmåter,

kunnskap om sykdomstilstander, kjennskap til pasientens levde liv, og at valide smertevurderingsskjema benyttes. Smerte må måles, registreres og bringes inn i den kliniske beslutningsprosessen på en systematisk måte. Det er tilsynelatende behov for å utvikle smertemål for bruk i både klinikk og forskning.

Tidligere forskning på feltet viser at prevalens av smerte varierte fra 47 – 88 %. Det er påvist sammenheng mellom smerte og diagnoser, og smerte og atferdsuttrykk (Knudsen og Larsen 2010). De pasienter med demenssyndrom eller kognitiv svikt får foreskrevet mindre smertestillende medikamenter. Personalet avdekket i mindre grad smerte hos pasienter med demenssyndrom/kognitiv svikt. Kjennskap og relasjon til beboer har betydning. Verbale selvrappoterings-skjema er anbefalt. Mange observasjonsskjemaer for personer med demenssyndrom eller kognitiv svikt er validert, men mer utprøving trengs (ibid).

2.2 Eldre og kroniske smerte

I andre del av kapittelet gjengis jeg definisjoner for aldring og alderdom, presenterer teorier om kroniske ikke-kreft relatert smerter, smertekartlegging, smertebehandling og sykepleie til pasienter med smerter. Jeg redegjør for begrepene placebo og nocebo.

2.2.1 Aldring og alderdom

Aldring kan defineres som generelle funksjonssvikt som gradvis utvikles etter oppnådd modning, og som innebærer tap av evne til å tåle stress og øking i risiko for aldersassosiert sykdom og død (Laake 2003, s 11-20). Nedsatt organfunksjon kommer til uttrykk i endringer i væskebalansen, blodtrykksreguleringen, hjernens autoregulering, temperaturreguleringen, balanseevnen og kognitivt funksjonsnivå. Organenes reduserte reservekapasitet gjør at man oftere når kapasitetsgrensen for blant annet hjertets minuttvolum, lungefunksjonen, den fysiske arbeidskapasiteten og psykomotoriske funksjoner. Dette fører til at risikoen for sykdom og skader øker og evne til å gjennomleve sykdom og skade svekkes (Laake 2003, s 11-20).

Aldring, ifølge Daatland og Solem (2005, s 11-20), er vanlige forandringer i individet og i individets forhold til omgivelsene som skjer med økende alder. Primæraldringen er naturlig og uunngåelige aldersforandringer som er bestemt av arvemassen. Utover dette kommer aldersrelevante endringer som skyldes miljøpåvirkninger (sekundær aldring). Alderen har mange ansikter og berører ikke bare kroppen, men preger mennesker også psykologisk og sosialt. Aldringsforløpet viser stor variasjon fra individ til individ og mellom funksjoner hos den enkelte, og ytrer seg ikke bare i form av svekkelse, men også med muligheter for vekst livet ut (ibid).

2.2.2 Kroniske ikke-kreft relatert smerter

Mange gamle har smerter. Akutt smerte er et nødvendig varsel om sykdom eller skade. Men kroniske og stadig tilbakevendende smerte har ikke denne alarmfunksjonen, og medfører mange belastninger og lidelser og betraktes av samfunnet som et spesifikt helseproblem.

Smerter kan deles i tre typer: nociseptiv, nevropatisk og psykogen smerte (Nygaard 2006, s 278). Almås m. fl. (2001, s 71) tilføyer begrepet «idiopatiske smerter» som oppstår uten at det kan påvises vevskade, og uten at pasienten har en psykisk lidelse som kan gi smerte.

Nygaard (2006, s 277-287) beskriver den nociseptive smerten som utløses av stimulering av smertereseptor som finnes i de fleste organer. Når smerten er utløst fra indre organer, kommer visceral smerte, og som somatisk smerte når smerten oppstår for eksempel i muskler eller ledd. Smertene beskrives som stikkende, verkende, krampelignende, dunkende eller pulserende. Ofte forverres smerten ved bevegelse (ibid).

Nevropatisk smerte, ifølge Nygaard (2006, s 277-287), oppstår ved skade i sentralnervesystemet eller i det perifere nervesystem. Den beskrives ofte som brennende, prikkende eller sviende, stikkende med utstråling. Sjelden kan lett hudberøring som vanligvis ikke oppleves som ubehag utløse smerte (allodyni). Ikke sjelden kan slike smerter opptre paroksyttisk med utstråling. Disse smertene har ofte en utbredelse tilsvarende nervens utbredelsesområde (ibid).

Psykogene smerter oppleves og beskrives på samme måte som det man finner ved de nevnte smerteformene, men man kan ikke finne noen utløsende årsak (Nygaard 2006, s 277-287). Smertesyntomer krever en grundig utredning slik at lidelser som er tilgjengelig for behandling ikke overses og tilstander stemples som «nerver», for det er dette pasienten ofte opplever i slike situasjoner. Og psykogen smerte er ikke mindre vond og plagsom for pasienten enn smerte hvor man finner en forklarende årsak. Man må ha i tankene at smerteproblematikk fullstendig kan dominere plagene ved en depressiv tilstand, men smerte kan også være årsak til depresjon (ibid).

Almås m. fl. (2001, s 108) understreker at selv om det er ulike årsaker til kroniske smerter, har de fellestrekk. Det er søvnproblematikk og sosial isolasjon. Ranhoff (2007, s 95-100) hevder at smerter ofte er sammensatt av flere somatiske og psykiske elementer, derfor er kartlegging av smertens karakter og pasientens funksjonsforhold i sykehjemmet viktige.

2.2.3 Smertekartlegging

En viktig sykepleieoppgave er å kartlegge pasientens smerter (Almås m.fl. 2001, s 113). Denne kartlegging er grunnlaget for når det skal planlegges og iverksettes en systematisk og virksom smertebehandling som er tilpasset den enkelte pasientens tilstand og behov (Almås m.fl. 2001, s 73).

Den vanligste inndelingen av smerte er ut fra varighet og tidsaspekt (akutt, kronisk, intermitterende), årsak, lokalisasjon, intensitet og fysiologiske mekanismer (Stubhaug og Ljoså 2008, s 22-46). Kartlegging og vurdering av smerte hos eldre kan omfatte: smertestatus, mulig årsak, uttrykt ubehag her og nå og i løpet av dagen, smertemønster, smertelokalisasjon og smertens påvirkning på dagliglivet, og hva som lindrer. Selvrapportering og bruk av ulike skalaer anbefales når pasienten er i stand til å uttrykke smerte (ibid).

Smertekartleggingsverktøy kan deles i: 1) spørreskjema, 2) smerteskalaer og 3) kroppskart (Almås m.fl. 2001, s 73).

1) Forskjellige spørreskjemaer egner seg til å beskrive langvarige smerter;

2) Smerteskalaer (visuell og verbal) gir et innblikk i pasientens smerteopplevelser av egne smerter. Som regel er slike skalaer enkle, og for de fleste pasienter gir de en umiddelbar forståelse. Sykepleieren må forklare til pasienten hva som hensikt med skalaen og hvordan den blir brukt i behandling av pasientens smerte. For at en skala skal kunne vise effekten av smertebehandling, må den brukes regelmessig, og markeringer må dokumenteres. Da er skalaen et effektivt hjelpemiddel som gjør det lettere å møte pasientens behov for smertelindring;

3) Et kroppskart er en tegning av kroppen sett forfra og bakfra. Pasienten eller sykepleieren skraverer det området eller de områdene der det er smerte. Ifølge Almås m.fl. (2001, s 74) egner et kroppskart seg best til bruk ved kroniske smerter fordi pasienter med slike smertetilstander har gjerne smerter flere steder i kroppen, og ved hjelp av fargesymboler kan en få fram hvor i kroppen smerten er sterkest. Å bruke kroppskart kan være til god hjelp i smertebehandling som går over lang tid. Forandringene blir klare ved at en regelmessig fyller ut nye kart. Ved slike smertetilstander vil opplysningene om smertens kvalitet komme bedre fram om kroppskart blir brukt i kombinasjon med et spørreskjema (ibid).

2.2.4 Smertebehandling

En del av kroniske smertetilstander kan ikke helbredes. Derfor er det en utfordring å finne fram til riktige tiltak og strategier som sykepleieren kan bruke for å dempe smerteopplevelser. En riktig behandling er avhengig av en god medisinsk undersøkelse som bidrar til å finne fram klare årsaker til smerte. En grundig undersøkelse bidrar dessuten til at pasienten stoler på at han blir tatt på alvor. Det er sjelden at en enkelt behandling, eller ett enkelt tiltak, kan gjøre en pasient smertefri. Som regel brukes kombinasjonen av: 1) medikamentell behandling, 2) fysioterapi, 3) akupunktur og 4) samtaler (Almås m.fl. 2001, s 109-112).

1) I norsk helsevesen er medikamentell behandling vanlige tiltak for å dempe smerteopplevelser, selv om det ved kroniske smerter sjelden oppnås god smertelindring med vanlige smertestillende

medikamenter. Likevel er det mange som bruker medikamenter for å dempe smerteopplevelser. For sykepleieren er det viktig å se på medikamentbruken, på hvordan den virker. Bivirkninger må veies mot nytteverdier. Noen pasienter opplever en viss smertelindring, men er samtidig plaget av bivirkninger som obstipasjon, munntørrhet, tretthet og problemer med hukommelsen (Almås m.fl. 2001, s 109). Ved kroniske smerter kan en del pasienter ha nytte av antidepressive medikamenter, antiepileptiske medikamenter og medikamenter som demper aktiviteten i det sympatiske nervesystemet.

3) Fysioterapi til pasienter med kroniske ikke-kreft relatert smerte inndeles i aktiv og passiv behandling. Med aktiv behandling menes behandling der pasienten utfører aktiviteter under veiledning av en fysioterapeut. Trening skjer etter et individuelt opplegg som tar utgangspunkt i pasientens plage og fysisk kapasitet. Aktiv behandling omfatter tilnærminger der pasienten lærer for å få bedre kjennskap om sin egen kropp. Passiv behandling kan være varme- eller kuldebehandling, massasje, ulike former av elektroterapi, ultralydbehandling og manipuleringssteknikker. Psykomotorisk fysioterapi er en blanding av aktiv og passiv behandling hvor mye av behandling foregår passivt, men krever aktiv deltakelse av pasienten.

3) Akupunktur kan ha en gunstig effekt som antas å stimulere endorfinproduksjon og virke smertestillende, fordi endorfiner påvirker portmekanismen i ryggen, men når det gjelder kroniske smerter blir pasienten sjelden helt smertefri (Almås m.fl. 2001, s 111).

4) Samtaler med pedagogiske og psykologiske tilnærminger, i kombinasjon med en somatisk tilnærming, brukes ofte for å dempe smerteopplevelser. En rent psykologisk og pedagogisk tilnærming til kroniske smerter, der de somatiske plager ikke blir trukket inn, lykkes sjelden (Almås m.fl. 2001, s 111). Pedagogiske tiltak kan hjelpe pasienten til å bearbeide sorgen over og ikke kunne fungere som tidligere, eller finne fram til ulike mestringsstrategier som gjør at pasienten føler en viss grad av kontroll over smertene. En psykologisk tilnærming kan bidra til å endre pasientens reaksjon på smerten, og kan i noen tilfeller også være med å fjerne smerten.

2.2.5 Placebo og nocebo

Den forventningen pasienten har, for eksempel til virkningen av et medikament, har innvirkning på den effekten medikamentet faktisk får. En positiv forventning vil øke virkningen. Den effekten blir kalt placebo. Placebo effekten har vært kjent lenge, og har vært forklart på ulike måter (Almås m.fl. 2001, s 69). Det har vist seg at den ikke bare er subjektiv, altså noe pasienten innbiller seg. Placebovirkning synes å være spesielt sterk ved smerter, og den medfører reelle fysiske endringer.

En tilsvarende negativ forventningseffekt kalles *nocebo* eller negativ placeboeffekt. Det vil si at negative følelser innvirker negativ på behandling. Hvis pasienten tviler på at han blir frisk, eller skeptisk til virkningen av en behandling, bidrar det til å redusere virkning av behandling (ibid).

Almås m.fl. (2001, s 70) understreker at for sykepleieren er det ikke viktig å ha detaljkunnskaper om hvilke stoffer som virker inn ved placebo og *nocebo*. Derimot er det svært viktig at sykepleieren er klar over den rollen disse fenomenene spiller. For det første er det av betydning at en tar utgangspunkt i pasientens positive krefter i behandlingen, og for det andre er det av betydning at sykepleieren formidler tro på den sykepleien og behandlingen som gis til pasienten (ibid).

2.2.6 Sykepleie til pasient med kroniske ikke-kreftrelaterte smerter

Ifølge Almås m.fl. (2001, s 72) kan de viktigste forutsetningene for tilstrekkelig smertelindring for den enkelte pasient oppsummeres i to punkter:

1) Målet med smertebehandling er at pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten nødvendige lidelser, og at pasienten blir i stand til å bevege seg og til å puste godt og på den måte unngå komplikasjoner.

2) Behandlerne må ha tilstrekkelig kunnskap om bivirkningene av behandlingen, og hvordan de kan forebygges og behandles. Slik kunnskap må være basert på fakta så langt råd er, og ikke på løse antakelser.

Gjensidig tillit er en viktig basis i smertebehandling hvor sykepleieren må ha tillit til pasientens smerteopplevelse, og det er viktig at pasienten stoler på at sykepleieren ønsker om å hjelpe. Diagnostisering av smerte med tanke på å finne årsaken er viktig fordi det kan gi et håp om å behandle den, slik at smerten kan lindres (Almås m.fl. 2001, s 107). Men ved riktig diagnose, eller forklaring på smerten, kan pasienten ha en mulighet til å akseptere sin smertetilstand og egen smerteopplevelse. En rekke pasienter med kroniske smerter lider fordi de ikke har fått en forklaring på smerten sin. De kan bli bekymret for hva smerten kan komme av, og kan bli svært opptatt av om det er noe alvorlig galt som legen ikke har oppdaget. Følelsen av ikke å bli trodd av familien, omgangskrets og helsevesenet er et stort problem for mange med kroniske smerter. Sykepleieren må godta at smerte er en subjektiv opplevelse. Det er bare pasienten selv som vet hvordan smerten egentlig er, derfor er sykepleierens holdninger til pasientens smertefaring og smerteopplevelser viktig. Informasjonen om smerteopplevelser som pasienten gir, selv om den virker uforståelig, må tas imot. Hvis sykepleieren godtar det pasienten forteller om angående sine symptomer, og spør om hva pasienten selv tenker om sine smerter, kan en få en allianse med pasienten. Dermed er det mulig å samarbeide om mulige løsninger, og pasienten kan kanskje selv komme fram til hvilke tiltak som kan hjelpe.

2.3 Kommunikasjon, makt og brukermedvirkning

I tredje del av kapittel presenterer jeg hovedtrekk ved kommunikasjon og relasjon i profesjonell praksis, redegjør for utfordringer som oppstår i kommunikasjon mellom sykepleier og pasienten med kroniske smerter, belyser begrepene makt og brukermedvirkning.

2.3.1 Kommunikasjon og relasjon i profesjonell praksis

Sykepleier som en profesjonsutøver, står alltid i et forhold både til pasient og til fagfolk, og har mange oppgaver i forhold til dem. Ofte dreier disse oppgavene seg om å fremme forskjellige former for endringer og bidra til å løse problemer, for eksempel å lindre smerter hos en pasient.

For å løse denne oppgaven er det nødvendig å utvikle gode relasjoner og å snakke med pasienten på en god og hjelpsom måte. I sykepleierens profesjonelle arbeid står samtalen sentralt, samtale med pasienter og samtaler mellom fagfolk. Den gode samtalen hører hjemme i alle sammenhenger hvor profesjonsutøvere praktiserer (Jensen og Ulleberg 2011, s 268).

Alle profesjonelle samtaler befinner seg i utgangspunktet innenfor noen bestemte rammer, hevder Jensen og Ulleberg (2011, s 268-277). Formål, innhold og samtaletyper er avhengig av forskjellige situasjoner hvor en sykepleier befinner seg: samtale med en pasient, pårørende eller fagfolk. Jensen og Ulleberg (2011, s 268-277) understreker at når et samarbeidsforhold er etablert, kan det være nødvendig å stoppe opp og snakke om forholdet, oppklare episoder som henger eller avklare det videre samarbeidet. Hvilke forventninger man har til hverandre, hva man kan få hjelp til og hva man må gjøre selv, er sentrale temaer i mange profesjonelle relasjoner. Som profesjonsutøver har man et ansvar for at avklaring skjer, og for å gjøre det man kan for å få en god kommunikasjon og et fungerende samarbeid. Det er nødvendig å skape rom for at pasienten kommer til orde og får tatt opp sine temaer. Dette kan skje gjennom ulike metoder. For eksempel ved å opprette en struktur for samtalen, eller innarbeide metoder som kan sikre brukermedvirkning og at pasientens stemme blir hørt (ibid).

I en samtale vil man alltid veksle mellom å lytte, stille spørsmål, kommentere eller fortelle. En samtale vil være kreativ og uforutsigbar, og skapes i møtet mellom dem som deltar, hevder Jensen og Ulleberg (2011, s 278-291). Spørsmål kan tjene mange ulike hensikter, og som profesjonsutøver må man lære seg å bruke ulike spørsmålskategorier. Det vil være en sammenheng mellom hvilke spørsmål man stiller og hvilken hensikt man har med samtalen. Lytting kan foregå på mange måter. Hvordan man lytter vil påvirke hva man faktisk hører eller legger merke til. Dette vil inspirere de spørsmålene man velger å stille, eller de kommentarene eller historiene man velger å bidra med i samtalen. Rytmen, betydning og oppfatning av tid, pauser og stillhet er viktige elementer i en samtale i profesjonell praksis (ibid).

2.3.2 Kommunikasjonsutfordringer

Smerter kan ses som biologisk uttrykk for fare eller som et uttrykk for lidelse. Med tanke på behandling er det viktig at sykepleieren kan identifisere og utforske begge disse aspektene av smertetilstander (Eide 2008, s 355). I denne prosessen er samtale mellom pasient og sykepleier helt grunnleggende. Muligheten til å gi hjelp er avhengig av hvordan pasienten formidler sin smerte, hvordan sykepleieren oppdager pasientens smerte, hvordan sykepleier klarer å danne seg et bilde av hvordan denne smerten oppleves, eventuelt hva som er årsaken til smerten eller hva pasienten antar kan være årsaken. Pasienten og sykepleier kan ha forskjellige oppfatninger av hva som er årsakene og hva som må gjøres slik at smerten reduseres (ibid).

Spesielle utfordringer er knyttet til kartlegging av smerter hos gamle pasienter som ikke har språk og dermed ikke kan formidle sine smerter. Sykepleieren bør være spesielt observant på at de eldste gamle er mer utsatt for smerte fordi de har redusert smertetoleranse. I slike situasjoner er all fortolkning overlatt til sykepleierens og legens kliniske erfaring, og en må være spesielt aktsom og nøye i observasjoner av kroppsspråk, ansiktsuttrykk, signaler som gråt, ynk og sukk, samt andre tegn, som høyere respirasjonsfrekvens, svette og stigende blodtrykk (Almås m.fl. 2001, s 73).

En utfordring for sykepleier, ifølge Eide (2008, s 356) er å kommunisere slik at den enkelte pasient føler seg hjulpet. Eide innførte begrepet hjelpende kommunikasjon som forutsetter empati og evne til å variere måten man kommuniserer på. Sykepleieren må beherske et bredt spekter av nonverbalt og verbalt bekreftende ferdigheter i tillegg til ferdigheter i å lede og styre samtalen, og ikke minst, forutsetter hjelpende kommunikasjon også fagkunnskap (ibid).

2.3.3 Makt

Ifølge Jensen og Ulleberg (2011, s 198-200) at forholdet mellom pasientens selvbestemmelse og bruk av makt og tvang særlig kompliserte temaer. I sykehjem som er en sosial institusjon i samfunnet, snakker man om institusjonell makt som kommer til uttrykk gjennom normer, rutiner og strategier. Den institusjonelle makten setter rammer for utøvelse av praksis, og profesjonsutøvere utvikler sin praksis innen rammer for det sykehjem og rammeverk de arbeider innenfor. I noen situasjoner kan en pasient oppleve asymmetri i relasjonene fordi pasienten kan ha svak posisjon og er avhengig av den relasjonen de får til en sykepleier. Gjennom sine faglige kunnskaper, og profesjonelle språk, kan sykepleier også utøve definisjonsmakt både i forhold hvilke rammer man forstår problemer innenfor, og i forhold til hvilke løsningstiltak som er gyldig eller riktig. Jensen og Ulleberg (2011, s 198-200) mener at definisjonsmakt en makt til å definere og beskrive virkeligheten, altså en makt til å få gjennomslag for sin versjon av virkeligheten. Det er en stor utfordring å være bevisst på denne makten og lytte til brukerens versjon av virkeligheten,

særlig hvis den avviker fra den allmenne oppfatning eller den konkrete profesjonsutøvers virkelighetsforståelse (ibid).

Å skape reel medvirkning i samarbeid med pasientene som er svekket fysisk, psykisk, kognitivt eller emosjonelt, og unngå kritiske nedsettende kommentarer, er en utfordring i daglig praksis for sykepleiere i sykehjem. Jensen og Ulleberg (2011, s 198-200) understreker at en del av profesjonaliteten må være å vedkjenne seg maktforholdet i relasjonen til pasientene, og tydeliggjøre og vedkjenne seg maktforholdet med de begrensninger og utfordringer det kan bringe med seg. Profesjonsutøveren må utvikle tillit og ansvar til pasientene, altså en relasjon preget av tillit og samtidig som de er klare på hvilket ansvar de er tildelt. De må rettferdiggjøre det de gjør og gi gode grunner for sine handlinger (ibid).

2.3.4 Brukermedvirkning

St. melding nr. 34 (1996-97) definerer brukermedvirkning slik «De som berøres av en beslutning, eller bruker av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud». Brukermedvirkning er både politisk og ideologisk korrekt, og skal skje på flere nivåer: det politiske nivået, systemnivået og på individ- og gruppenivået. Denne medvirkningen er ikke noe profesjonsutøverne kan velge bort, det er en lovfestet rettighet nedfelt i sentrale lover og forskrifter innen sosial- og helsetjenesten, hevder Jensen og Ulleberg (2011, s 200-2004).

Brukermedvirkning er sentralt element i Sosial- og helsedirektoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbedring «- og bedre skal det bli!» (2005). Strategien har blant annet som mål at helsetjenesten skal involverer brukerne og skal gi dem innflytelse (- Og bedre skal det bli 2005, s 23). I «Samhandlingsreformen i Helse Norge», som Stortinget vedtok i april 2010, står i det kapittel 5.1 at «Det er Helse- og omsorgsdepartementets oppfatning at både medvirkning og pasientmakt skal økes og bli mer reell» (St.meld. nr. 47 2008-2009).

Jensen og Ulleberg (2011, s 200-204) understreker at brukermedvirkning er en demokratisk rettighet, og vil også innebære en overføring av brukerens erfaring til profesjonsutøvere. Idealet om brukermedvirkning er fremhevet eksplisitt innen mange virksomheter og vil ha betydning for hvordan samarbeidet arter seg og relasjon utvikler seg. Dersom man skal virkeliggjøre brukermedvirkning må en forståelse av ulike sider ved kommunikasjon stå sentralt, hvor medvirkning og pasientmakt må forstås i et kommunikasjonsperspektiv. Det er viktig at man konsentrerer seg om medvirkningen skal skje i det konkrete møtet mellom profesjonsutøveren og bruker, altså på individ- og gruppenivået (ibid).

2.4 Kunnskap

I fjerde del av kapitelet presenterer jeg hva teoretisk og praktisk kunnskap er, beskriver forhold mellom teoretisk og praktisk kunnskap og hvordan praktisk kunnskap og konkrete situasjoner kan ha betydning for kunnskapsvikling.

2.4.1 Teoretisk og praktisk kunnskap

I årevis er det diskutert hva kunnskap er, og hvordan kunnskap kan oppnås. Spørsmålet om hvordan teoretisk og praktisk kunnskap samvirker i utøvelsen av en praksis har stått sentralt i kunnskapsdebatten innenfor helse- og soasialfag (Thomassen 2007, s 13-17). På høgskolen får man en rekke teorier som gir kunnskap som er relevant for praksisfelt. En første generell karakteristik for teori er at en teori er en abstrakt forenkling av virkeligheten. Det vil si at teori beskriver og begrunner regelmessige sammenhenger mellom fenomener, og ordner fakta til et meningsfullt hele (ibid). Teoretisk kunnskap retter seg først og fremst mot selve faget, dets begreper og teorier (Wormnæs 2004, s 48).

Teoretisk kunnskap som en student lærer på høgskolen er vitenskapelig kunnskap. Helse- og sosialfagene har tradisjonelt stått i et skjæringspunkt mellom naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humanvitenskap (Thomassen 2007, s 19-40). I dette skjæringspunktet har fagene mottatt impulser fra forskjellige vitenskapsidealene i sin utvikling som egne kunnskapsområder og forskningsdisipliner. De ulike oppfatninger om virksomhet har bidratt til utviklingen av forskjellige forskningstradisjoner og vitenskapsfilosofiske retninger som gir ulike svar på spørsmålet om hva vitenskap er. Men karakteristikken av vitenskap, ifølge Thomassen (2007, s 41-45), kan samles under tre hovedpunkter:

- 1) Vitenskapelig kunnskap er systematisk og metodisk frembrakt kunnskap. Det vil si at den vitenskapelige systematikken stiller krav til hvordan teorier bygges opp og fremstilles. Alle oppfatninger og påstander som inngår i en teori, skal bindes sammen på en klar og sammenhengende måte. Kravet om at vitenskapelig kunnskap skal være metodisk frembrakt og etterprøvd står sentralt i den vitenskapelige systematikken.
- 2) Vitenskapelig kunnskap er begrunnet kunnskap. Vitenskap skal være basert på erfaringsmateriale eller på empiriske data som kan styrke eller svekke teoriens hypoteser. Forskjellige typer data, kvalitative eller kvantitative, utgjør begrunnelsesbelegget for vitenskapelig kunnskap, og vil registreres og bearbeides på forskjellige måter i den konkrete forskningsprosess.
- 3) Vitenskap er en sosial organisert virksomhet. Det vil si at vitenskapelig kunnskapsdannelse skal være offentlig tilgjengelig. Metoder, begrunnelsesstruktur og datagrunnlag i vitenskapelige teorier skal være mest mulig klart og eksplisitt redegjort for, slik at det blir mulig for andre forskere å ta stilling til holdbarheten av de teoriene som fremsettes (ibid).

Ifølge Thomassen (2007, s 135-139) er ikke praksis vitenskap, men kan studeres vitenskapelig. Grimen (2008, s 71-85) sier at til de forskjellige typene vitenskap hører det forskjellige praksisbegreper. I det første tilfellet er praksis omforming av naturlover til handlingsregler for og nå et mål. I det andre tilfellet er praksis kommunikasjon mellom mennesker for å oppnå felles forståelse av situasjoner, og i det tredje tilfellet er praksis ulike former for selvrefleksjon (ibid).

Kunnskap som utvikles i praksis er kontekstavhengig kunnskap. Denne kunnskap favner mye mer enn teoretisk kunnskap - og derved er praktisk kunnskap mer og annet enn vitenskapelig kunnskap. Praktisk kunnskap uttrykkes i handlinger, bedømmelser, vurderinger og skjønn (Grimen 2008, s 71-85). Thomassen (2007, s 21-39) peker på at spesielt vekt legges på praktisk skjønn og dømmekraft - fronesis - hvor ulike kunnskapsformer løper sammen i en aktiv kunnskap-i-handling. Begrep fronesis ble innført av Aristoteles, og Aristoteles skiller mellom forskjellige kunnskapskategorier som episteme (demonstrativ kunnskap), techne (kunnskap om hvordan lage ting) og fronesis. Ifølge Aristoteles er fronesis viten om hvordan man gjennom handling kan sikre et godt liv. En person med fronesis kan tenke over de ting som fører til det gode liv allment sett. Fronesis er ulikt episteme. Det er handlingskunnskap. Fronesis er en evne til å vurdere hvordan man bør handle for å fremme det som er moralsk godt for mennesker i konkrete situasjoner. Fronesis inkluderer tillærte ferdigheter for bedømmelse av situasjoner. Ferdigheter trenger ikke bygge på teori og fronesis er indeksert til personer, væremåter og brukssituasjoner, den er knyttet til personers erfaringer og vokser med erfaringer (Grimen 2008, s 71-85).

«Taus» kunnskap som begrep ble utviklet av den ungarske vitenskapsteoretikeren Michael Polanyi. Det er en personliggjort kunnskap og er en del av praktisk kunnskap (Thomassen 2007, s 21-39). Ofte er det man er i stand til å sette ord på langt fra uttømmende for den kunnskap som man har (ibid). «Vi kan vite mer enn vi kan utsi» den formuleringen skaper ulike fortolkninger i forskjellige retninger. Diskusjonene om taus kunnskap fokuserer på hvordan man tenker, erfarer, bedømmer og handler på grunnlag av viten som enten ikke er verbalt artikulert eller ikke kan artikuleres verbalt (Grimen 2008, s 71-85). Thomassen (2007, s 29) sier at det er vanskelig å avgrense hva som inngår i «taus» kunnskap. Det er glidende overgang mellom hva som er «taus», og hva som er bevisst og formulert kunnskap i kompetent yrkesutøvelse (ibid).

2.4.2 Kunnskapsutvikling

En første og generell karakteristikk er at en teori er en abstrakt forenkling av virkeligheten, den beskriver og begrunner regelmessige sammenhenger mellom fenomener og ordner fakta. Teorier utsier noe allment, noe som gjelder generelt, og som skal forklare eller øke forståelsen av et fenomen (Thomassen 2007, s 33). Grimen (2008, s 71-85) mener at i virkeligheten oppstår det et problem i forholdet mellom teori og praksis, teori og praksis blir ikke godt integrert. Han mener

også at selv om integrasjon av teori og praksis er viktig, er det også viktig å ha et distansert forhold til teori.

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007) står: sykepleieren bidrar til verdibevissthet, fagutvikling og forskning, og til at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis. Nortvedt m.fl. (2007, s 15) definerer kunnskapsbasert sykepleie slik at å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser, og på systematisk måte innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon. I begge definisjoner av sykepleie legges det vekt på praktisk kunnskap.

En vanlig oppfatning av forholdet mellom teori og praksis er i retning fra teori til praksis: først formuleres teori om noe som gjelder allment - så handler man i konkrete situasjoner ut fra denne teori (Thomassen 2007, s 21-40). Men det finnes store områder av praktisk kunnskap som ikke har teoretisk basis (Grimen 2008, s 71-85). Da oppstår det misforhold. Grimen (2008, s 71-85) sier at i anvendelsesprosessen blir teoretisk kunnskap fortolket på bestemte måter, og utøveren må velge ut hvilke elementer som er passende for situasjonen. Skjønnsbaserte beslutninger i enhver handlingssituasjon står i et vilkårlig forhold til den teoretiske kunnskapsbasen man handler ut fra (ibid).

En annen oppfatning av forhold mellom teori og praksis er at teoretisk kunnskap er et underlag for praksis. Teoretisk kunnskap blir å forstå som en type artikulering av praksis (Grimen 2008, s 71-85). Menneskets grunnleggende måte å være og forstå situasjoner på er ikke gjennom observasjon, men gjennom å handle - forståelsen av verden oppstår gjennom hva man gjøre (Thomassen 2007, s 21-40). Det vil si at handlende forholdsmåte i virkeligheten gir kunnskap og man alltid allerede har en type praksiskunnskap forut for enhver teoretisk forståelse. Fordi denne kunnskapen oppnås gjennom handling, kan kunnskapen ikke være abstrakt eller kontekstfri (ibid). Grimen (2008, s 71-85) peker på at i den modellen oppstår to problemer. Et problem er ofte en idyllisering av praktisk kunnskap og en immunisering av den mot kritikk. Et annet problem er at mye teoretisk kunnskap i dag har blitt så avansert og teknisk sofistisert at det neppe lenger gir god mening å betrakte den som artikuleringer for eksempel av hverdagslivets praktiske kunnskap (ibid).

Schøn (1983) i Halvorsen og Gjedrem (2006, s 123-130) er opptatt av kunnskap og hva slags kunnskap som trengs i praktisering av ulike yrker. Utgangspunktet hans er at dominerende oppfatninger av hva som regnes som gyldig og relevant kunnskap i forskning og utdanning, i mange tilfeller ikke stemmer med praktikerens forståelse av hva slags kunnskap de bruker og trenger. Han viser hvordan mange forskjellige profesjoner og yrker gjør bruk av flere former for kunnskap enn det som er verbalisert og gjort tilgjengelig, som etablert teori og generalisert kunnskap.

Schøn kaller det kunnskap-i-handling. I den praktiske utøvelsen av arbeidet spiller slik praktisk og erfaringsbasert kunnskap en vel så viktig rolle som generalisert kunnskap. Og læring skjer ikke bare gjennom å tilegne seg generalisert kunnskap, men også gjennom å delta i praksis. En lærer gjennom å observere og etterape, prøve og feil (ibid).

Herdis Alsvåg (2009) diskuterer om hva kunnskap og kunnskapsbasert praksis er. Hun er en sykepleieforsker som i mange år har arbeidet med kunnskapsformer relatert til sykepleie. Ut fra hennes erfaringer i arbeidet med kunnskapsformer er nye begreper opprettet som kunnskapssøyler, skjønn/fronesis og dannelse/takt som kan belyse kunnskapsfeltet ytterligere. Alsvåg (2009) mener at konkrete situasjoner hviler på tre selvstendige kunnskapssøyler. Det faglige skjønnet avgjør hvordan de ulike kunnskapssøylene har relevans i situasjonen. Skjønnet og dannelsen uttrykker seg relasjonelt, det vil si i forhold til andre personer, personorientert profesjonalitet.

Kunnskapssøylene er: 1) erfaringsbasert kunnskap, 2) teoretisert praksis/profesjonell praksis og 3) vitenskapelig kunnskap.

1) Erfaringsbasert kunnskap er praktisk og situasjonær. Her lærer man det som kun kan læres i konkrete sammenhenger gjennom erfaring, trening og øvelse. Gjennom erfaring brukes og formes kroppen og man lærer å bruke sansene;

2) Teoretisk praksis/profesjonell praksis. For å forstå og handle profesjonelt, trenger sykepleierne teoretiske kunnskaper. Kunnskapen kaster lys over og bidrar til at sykepleieren kan forstå, noen ganger en enkel og oversiktlig pasient- og pårørendesituasjon, andre ganger en kompleks situasjon. Teoretisert praksis er situasjonær. Den teoretiske kunnskapen og refleksjonen gjør handlingene til teoretisert praksis. Det handler om det beste, det rette og det gode i faglige situasjoner. Pasient- og pårørendesituasjoner er komplekse. Det finnes ikke en fast måte å forstå og handle på. Å lytte til situasjonen og avveie faglige normer og regel, læres både gjennom erfaring og teoretisert praksis.

3) Vitenskapelig kunnskap utvikles innenfor oversiktlige og systematiserte situasjoner. Kunnskap om det generelt riktige utvinnes, det som generelt ikke vil være annerledes. Det er kunnskap om årsak og virkning. Dette er det beviselig sanne, uansett situasjon. Denne formen for kunnskap blir vunnet gjennom forsøk, hvor forskeren har oversikten, kontrollen på et avgrenset område. Ved nye forsøk blir resultatene de samme under ellers like vilkår.

Skjønn/fronesis og dannelse/takt er formidlende instanser, mellominstanser som trenger inn i forholdet mellom teori og praksis, de skaper sammenheng, både mellom kunnskapssøylene og til konkrete situasjoner. Når dannelse og skjønn tar plass mellom kunnskapssøylene, er det for å skape flere bindeledd mellom søylene, uten å redusere det ene til fordel for det annet, og uten å

oppheve forskjellene. Oppheves forskjellene avvikles profesjonelle yrker. Det går ikke en direkte vei fra teori til praksis eller fra praksis til teori.

Else Lykkeslet (2003) har i sin doktorstudie om sykepleiepraksis innført begrepet «Den bevegelig handlingskunnskap». Det inneholder dimensjonene å være og å gjøre. Det er en tilstedeværelse hvor man er og gjør samtidig. Strukturene i denne tilstedeværelsen vil ut fra hennes materiale være å kjenne pasienter, å leve med i pasienters liv, å se pasienter og å sense pasienter.

Væredimensjonen inneholder to dimensjoner: forbundethet og forståelse. Gjøredimensjonen inneholder to dimensjoner eller språkspill: å avpasse og å utforske/oppdage. Dette kan kalles en kunnskapsteori for den daglige sykepleiekunnskapen som inneholder en værekunnskap og en gjørekunnskap og en samtidighet i disse dimensjonene.

Denne bevegelige handlingskunnskapen vil være presis og på plass i de ulike situasjonene sykepleierne er i. Det å være presis vil i denne sammenheng bety noe annet enn at den kan uttrykkes presist i ord. Likevel er den presis i situasjonen ved at den er på plass og fungerer i situasjonen. Denne tilstedeværelsen vil være en forståelse av situasjoner som hører virksomheten sykepleie til. Kanskje kan man også bruke begrepet å kunne klassifisere situasjoner, og ut fra en type klassifisering eller gjenkjenning vite hva som er gyldig kunnskap i situasjonen. En slik klassifisering eller gjenkjenning vil være umulig uten en tilstedeværelse i situasjonen. Derfor vil denne tilstedeværelsen måtte inneholde en åpenhet i situasjonen, en åpen tilstedeværelse. Kunnskapen er slik helt avhengig av en tilstedeværelse i situasjoner for å kunne forstå situasjonens logikk. I en slik forståelse ligger også at hver situasjon er unik og derfor har sin egen logikk. Tilstedeværelsen vil aktivere dømmekraften til sykepleieren i situasjonen. Sykepleieren vil i tilstedeværelsen sortere i de kunnskaper hun/han har med seg (techne, episteme, fronesis). Ny kunnskap blir skapt eller produsert i situasjonen (ibid).

Kapittel 3 Metode

I dette kapitlet skal jeg redegjøre for valg av metode, gjennomføring av intervjuer, dataanalyse, etiske refleksjoner og metodekritikk og refleksjoner knyttet til dette prosjektet.

3.1 Kvalitativ metode

Metodevalget har grunnleggende betydning for hva slags type kunnskap jeg vil ende opp med i dette prosjektet. For å belyse problemstillingen «Hvordan / på hvilke måte oppdager sykepleiere kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter?» fant jeg at kvalitativ metode var best egnet. Formålet med kvalitativ metode er å samle inn data som gjør det mulig å forstå et fenomen.

Kvalitativ metode gir en unik mulighet til å få tilgang til informantens opplevelser og erfaringer som ikke lar seg tallfeste eller måle. Hensikt med dette prosjektet er å få innblikk i sykepleierens meninger, erfaringer og oppfatninger bak deres handling og holdninger i hverdagspraksis. For å produsere et empirisk materiale vil jeg derfor benytte kvalitativ forskningsmetode hvor jeg bruker intervju som et redskap til å samle inn data.

Kjennetegn til kvalitativ metode ved undersøkelse er basert på en muntlig samtale og intervju-guide, og ønske om å studere og kartlegge kompliserte fenomener og hendelser som man av en eller annen grunn ikke har mulighet til å observere selv. I intervjuene tvinges ikke informantene til å tenke på en spesiell måte og de står fritt til å svare det de selv ønsker. Utvalg av informanter i kvalitativ metode er små og ikke representativt i forhold til populasjonen, men de er representative i forhold til kategorisering. Det vil si at de er representative i forhold til de kategoriene vi forventer å finne informasjonen hos (Halvorsen 2002, s 119).

3.2 Kvalitativ forskningsintervju

For å belyse problemstillingen «Hvordan/på hvilke måte oppdager sykepleiere kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter?» valgte jeg å bruke kvalitativ intervju. Intervju med sykepleiere som jobber i somatiske avdelinger i sykehjem hadde som mål å innhente empirisk kunnskap om deres typiske opplevelser og erfaringer med å jobbe med kroniske smerte hos sykehjemspasienter.

Jeg valgte det semistrukturert intervju fordi intervjuene ikke bare skulle gi meg en best mulig dialog med sykepleiere, men også gi et materiale som kunne bearbeides videre, og ifølge Kvale og Brinkmann (2009, s 143) er man mer fleksibel i semistrukturert intervjuet.

En begrepsmessig og teoretisk forståelse av hvordan sykepleiere opplever og erfarer fenomenet kroniske smerte hos sykehjemspasienter, som undersøkes i intervjuene med sykepleiere, vil skape grunnlag for tilføyelse og integrasjon av ny kunnskap. Forskningsintervju som bygger på dag-

liglivets samtaler og en profesjonell samtale har som mål å produsere kunnskap (Kvale og Brinkmann 2009, s 22). Intervjukunnskap produseres i en samtalerelasjon og den er kontekstuell, språklig, narrativ og pragmatisk (Kvale og Brinkmann 2009, s 37).

3.3 Fenomenologi og hermeneutikk

I dette prosjektet vil jeg undersøke sykepleiernes opplevelse, erfaringer og meninger om kroniske ikke kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter. Ingen kan observere hva et annet menneske opplever fordi de opplevelser og erfaringer tilhører en privat sfære som ingen andre har direkte tilgang til. De opplevelser og erfaringer er unike og totalt dets egen. Gjennom ord og undersøkelsen av adferd får forskere tilgang til menneskes opplevelser. Å undersøke disse opplevelser og erfaringer for å skape mening, et fenomen, er hovedoppgaven i fenomenologi.

Fenomenologi er et omfattende felt innen filosofisk tradisjon hvor man var opptatt av essenser, sannhet og mening. Fenomenologi som en kvalitativ forsknings design representerer en forståelsesform der menneskers «subjektive» erfaringer regnes som gyldig kunnskap (Malterud 2003, s 52). Fenomenologisk tilnærming utforsker og beskriver mennesker og deres erfaringer med, og forståelse av, et fenomen (Johannessen m.fl. 2002, s 82). Mening er nøkkelord i fenomenologisk tilnærming fordi man prøver å forstå meninger med et fenomen sett gjennom en gruppe menneskers øyne (ibid).

Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) hevder Malterud (2003, s 31). Jeg benytter en fenomenologisk design når jeg analyserer data fra intervjuene. I fenomenologisk design analyseres meningsinnholdet. For å fortolke sykepleierens meningsinnhold fra intervjuene i dette prosjekt, bruker jeg en hermeneutisk tilnærming som er benyttet i humaniora i århundrer i vestlig kultur.

Jeg valgt Kvales og Brinkmanns (2009, s 216-225) presentasjon av hermeneutiske fortolkning av intervju som har et vekslende forhold mellom tre nivåer av intervjuanalyse: 1) selvforståelse, 2) kritisk forståelse basert på sunn fornuft og 3) teoretisk forståelse.

1) Selvforståelse. I dette nivået er hensikten så lang som mulig å få fatt i personens egen selvforståelse. Her er det nødvendig at forskeren forholder seg til fakta og mening, som innebærer hva informanten selv oppfatter som mening med sine uttalelser. Fortolkningen er mer eller mindre begrenset til den intervjuedes selvforståelse. Den er en omskrevet fortelling av den intervjuedes egne synspunkter, forskeren forstår dem (Kvale og Brinkmann 2009, s 221).

2) Kritisk forståelse basert på sunn fornuft. Dernest ble intervjumaterialet forsøkt forstått på et nivå som går utover hva informanten selv opplever og mener – men innenfor konteksten av det som er allment fornuftig fortolkning. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009, s 221) kan fortolk-

ningene ha en bredere forståelsesramme enn intervjupersonens egen forståelse. Fortolkningene kan være kritisk til det som blir sagt, og kan fokusere enten på uttalelsens innhold (objektorientert forankring) eller på personen som står bak (subjektorientert forankring). Med objektorientert forankring er poenget å lete etter hva uttalelsene sier om intervjupersonen. Med subjektorientert forankring er poenget å tydeliggjøre hva intervjupersonen sier om verden (ibid).

3) Teoretisk forståelse. I siste nivå beskriver Kvale og Brinkmann (2009, s 222) at materialet forsøkes belyst og fortolket ut fra teoretiske referanserammer, ut fra hva man måtte betrakte som relevante teorier.

3.4 Sterke og svake sider ved kvalitativ metode

Innsamling av kvalitative data preges av høy grad av åpenhet og fleksibilitet. Det vil si at i løpet av intervjuets gang endres strukturen og forskeren kan stille oppfølgingsspørsmål og utdypnings-spørsmål. Fleksibiliteten er en styrke fordi dette åpner for en stadig bedre og mer grunnleggende forståelse for den problemstillingen en arbeider med. Likevel kan fleksibiliteten også være en svakhet fordi slik fleksibilitet gjør det vanskelig å sammenligne data fra de ulike informantene (Holme og Solvang 1998, s 76-77).

Av og til kan intervju bære mer preg av samtale enn intervju, og informanten har innflytelse på hvordan kvalitativt intervju forløper, og hva som kommer fram av informasjon. Dette gjør dataene troverdige, og det blir en styrke. Kvalitative intervju er den intervjuformen der forskeren har mist styring med tankegangen til informantene. Svakheten kan være at dataene ikke er gyldig på grunn av få informanter (Holme og Solvang 1998, s 78), men styrken kan være at informantene kan ta opp temaer i intervjuene som er aktuelle.

Ved kvalitativ metode har forskeren en stor nærhet til dem eller det som undersøkes. Ofte er nærhet til det som studeres positivt og negativt samtidig. Ulemper kan være at nærheten kan danne grunnlag for utvikling av forventninger i intervju og informanten kan få et ønske om å handle slik forskeren forventer. Dette må forskeren være klar over slik at dette ikke blir en svakhet. En måte å håndtere dette på er at forskeren går inn i en rolle som den interesserte lytter (Holme og Solvang 1998, s 89).

Å bruke kvalitativ metode innebærer både styrker og svakheter, som tidligere nevnt. Det gjelder også kvantitativ metode. Johannessen m.fl. (2010, s 369-370) konkluderer med at det er viktig at kvalitative og kvantitative metoder ikke betraktes som motstridende retninger eller skoler innenfor samfunnsvitenskapene, men tvert imot som et repertoar av muligheter som forskeren kan benytte seg av, enten hver for seg eller kombinasjoner.

3.5 Forskerens rolle og min forforståelse

Å være objektiv er utfordrende fordi dette prosjektet forholder seg til de hermeneutiske paradigmer (www.kunnskapssentret.no) som prøver å forklare verden ut i fra en subjektivistisk - relevatistisk forståelse. Det hermeneutiske paradigmet fokuserer på meningene og har et mål om å komme frem til forståelse av sosiale prosesser mellom individer, grupper og organisasjoner. Sykepleierens meninger, opplevelser og erfaringer fra å oppdage kroniske smerter hos sykehjemspasienter fortolkes ved hjelp av holistisk metode (www.kunnskapssentret.no) som anvender helhet som forklaringsprinsipp. I dette prosjektet prøver jeg som forsker å innrette meg på undersøkelse av sykepleierens opplevelser, erfaringer og fortolkning av fenomenet smerte hos sykehjemspasienter. Jeg som forsker er en deltaker i den undersøkelsen og vil oppleve sykepleierens meninger, erfaringer om fenomenet smerte. Jeg bruker min personlighet som et instrument i undersøkelsen og det må aksepteres at jeg er influert både av teorireferanser og personlig erfaring. Derfor er det viktig hvordan jeg forstår og vurderer min egen situasjon og min forforståelse i prosjektet.

Jeg er sykepleier og jobber i et sykehjem selv. Min forforståelse av fenomenet kroniske ikke-kreftrelatert smerte hos sykehjemspasienter består av klinisk erfaring, praksis, faglig perspektiv og av den teoretiske referanseramme som jeg har fått gjennom bachelor og i masterutdanning. Den forforståelsen var en viktig faktor for min motivasjon til å begynne med forskning omkring dette tema. Tema kroniske smerter hos sykehjemspasienter får fokus i de siste årene, men uansett finnes ikke tilstrekkelig både kvalitativ eller kvantitativ forskning om dette feltet. Jeg ønsker gjennom dette prosjektet å lære mer om hvordan sykepleiere opplever og erfarer fenomenet smerte hos eldre, og på den måten å bidra til øke kunnskap om hvordan sykepleiere oppfatter kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter. I løpet av dette prosjektet er det viktig å være bevisst på min forforståelse, slik at jeg er objektiv og i minst mulig grad påvirker sykepleiere i selve intervjuet og i selve resultatene. Ifølge Malterud (2003, s 44-46) påvirker forskeren på en eller annen måte forskningsprosessen og dens resultat. Derfor er det viktig for min egen skyld å arbeide aktiv for å kjenne min egen rolle godt nok til eksplisitt å redegjøre for min innflytelse, og ta stilling til hva dette betyr for kunnskapsutvikling (ibid).

Kvale og Brinkmann (2009, s 219) påpeker at i dagens intervjuforskning er det ikke fortolkningsmangfoldet som er problemet, men heller mangelen på eksplisitt formulering av forskningsspørsmålene som stilles til teksten. Man må skille mellom en praktisk og et perspektiv subjektivitet til teksten. For å redusere min innflytelse og påvirkning i forskningsprosessen, som anbefales av Kvale og Brinkmann (2009, s 219), må jeg unngå en praktisk subjektivitet i fortolkning hvor man ser bare bevis som støtter mine egne meninger og velger fortolkninger og rapporterer det som kan begrunne mine egne konklusjoner, og ignorerer alt som kan gi andre fortolk-

ninger. Jeg som forsker må forholde meg til en perspektivisk subjektivitet hvor man velger ulike perspektiver og stille ulike spørsmål til den samme teksten, og gjennom stringent fortolkningsarbeid komme til ulike konklusjoner eller fortolkninger. Subjektivitet i denne betydningen er nettopp intervjuforskningens styrke (ibid).

3.6 Informanter

Prosjektet baseres på kvalitative intervjuer med 6 sykepleiere som i lengre enn 2 år har arbeidet i somatiske avdelinger i sykehjem. Jeg tok telefonkontakt med avdelingsledere i kommunale somatiske sykehjem i desember 2011. Til avtalt tidspunkt og dato kommer jeg til avdelingene for å presentere meg og mitt prosjekt. Jeg har levert skriftlig informasjon om prosjektet og samtykkeerklæring (Vedlegg 2). Det var avdelingsleder i sykehjem som formidlet og forespurte informantene for meg. Rekruttering av informantene foregår gjennom strategisk utvalg hvor man er opp-tatt av kvaliteten på informasjon og vil derfor søke å få intervjuet de personene i et sosialt system som har den beste kunnskap eller den beste evnen til å uttrykke seg (Halvorsen 2002, s 111). Inklusjonskrav som ble stilt til sykepleiere er at de har arbeidet i sykehjem i mer enn to år, og derfor har erfaring innenfor dette området. Sykepleiere som ønsket å delta i prosjektet fylte ut vedlagte samtykke erklæring og returnerte den til meg innen en uke. Etter at jeg mottok samtykkeerklæringen, tok jeg tatt kontakt med vedkommende personen for å avtale dato, tid og sted for intervjuet.

Det var seks kvinnelige sykepleiere i alderen mellom 30 og 55 år som meldte seg i dette prosjektet. Alle informantene har arbeidet lengre enn to år i somatiske avdelinger i sykehjem, to av dem var tilknyttet palliativt team, en er fagutviklingssykepleier i avdeling og en sykepleier tar videreutdanning. Alle informantene har stor erfaring fra arbeid i sykehjem og ga positive tilbakemeldinger om dette prosjektet. De mente at smerteproblematikk hos sykehjemspasienter er aktuelt, og de ville gjerne dele sine meninger og erfaringer. Sykepleierne bidrog med relevant informasjon som belyste temaet slik at problemstillingen i prosjektet syntes å bli tilstrekkelig belyst etter seks intervjuer. Jeg fikk nødvendig informasjon og ikke minst tanker og god kjennskap til problemstillingen fra informantene.

3.7 Intervjuguide

For å belyse problemstillingen har jeg utarbeidet intervjuguide med åpne spørsmål som ikke var standardiserte (Vedlegg 3). Ved utforming av intervjuguiden måtte hensyn tas til både innholdet, rekkefølgen, ordbruken og intervjuets totale oppbygning. Slik ville jeg at sykepleierne kunne reflektere over egen praksis, handlinger og holdninger i sin hverdag når de svarer på spørsmålene. Malterud (2003, s 129) hevder at det er viktig og ikke gjøre intervjuguiden for detaljert fordi formålet er å få vite noe som man ikke viste fra før, eller å gjennomføre en samtale som skal bi-

dra til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstilling. Under samtaler hadde jeg mulighet til å stille oppfølgende spørsmål og kontrollspørsmål som innebærer aktiv lytting.

3.8 Gjennomføring av intervju

Intervjuene med sykepleiere ble utført i slutten av januar og begynnelsen av februar 2012. Alle intervjuene ble gjennomført på informantens arbeidsplass og i deres arbeidstid ut fra sykepleierens eget ønske. Hvert intervju var ca. 25-35 minutter. Vi benyttet et møterom under intervjuene. De andre ansatte på vakt fikk beskjed om ikke å forstyrre under intervjuene. Mobiltelefoner ble slått av. Selv om hver sykepleier har fått informasjon om dette prosjektet fra avdelingsleder, presenterte jeg meg og mitt prosjekt en gang til før selve intervju startet. Hver av dem fikk kopi av intervjuguiden. Jeg svarte på spørsmål som ble stilt fra noen av informantene om mål og hensikt i dette prosjektet før og etter intervjuene.

3.8.1 Pilotintervju

For å se hvordan metode, intervjuguide og lydopptak ville fungere i intervjusituasjonen, valgte jeg å gjennomføre et pilotintervju. Til sykepleieren som har vært i pilotintervju ble det stilt samme krav og kriterier som til de andre informanter i studiet. Etter pilotintervjuet ble intervjuguiden justert. Det var viktig å formulere og stille spørsmålene slik at informant forstod hva jeg som forsker var ute etter. Malterud (2002) peker også på at justering underveis av intervjuguide og utvalgsstrategi kan bidra til å styrke validiteten av materialet. Pilotintervjuet ble ikke inkludert i analysen. Det var en god og lærerik opplevelse.

3.8.2 Intervjuer med informantene

Seks intervjuer med informantene ble gjennomført som avtalt i forhold tidspunkt og møtested. I intervjusituasjon med sykepleierne forsøkte jeg å skape et klima preget av trygghet og fortrolighet. Malterud (2002) hevder at intervjuer med enkeltpersoner egner seg godt for fordypningstemaer som krever ettertanke og trygghet. Jeg prøver å holde fast på problemstillingen i samtalene slik at resultatet blir fokusert og rikest mulig på informasjon som kan brukes til å belyse problemstilling. Men samtidig, som Malterud (2003, s 131) understreker, var jeg forberedt på at det relevante fokus kan ligge et annet sted enn der man i utgangspunktet venter å finne det. Det gode kvalitative intervju skal gi rom for flertydighet (ibid).

En sykepleier mente at spørsmål nummer fire var vanskelig «Hvordan får du som sykepleier innsikt (forståelse) i pasientens smerteopplevelse?», og ønsket å svare på dette spørsmålet til slutt i intervjuet.

3.8.3 Bevaring og oppbevaring av datamateriale

Lydbåndopptak var et nyttig teknisk hjelpemiddel for innsamling av rådata, men fanger bare opp samtalens språklige og nærspråklige elementer. Nonverbal kommunikasjon kommer ikke med på båndet.

Jeg noterte ikke i løpet av intervjuet selv fordi jeg konsentrerte meg om informanten og det som ble formidlet. Det var viktig i intervjusituasjonen å vise oppmerksomhet og respekt for intervjuer, og ikke forstyrre med notater under samtale. Derfor var det viktig for meg å notere en oppsummering etter hvert intervju. Notater fra intervjuet kan gi nyttig tilleggsinformasjon som i et-tertid supplerer båndopptaket (Malterud 2003, s 72).

Ordbruk, tonefall og pauser blir registrert slik at jeg igjen kan gå tilbake og lytte. Når alle seks intervjuene var gjennomført ble opptakene fra intervjuene overført direkte til datamaskin og lagret. Opptakene avspilles i datamaskin med henblikk på analyse og transkriberes ved hjelp av tekstbehandlingsprogram. Etter dataoverføring til datamaskin ble opptakene i lydbåndet slettet. Skriftlig notater ble oppbevart i egen privat safe.

3.9 Analyse av data

Analyse av kvalitative data er en både tidskrevende og omstendelig prosess. Det finnes ingen standardiserte teknikker for hvordan det skal gjøres (Halvorsen 2002, s 143). Jeg benytter meningsinnholdanalyse presentert av Malterud (2003, s 93-113) og er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse. Analyseprosess hos Malterud bygger bro mellom rådata og resultater ved det organiserte datamaterialet slik at materialet kan bli fortolket og sammenfattet, og med formål å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt (Malterud 2003, s 99).

3.9.1 Transkribering

Transkribering er en prosess hvor intervjuet overføres til tekst. Siden norsk språk ikke er mitt morsmål, valgte jeg å få hjelp til transkriberingen. Det var en legesekretær med stor erfaring fra sykehus som transkriberte opptakene. Ved å lytte til lydbåndet sammen oppdaget vi noen feil som ble justert underveis og samtidig kontrollert. Alle intervjuene ble skrevet ned ord for ord. For å øke nærheten til intervjumaterialet, og høyne informasjonsverdien i det skriftlige materialet, gjengis intervjuene mest mulig presist og viser intervjupersonens språkbruk, ordvalg og setningskonstruksjon.

Formålet, som understrekes Malterud (2003, s 78), med skriftliggjøring av samtalen er å gi en gyldig gjengivelse av det som ble sagt og hørt. Kvale og Brinkmann (2009, s 194) hevder også at teksten skal mest mulig lojalt ivareta det opprinnelige materialet, særlig slik informantens erfa-

ring og mening ble formidlet og oppfattet under intervjuene. Strengt ordrette transkripsjoner er nødvendig for at en lingvistisk analyse kan utføres (ibid).

3.9.2 *Analyse av materiale*

Før jeg startet analysen av materialet, stilte jeg spørsmål om hva data handler om? Hva forteller det om? Data fra intervjuene handler om sykepleierens opplevelser, meninger, oppfatninger og erfaringer fra å jobbe med kroniske smerter hos sykehjemspasienter. Videre i denne fasen prøvde jeg å organisere og gjenfortelle svarene på en systematisk og relevant måte som anbefalt av Malterud (2003, s 93).

Data fra intervjuene representerer store mengder informasjon. All vitenskapelig analyse krever midlertidig en eller annen form for filtrering og reduksjon (Malterud 2003, s 95). Intervjuanalyse av data i dette prosjektet bygger på prinsipper om dekontekstualisering og rekontekstualisering. I dekontekstualisering deles teksten opp og skilles fra sin opprinnelige sammenheng. Det gir mulighet for å se nærmere på teksten sammen med andre elementer av materialet som sier noe av det samme. Rekontekstualisering er forskerens sammensetning av bitene til en ny helhetlig tolkning. Det er nødvendig å validere delene opp mot helheten. Rekontekstualisering er viktigste tiltak for å forebygge reduksjonisme og bevare forbindelseslinjer til feltet og informantens virkelighet (Malterud 2003, s 96).

Jeg har valgt analyse av meningsinnholdet i henhold til Malterud (2003, s 93-113). Den analysen består av fire hovedpunkter: 1) helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsbærende enheter og koding, 3) kondensering, 4) sammenfatning.

1) Helhetsinntrykk. Jeg har lest datamaterialet flere ganger for å oppnå helhetsinntrykk slik at jeg fikk god kjennskap til innholdet. Dette hjelper meg også til å finne sentrale temaer som representerer den første forståelse av datamaterialet. Temaene er ikke resultater eller kategorier. De representerer et første intuitivt og databasert steg, og organisering av materialet (Malterud, 2003 s 101). Den første fasen gir meg godt utgangspunkt for å jobbe med innholdsanalyse videre.

2) Koding og identifisering av meningsbærende enheter. Å finne meningsbærende elementer i materialet var et mål i den andre fasen. Koding er en prosess hvor man foretar en systematisk gjennomgang av materialet og identifiserer tekstelementer som gir kunnskap og informasjon om hovedtemaene (Malterud 2003, s 93-113). Slike tekstelementer ble markert med flere kodeord som angir hva slags informasjon tekstelementer gir. Koding er et verktøy for å påvise og organisere meningsbærende informasjon, og innebærer kun en kategorisering av det som står i en tekst og skal bidra til å konsentrere meningsinnholdet i intervjuet. Koding innebærer også en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for senere å kunne leses i sammenheng med beslektete tekstelementer og de teoretiske referanserammen.

mer. I den fasen fortolker jeg hvert meningsbærende element ved hjelp av hermeneutikk fortolkning som ble beskrevet i kapittel 4.2. Malterud (2003, s 93-113) hevder at fortolkning av datamaterialet foregår i hver fase i fenomenologisk av analyseprosessen.

Tabell 1 gis eksempel på systematisering av meningsbærende elementer fra intervjuetekst, kodearbeidet og fortolkning.

Informantene	Tema	Kode	Fortolkning
NN1: Konsekvensene av smerter som ikke blir behandlet, tenker jeg, det er jo ganske mye. Får for eksempel mer uro under stell hos pasienter som har vondt, og kanskje ikke klarer å gi verbalt uttrykk for det. Og kanskje blir oppfattet som dement, hvilket vedkommende ikke er, men kanskje bare smertepåvirket. At pasienten kanskje ikke får det så bra, som den kunne hatt det som når smertelindring. Og det vil være hemmende i bevegelse, så kanskje pasienten blir mer immobilisert enn nødvendig, fordi han har det for vondt til å kunne bevege seg. Så det vil være en hindring i fysisk utfoldelse. Og ta det som er rundt omgivelsene, for du er så fokusert på smertene at du ikke får med deg det som skjer rundt deg kanskje. Du evner deg ikke til å delta. Ganske store konsekvenser ja.	1. Smerter hos sykehjemspasienter 1.1 Ubehandlet smerte	- Uro - Pasient omfattes som dement - Immobilitet - Asosial, «fjerner» seg fra omgivelsen	Sykepleier merker konsekvenser av ubehandlet smerter hos sykehjemspasienter: -Sykepleierens oppmerksomhet vekkes dersom pasient er urolig, asosial, immobil, passiv, ikke uttrykker seg adekvat verken verbalt eller fysisk; -Sykepleier «leser» kroppsspråk ved ADL;

Tabell 1

3) Kondensering. Malterud (2003, s 93-113) hevder at hensikten i den tredje fasen er å abstrahere meningsinnholdet som ligger i de etablerte kodene. I praksis i den tredje fasen jobber jeg med de meningsbærende elementer fra andre fasen, og organiserer dem innfor sammen tema og undergrupper ved hjelp av reduksjon av datamaterialet og rekontekstualisering igjen. Kondensering innebærer å utvikle kategorier som er mer abstrakte enn de opprinnelige kodene, det vil si at man ser om kodeord kan slås sammen eller ordnes inn under hverandre og sorterer materialet i tilsvarende undergrupper (Malterud 2003, s 93-113). I den tredje fasen fikk jeg tre hovedtemaer med flere undergrupper. Jeg skriver en fortelling som inkluderer alle de meningsbærende enhetene i hver av kodegruppene, med undergruppene som avsnitt. Som eksempel sorterte jeg i andre fasen alle meningsbærende elementer som jeg hadde skrevet under temagruppe «Faglig oppdatering». Etter nærmere analyse ble dette temaet flyttet til «Sykepleierens oppfattelse av kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter» med flere undergrupper.

4) Sammenfatning. Ifølge Malterud (2003, s 93-113) innebærer den siste fasen å sammenfatte eller rekontekstualisere materialet for å utforme nye begreper og beskrivelser. Jeg skriver en fortelling igjen hvor resultatene sammenfattes og gir et grunnlag for nye beskrivelser av fenomenet smerte hos sykehjemspasienter. I den fasen får man ny kunnskap i løpet av analyseprosessen, og dette bidra til at koder og kategorier endres. Sitater som jeg bruker illustrerer eksemplifiserte teksten på best mulig måte. Teksten ble skrevet på bokmål, men i sitater bevarer jeg informan- tens muntlig språk. Hensikten med fjerde fasen er å identifisere mønstre og sammenhenger i da- taene som ikke umiddelbart er synlige (Malterud 2003, s 93-113).

For å sjekke at tolkninger og funn fortsatt var forsvarlig dataforankret og formidlet, hva infor- mantene faktisk hadde sagt, brukte jeg hermeneutisk sirkel som redskap i fortolkning av interv- jumaterialet. Kvale og Brinkmann (2009, s 216-225) hevder at hovedprinsippet ved hermeneu- tisk sirkel, eller spiral, er den kontinuerlige frem- og tilbakeprosessen mellom deler og helhet, dette hjelper og åpner for en stadig dypere forståelse av mening.

3.10 Etikk

Malterud (2003, s 199) påstår at kvalitative forskningsmetoder innebærer møter mellom men- nesker, normer og verdier utgjør viktige elementer av den kunnskap som utveksles og utvikles. Dette betyr at forskeren som bruker slike metoder, bør kjenne til noen av de spesielle etiske ut- fordringene som dette medfører (ibid).

3.10.1 Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Dette prosjektet underlegger seg etiske og juridiske retningslinjer. Prosjektet har ikke fremleggs- plikt for Regional etisk komité fordi det forskes på sykepleiere, ikke pasienter. Prosjektet har vært meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og ble registrert 19.01.12, kvittering på melding om behandling av personopplysninger vedlegges (Vedlegg 1). Intervjuene ble utført før justering av enkelte detaljer (kontakt informasjon til min veileder) i informert samtykke. Dette ble gjort etter anbefaling fra rådgiver NDS. Informantene har fått oppdatert samtykkeerklæring etter intervjuene.

Jeg har tatt kontakt med NDS i februar 2012 for å forandre opplysninger i meldeskjema punk 11: Informasjonssikkerhet. Dette ble gjort på grunn av at jeg meldte inn legesekretæren som transk- riberte opptakene fra lydbånd til datamaskin. Etter konsultasjonen med rådgiver fra NSD ble da- tabehandleravtalen skrevet mellom meg og personen som transkriberte opptakene.

3.10.2 Informert samtykke

Informantene har fått en skriftlig samtykke før intervjuene ble utført hvor de har fått informasjon om prosjektet overordnet formål, prosedyrer ved brifing og debriefing og om hovedtrekkene i de- sign, (Vedlegg 2). Samtidig ble de informert om at deltakelse i prosjektet er frivillig og sykeplei-

erne kunne på hvilket som helst tidspunkt trekke seg uten at de trenger å gi en begrunnelse for dette. De opplysninger som de har gitt meg og deres navn, ville bli slettet. I informert samtykkeskjema har informantene fått vite at jeg ønsker å benytte lydbåndopptak for å bevare data fra intervjuet.

3.10.3 Konfidensialitet og anonymisering

I et kvalitativt forskningsintervju hvor informantens utsagn kan inngå i en offentlig rapport, må jeg som forsker sørge for å beskytte deltakerens privat- og arbeidsliv. Alle data og all informasjon i prosjektet behandles konfidensielt og anonymiseres i publikasjoner. Dette ble gjort for å unngå utfordringene som er knyttet til gjenkjennelsen i rapportering fasen, når dokumentasjon og sitater formidles. Jeg har taushetsplikt som prosjektansvarlig. Når masteroppgaven blir godkjent, vil opptakene i datamaskinen bli slettet og datamaterialet anonymiseres. I mens prosjektet pågår oppbevares data i privat passordbeskyttet PC. Jeg oppbevarer intervjuene etter transkribering og notater på papir som er nummeridentifiserbare i egen privat safe. Kobling mellom nummer og sykepleierens navn oppbevares nedlåst og separat.

3.10.4 Konsekvenser

I intervjusituasjoner var jeg bevisst og var oppmerksom på at sykepleiere kan si ting som de senere kan angre på. Kvale og Brinkmann (2003, s 173-185) understreker at det er jo mer en forsker viser av empati, forståelse, åpenhet og anerkjennelse, jo mer sårbare ting kan mennesker komme til å fortelle om. Derfor har sykepleiere fått vite at de kan ta kontakt med meg dersom de har spørsmål, eller har noe de ønsker å diskutere eller vil trekke seg ut fra prosjektet.

3.11 Metoderefleksjon

I intervjusituasjonene opplever jeg at sykepleiere er samarbeidsvillige og motiverte. De har vært ærlige og svarte konsist og presist på intervju spørsmål, de gir sammenhengende fremstillinger og motsier ikke seg selv. Jeg stilte kontrollspørsmål dersom det var noe som jeg lurte på, eller som var uklart i intervjusituasjon. Informantene visste at jeg er sykepleier og jobber i sykehjem. Dette øker informantens tillit til meg. I hvert intervju prøver jeg å bruke aktiv lyting, vise empati til vedkommende person og skape mellommenneskelig atmosfære. Kvale og Brinkmann (2009, s 137) mener at forskningsintervju er en interpersonlig situasjon, en samtale mellom to parter om et emne av felles interesse. I intervjuet skapes kunnskap i skjæringspunktet mellom intervjuerens og intervjuerens synspunkter (ibid).

På slutten av hvert intervju fikk jeg positive tilbakemeldinger fra sykepleiere, de synes at temaet smerte hos sykehjemspasienter er et viktig tema, og sykepleiere trenger å reflektere over det for å være bevisst deres holdninger.

I intervjusituasjonen opplever jeg at det var viktig for meg som en intervjuer å ha kjennskap og kunnskap til det undersøkte temaet for å kunne stille relevante spørsmål. Uten kjennskap til eksisterende kunnskap om kroniske smerter hos sykehjemspasienter ville det vært vanskelig for både meg og lesere å konstatere hvorvidt kunnskapen som innhentes via intervjuene, er ny, og dermed hvilket vitenskapelig bidrag undersøkelsen representerer (Kvale og Brinkmann 2009, s 123).

Jeg følte et asymmetrisk forhold i hver intervjusituasjon. Kvale og Brinkmann (2009, s 52) påstår at intervjueren har vitenskapelig kompetanse. Det var jeg som definerte intervjusituasjonen, bestemte temaet for intervju, stilte spørsmål, besluttet hvilke svar jeg vil følge opp, og avsluttet samtalen. Som intervjuer må jeg passe på at intervjuet med sykepleierne ikke skal være en manipulerende dialog, men en instrumentell dialog hvor jeg får frem de fenomenene som jeg kan fortolke og rapportere i overensstemmelse med mine forskningsinteresser. Videre i arbeidet med resultatene følte jeg monopol og privilegium på å fortolke intervjupersonens utsagn. For å redusere det asymmetriske forholdet og feilkilder i intervjusituasjonen, samarbeidet jeg med informantene om intervjuet og forsøkte å tilnærme en likestilling i intervjusituasjonen med hensyn til å spørre, rapportere og fortolke (ibid).

Kapittel 4 Resultater

I dette kapitlet vil jeg presentere resultater fra det innsamlede intervjumaterialet. Presentasjon av funnene blir organisert innenfor to hovedtemaer: kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter og sykepleierens oppfattelser av kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter.

På slutten av dette kapitlet skal jeg oppsummere funnene. For å belyse resultatene på en tilstrekkelig måte skal jeg bruke sitater fra informantene. I sitater bevares muntlig språk. Det blir henvist til hvilken informant sitater er hentet fra, for eksempler: Informant 1=NN1.

4.1 Tema 1 Kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter

Informantene deler gjerne sine tanker med meg om kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter. De snakker om konsekvenser av ubehandlede smerter, hvordan de opplever en sykehjemspasient som er godt smertelindret, om de største utfordringer med å oppdage kroniske smerter hos sykehjemspasienter, om placebobruk i sykehjemmet og om tverrfaglig og flerfaglig samarbeidet og samarbeidet med pårørende.

4.1.1 Sykepleieres beskrivelser av pasientens uttrykk for smerter

Ubehandlet smerte hos sykehjemspasienter er et aktuelt problem som oppstår i sykehjem. Sykepleierne har stor og lang erfaring fra å jobbe med kroniske smerter som er konsekvenser av forskjellige sykdommer. Sykepleiere viser forståelsen i intervjuene for at det er mange årsaker til aldersrelatert endring i smerteopplevelser hos eldre. Det er forekomst av sykdommer med smerte som symptom som øker med økende alder, forekomst av mange sykdommer samtidig, fysiologiske endringer og endringer i kognitiv funksjon.

Ubehandlet smerte fører til psykomotorisk uro, for eksempel vandring, roping, ofte ringing med klokken uten å begrunne det. Pasienten kan oppfattes som deprimert, asosial, forvirret, trenger mye mer hjelp til daglige gjøremål. Kommunikasjonen forhindres dersom sykehjemspasienten opplever smerter. Pasientene kan utrykke seg aggressivt både verbalt og fysisk. Informantene påstår at ubehandlede smerter hos sykehjemspasienter fører til immobilitet, depresjon og livskvaliteten reduseres. Mange pasienter bruker mye krefter på å komme seg gjennom dagen med smertene sine, slik at andre viktige ting blir nedprioritert, for eksempel trening, spising, sosialt samvær. Pasienten lider unødvendig og har det ikke optimalt. Konsekvensen kan føre til at mange eldre gir opp.

Informant NN4 mener at mange eldre utrykker seg på sammen måte som barn, at de sier at de har vondt en plass, men uten å kunne forklare selv hvor vondt de har det, eller eksakte hvor smerten sitter.

Når informantene beskriver en pasient som er godt smertelindret, merkes i først omgang at samarbeidet og kommunikasjon mellom sykepleier og sykehjemspasienten foregår lettere. De gamle klarer å utføre sine daglige gjøremål og trenger bare tilrettelegging, eller veiledning ved morgen- eller kveldsstell. Godt smertelindret pasient beskrives som rolige, tilstedeværende, energiske og sosialt aktive. De spiser og drikker tilstrekkelig til hvert måltid. Livskvalitet økes og pasienten får mer velvære. Pasienten tar imot informasjon og formidler om sine behov verbalt for eksempel under morgen- eller kveldsstell.

4.1.2 Placebo mot smerte

Sykepleierne har i utgangspunktet negativ holdning til bruk av placebo ved behandling av sykehjemspasienter. Sykepleierne mener at tilsynslegen har hovedansvar i spørsmål om placebobruk, samtidig har sykepleier hovedansvar for å håndtere hvert enkelt tilfelle slik at de holder hver enkelt situasjon under kontroll. Påstander om at ekte smerter må lindres med ekte medikamenter og at pasientens klager på kroniske smerter ikke tas på alvor, er dominerende i intervjuene.

Sykepleierne kommer i sine refleksjoner om placebobruk til etiske dilemmaer som drøftes under intervjuene. Det er et dilemma at sykepleierne ikke vil lure pasientene og ikke ødelegge tillit. Informantene føler seg ikke komfortable med å lure pasienten, og derfor vil de ikke undervurdere pasientens egen opplevelse av sine smerter. Samtidig har sykepleiere kunnskap om at smertestillende medisiner har mange bivirkninger som forstoppelse eller svimmelhet. Mange sykehjemspasienter er overmedisinert. Dette kan føre til interaksjoner og forventet effekt av smertestillende medisiner kan endres. Derfor er det viktig at sykepleiere jobber på en forsvarlig måte hvor de drøfter placebobruk i hvert tilfelle. Informantene reflekterte i intervjuene over at alle handlinger og holdninger i forhold til placebobruk kommer ut fra det som er beste i den aktuelle pasientens situasjon.

Det er veldig ofte at de gamle som bor på sykehjem føler seg ensomme og derfor søker de trygghet og oppmerksomhet fra personalet. Behov for å bli hørt og føle seg trygg dekkes gjennom kommunikasjon med helsepersonalet, at sykepleier er tilstede og snakker med vedkommende pasient og viser sin empati. I slike samtaler ber pasientene ofte om ekstra smertestillende medisiner, selv om de ikke gir uttrykk for smerter eller ubehag i kroppen. I slike tilfeller kan bruk av placebo dekke behovet for trygghet, men sykepleier må være hundre prosent sikker på at pasient ikke opplever smerter. Sykepleierne mener at en gunstig placeboeffekt handler om sykepleierens og annen helsepersonells empati og evne til å kommunisere med pasient.

Sykepleierne påpeker at kjennskap til hver enkelt pasient spiller en hovedrolle for å avdekke kroniske ikke-kreft relatert smerte hos sykehjemspasienter. De mener at sykepleierne lærer sykehjemspasienter på godt og vondt, og informantene har mer nære relasjoner til sykehjemspasien-

tene enn til pasientene i for eksempel sykehus. Sykepleierens personlig erfaring ved å bruke placebo mot smerter baseres på kjennskap og kunnskap til den enkelte pasient, hans personlighet, sykdom og livet som han eller hun hadde før. Pasienter med kjent rusproblematikk kan være en avgjørende faktor ved placebobruk i sykehjem. Informanten NN3 beskriver dette slik: «Men i tilfeller hvor folk rett og slett har et rusproblem, eller som har et problem der de bare må ha en tablett, så synes jeg absolutt at placebo kan brukes, og det har vi god erfaring med.»

4.1.3 Tverrfaglig- og flerfaglig samarbeid

Kommunikasjon, faglige samtaler om hva sykepleiere konkret gjør, er viktig for å gjenskape virkelighetssans og for å utvikle fellesskap. Sykepleiere rådfører seg ofte med hverandre når det gjelder smerteproblematikk hos sykehjemspasienter. Men selv om tilbakemelding fra kolleger er en av de viktigste påvirkningsfaktorer, vil ofte sykepleierens subjektive observasjoner basert på egne private og personlige livserfaringer avgjøre tiltak i forhold smertetilstander hos sykehjemspasienter. Dette forklarer at to sykepleiere kan vurdere smertetilstander hos pasienter på forskjellige måter.

For å forbedre vurdering av smertebehandling og smertekartlegging i sykehjem foreslår sykepleierne at observasjoner av smertetilstander, og effekt av smertestillende medisin i daglige rapporter, burde dokumenteres bedre. Dårlig muntlig og skriftlig rapportering hindrer kommunikasjon mellom de som går fra vakt og de som kommer på vakt, og dette senker felles forståelse av fenomenet smerte hos eldre.

Alle seks sykepleiere synes at de har et godt samarbeid med tilsynslege for å avdekke smerter hos sykehjemspasienter. Tilsynslegen kommer to ganger i uken på avdelingen, og legen tar på alvor sykepleierens observasjoner om smertetilstander hos de eldre for å vurdere smertebehandling. Informantene mener at legen er lett tilgjengelig. Ved alvorlige sykdomstilfeller hos sykehjemspasientene kan sykepleierne ta kontakt med tilsynslegen utenfor legens arbeidstid for å diskutere pasientens tilstand og eventuell behandling.

Sykepleiere setter stor pris på de viktigste og største samarbeidspartnere: hjelpepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Informantene mener at de gjør en god jobb, og er veldig flinke til å oppdage forandringer i allmenntilstand hos de enkelte sykehjemspasienter. Informantene får tilbakemeldinger fra dem dersom «en pasient reagerer på en annen måte, eller sier det verbalt at «jeg har vond»» (NN5). Sykepleierne påstår at hjelpepleiere, helsefagarbeidere og assistentene som jobber fast i avdeling kjenner pasientene godt og har evne å merke forandring av allmenntilstanden. Men ofte opplever sykepleiere at de sliter med å kommunisere med helsefagarbeidere, hjelpepleiere og assistentene på grunn av manglende kunnskap i fagterminologi. Kunnskap i fagterminologi fører til at budskap som formidles er presis. Manglende eller fraværende kunnskap i

fagterminologien kan føre til svikt for å fange opp smerteopplevelser hos sykehjemspasienter. «... og måten det blir sagt på, for eksempel at jeg får en beskjed om at «hvis hun ikke får smertestillende, så dauter hu», «hva betyr det, hva mente du med det?» da kan det kanskje være at noen har sittet oppe litt for lenge og har vondt. Det kan høres ut som noe helt annet enn det som det er.» (NN1).

Sykepleiere synes at de savner en god kontakt med fysioterapeuter og ergoterapeuter i sin praksis. De synes også at dette samarbeidet gir større sjanser for å avdekke smerter hos eldre i sykehjem på grunn av at fysioterapeuter og ergoterapeuter har andre syn eller vinkel på smerteproblematikk hos eldre, og kan oppleve smerter hos pasientene på en annen måte fordi de har andre oppgaver.

Informanten NN4 mener at sykehjem er nedprioritert av fysio- og ergoterapitjenestene, og NN4 håper det skal forandres i fremtiden. NN4 mener at det er viktig at ergoterapeuttjeneste og fysioterapeuttjeneste må tilknyttes til sykehjem. Informanten NN5 understreker at mange pasienter som bor i sykehjem er funksjonsfriske og derfor må få tilbud fra fysioterapi- og ergoterapitjenester. Informantene synes at en god kommunikasjon og samarbeid med andre yrkesgrupper som fysioterapeuter og ergoterapeuter fører til at sykehjemspasienter kan få mer tilfredsstillende smertebehandling. Men i hverdagspraksis opplever informantene ikke at kommunikasjonen og samarbeidet foregår på en tilstrekkelig måte. Mangel på tilbakemeldinger og forskjellig målorientering er de viktigste årsaker til at smertetilstander hos sykehjemspasienter ikke oppdages og lindres.

4.1.4 Sykepleierens erfaring og opplevelser av samarbeid med pårørende

Når det gjelder samarbeid med pårørende har informantene ulik erfaring. Mange pårørende setter stor pris på å bli hørt av personalet og er takknemlige for det. Sykepleiere omtaler pårørende som en nyttig ressurs. Deres informasjon og opplysninger om en sykehjemspasient baseres på bakgrunnshistorie om pasientens liv, personlighet og sykdomsutvikling, men ofte er informasjonen ikke relevant eller troverdig. Informantene påpeker at pårørende kan være lite objektive i vurdering av smerter hos eldre i sykehjemmet. Veldig ofte overdriver eller underdriver de smerteproblematikk hos dem. Derfor er sykepleierens observasjoner og egen forståelse i pasientens smerteopplevelse viktigste faktor for å avdekke smerter hos sykehjemspasienter.

Sykepleierne opplever at de har god dialog med pårørende og de mener at pårørende er en stor resurs som bør brukes mer for å avdekke kroniske smerter hos sykehjemspasienter. Informantene setter stor pris på informasjon fra pårørende og ønsker å ha et tettere samarbeid og prøver å oppnå en god dialog med pårørende.

4.2 Tema 2 Sykepleierens oppfatning av smerte

Sykepleiere snakker om deres utfordringer med å oppdage kroniske ikke-kreft relatert smerter hos sykehjemspasienter, om hvilken rolle kjennskap til enkeltpasienter spiller, kunnskap og erfaring for å fange opp smertene, om hvordan smertekartlegging foregår på sykehjem og om faglig oppdatering.

4.2.1 Sykepleierens utfordringer

De største utfordringer med å oppdage smerte hos sykehjemspasienter, ifølge informantene, er manglende eller fraværende klinisk erfaring og kunnskap fra å jobbe med eldre. For å oppdage kroniske smerter hos sykehjemspasienter må sykepleier ha grunnleggende og tilpasset kunnskap om fenomenet smerte hos eldre. Manglende eller fraværende kunnskap hos personalet om smerter kan føre til at pasienten oppfattes som dement eller med kognitiv svikt, for eksempel. Sykepleierne mener at klinisk erfaring fra å jobbe med smerter gir kunnskap om smertetilstander hos eldre.

Hovedbudskapet som kommer ut fra intervjuene er at en sykepleier som ikke har mye klinisk erfaring fra å jobbe med smerter, ikke vil oppfatte smertene hos eldre på samme måte sammenlignet med de som har klinisk erfaring.

Sykepleiere bruker teoretisk kunnskap, personlig og klinisk erfaring aktivt i sin praksis for å fortolke kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter. Evnen til å tolke og vurdere situasjoner og handlinger utvikles gjennom praksis eller utøvelsen selv, og den teoretiske bakgrunn som informantene har fra før. Selv om nye situasjoner som sykepleiere kommer opp i ikke er helt like, eller identiske med tidligere tilfeller, men har ofte likhetstrekk. Disse likhetstrekkene bruker sykepleiere når de skal tolke og handle i nye situasjoner ved at de observerer og leter etter slike likhetstrekk.

Manglende tid og ressurser for å gå inn pasientens smertesituasjon er faktorer som påvirker vurdering om smertetilstander. En annen faktor er at sykepleiere får feil bilde av smertetilstander hos eldre på grunn av fordommer og feiloppfatninger. Det er ofte at de gamle som bor på sykehjemmet ikke formidler sine smerter, ofte tenker man at smerter tilhører alder.

Sykepleieres utfordringer med å oppdage kroniske smerter er evnen til å lese kroppsspråk og adferdsmønster hos kommunikative og ikke kommunikative pasienter. Sykepleiere «leser» pasientens kroppsspråk og merker godt at smertelindret pasient «har en sånn ro over seg» (NN6), pasientens ansiktsmuskulaturer er avslappet og pasienten «knuger ikke hendene sine» (NN6). Sykepleiere mener at klinisk erfaring fra å jobbe i eldreomsorg øker kunnskapen og forståelsen om pasientens kroppsspråk.

En av de største utfordringer er språket som brukes i kommunikasjon med eldre pasienter. Informantene påpeker at dette språket må være enkelt, uten fagterminologi slik at pasienten oppfatter og forstår budskap som formidles. Sykepleiere og sykehjemspasienter må «snakke samme språk» (NN4) for å forstå hverandre. Denne forståelsen kommer med klinisk erfaring fra å jobbe i eldreomsorgen.

4.2.2 Sykepleierens beskrivelser av smertekartlegging hos sykehjemspasienter

Det finnes ikke retningslinjer for smertekartlegging hos sykehjemspasienter. Derfor foregår smertekartlegging mer individuelt hvor sykepleiere bruker klinisk erfaring, teoretisk kunnskap og kompetanse i sine observasjoner. Sykepleierne påpeker at klinisk erfaring fra å jobbe med smerter, og økt kunnskap i kartlegging av smerter, hos sykehjemspasienter fremmer felles forståelse av fenomenet smerte hos eldre. De mener at i de siste årene har det blitt mer fokus på smerter hos eldre generelt. Smerteproblematikk hos sykehjemspasienter er ofte i fokus, og det er det første som kommer i tankene hos sykepleierne dersom pasienten uttrykke seg ikke-adekvat på en eller annet måte. Da prøves smertebehandling i samråd med tilsynslegen på fast skjema og effekten av smertelindring evalueres etter noen dager eller uker. Sykepleieren rapporterer om positiv eller negativ effekt av smertestillende medikament til tilsynslegen, da diskuterer man om det smertestillende medikament byttes, seponeres eller styrkes og dagsdosen evalueres.

Videre forteller informantene om hvordan kartlegging av smerter på deres avdelinger foregår dersom sykehjemspasienten selv ber om smertestillende medisin, eller uttrykker seg for smerter eller ubehag i kroppen. Sykepleiere mener at slik tilfeldig smertekartlegging ikke er detaljert og foregår ikke på en systematisk måte. Årsaken til smerten og smertelokasjon kartlegges, men ikke smertemønster, smerteintensitet, smertekvalitet og smertens påvirkning på dagliglivet. De mener at det er nødvendig å ha standard prosedyre for smerteutredning i sykehjem. Informanten NN6 beskriver dette slik: «Vi har ikke noe ordentlige systemer på avdelingen. Det er mere den enkelte observasjon av den enkelte pasient, så vi har ikke noe ordentlig verktøy til det. »

Fem av seks sykepleiere har ikke, eller har veldig lite erfaring med smertekartleggingsverktøy. De mener at smertekartleggings skjemaer kan være nyttig å bruke i sin hverdag for å avdekke smertetilstander hos sykehjemspasienter. Fordi sykepleierne skal ha et bedre grunnlag for å tilby pasienten optimal pleie og unngå at pasienten er underbehandlet. En sykepleier med noe erfaring med smertekartleggingsverktøy bruker det av og til på eget initiativ.

En sykepleier med lang erfaring fra sykehuspraksis og bruk av smertekartleggingsverktøy er i stor tvil om bruke av dette i sykehjem. Den informanten påstår at alle som deltar i smertekartlegging må få en god opplæring i å bruke smertekartleggingsverktøy, og alle som deltar i smerte-

vurdering hos sykehjemspasienter må ha samme kunnskap og forståelsen av fenomenet smerte hos eldre bygget på kliniske erfaring. Uten nødvendig opplæring og felles forståelsen blir resultatene tilfeldige og dette kan føre til feilrapportering.

4.2.3 Faglig oppdatering

Informantene har ulik erfaring med faglig oppdatering. To av de seks sykepleierne er tilknyttet palliativt team på sykehus, en tar videreutdanning. De får faglig oppdatering mer eller mindre systematisk. To av de seks sykepleierne sier at de er passive og tar ikke eget initiativ for å bli oppdatert på feltet når det gjelder smerteopplevelser hos eldre.

Informantene mener at kurs, hospitering, nettsider på arbeidssstedet og undervisning er nødvendige tiltak hvor sykepleiere får vitenskapelig kunnskap om kroniske smerter, og dette kan føre til økende forståelse for smerteopplevelse hos eldre og forbedring av smertekartleggingen i sykehjem. Informantene påpeker at det kan være en fordel dersom faglig oppdatering på feltet kan foregå regelmessig på deres arbeidsplass og de forventer at kurs fører til økt motivasjon til å jobbe i eldreomsorgen og samtidig øke kvaliteten i smertekartlegging og smertebehandling hos sykehjemspasienter. Alle sykepleiere har positiv holdning til faglig oppdatering om smerter hos sykehjemspasienter gjennom kurs, foredrag og fagdag. Sykepleierne setter stor pris på fagutviklingssykepleier som forventes å ha kunnskap om kroniske smerter og hun/han kan informere og veilede gjennom kurs eller foredrag på arbeidsssted.

Sykepleierne mener at tilsynslegen er en sentral og viktig personen og har kunnskap om smertetilstander. Informanten NN3 sier at hun får faglig oppdatering og lærer mye på legevisitt: «... man lærer utrolig mye av å gå legevisitt, der lærer man veldig mye av. Vi får jo til stadighet nye sykdommer som du kanskje ikke har vært borte i før eller på noen år. Går og leser litt om den sykdommen.»

4.3 Oppsummering av funnene

- Ubehandlet smerter hos sykehjemspasienter er et aktuelt problem som oppstår i sykehjem som fører til at pasienter lider unødvendig og pasientens livskvalitet senkes;
- Sykepleiere opplever etiske dilemmaer ved placebobruk i sykehjem og hvert tilfelle av placebobruk mot smerter håndteres ut fra legeordinasjon med hensyn til kjennskap til den enkelte pasient, pasientens personlighet, sykdom og livet som han eller hun hadde før;
- Manglende eller fraværende klinisk erfaring fra å jobbe i eldreomsorg og manglende tilpassende kunnskap om smerte hos eldre er de største utfordringer for å oppdage smerter hos sykehjemspasienter;
- Sykepleierens personlige egenskaper og personlig erfaringer påvirker deres vurderinger og avgjør tiltak i forhold smertetilstander hos sykehjemspasienter;

- Manglende tid og ressurs for å gå inn pasientens smertesituasjon, fordommer og feiloppfatning av smerte hos eldre er faktorer som påvirker vurdering om smertetilstander.
- Brukermedvirkning på individnivå er svak i sykehjem og pasientens personlig kunnskap om egen helse og smerteopplevelser brukes ikke eller brukes lite i sykehjem;
- Regelmessig faglig oppdatering på feltet er nødvendig tiltak for å øke sykepleierens kompetanse i smerteopplevelse hos eldre og fører til forbedring av smertekartlegging i sykehjem;
- Smertekartlegging og dokumentasjon av bruk av faste smertestillende medisiner i sykehjem foregår mer eller mindre systematisk. Smertekartlegging og dokumentasjon av bruk av smertestillende medisiner ved behov foregår tilfeldig og ikke systematisk;
- Smertekartleggingsverktøy brukes ikke eller brukes veldig lite i sykehjem. Standardisert prosedyre i smerteutredning i sykehjem er nødvendig for å avdekke pasientens smertetilstander;
- Tverrfaglig- og flerfaglig samarbeidet og samhandling med felles mål fører til at smerter hos eldre oppdages og avdekkes mer effektivt;
- Svikt i skriftlig og muntlig kommunikasjon i tverrfaglig- og flerfaglig samarbeid, og i kommunikasjon med eldre, fører til at kroniske smerter hos sykehjemspasienter ikke avdekkes tilstrekkelig;

Kapittel 5 **Reliabilitet, validitet og generalisering**

I dette kapittel vil jeg drøfte samling, analyse og resultater av data i forhold til reliabilitet, validitet og generalisering.

5.1 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet har med forskningsresultatene konsistens og troverdighet å gjøre (Kvale og Brinkmann 2009, s 246). Validitet handler om å måle et fenomen som er hensikten med studien. I kvalitative studier er en mulighet å spørre i hvilken grad datainnsamling og analyse samsvarer med det som man ønsker å undersøke. For svare på problemstillingen «Hvordan / på hvilke måte oppdager sykepleiere kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter?» valgte jeg kvalitativ forskningsmetode med semistrukturert intervju som redskap. Dette prosjektet handler om sykepleierens opplevelser, meninger og erfaringer og foreslår å forstå, tolke og ekstrapolere dem til lignende situasjoner. Derfor er det viktig å gjennomføre forskningsprosessen nøyaktig. For å styrke reliabilitet og validitet i dette prosjektet presenter jeg tidligere forskning og teorireferanse som ble beskrevet i kapittel 2. Dette bringer flere forskjellige vinkler på problemstillingen og dette gir relevant bakgrunn for å belyse forskningsspørsmål.

Jeg jobber selv i sykehjem og kjenner fenomenet kroniske smerter hos sykehjemspasienter godt. De var seks sykepleiere fra to kommuner som meldte seg i dette prosjektet. Jeg forsøkte å påvirke informantene i minst mulig grad og deres meninger under intervjuene. For å bekrefte at jeg forstår informasjon på en riktig måte stiller jeg ledende spørsmål, for eksempel: «mener du det...», «har jeg oppfattet rett når jeg oppsummerer at...». Validering som søkes i dialog mellom intervjupersonen og meg kalles kommunikativ validering (Kvale og Brinkmann 2009, s 265). Det er vanskelig å etterprøve resultater fordi erfaringer og meninger om fenomenet kroniske smerte hos sykehjemspasienter kan forandre seg med tid og omgivelser. Målet med dette prosjektet er ikke å få resultater som kan gjentas. Nøkkelen er å oppnå en så «sann» forståelse som mulig av sykepleierens erfaringer og meninger om fenomenet kroniske smerter hos eldre.

Validitet i dette prosjektet er knyttet til analyse og tolkning av kvalitativ data. Validitet som avhenger av observasjoner og fortolkninger, hvor man forplikter seg til å handle på grunnlag av fortolkningene, hvor handling sier mer enn ord kalles pragmatisk validering (Kvale og Brinkmann 2009, s 262). Tolkning av data er subjektiv og det er anerkjent innenfor kvalitative metode. Min subjektive mening og forståelse av fenomenet smerte hos sykehjemspasienter kan påvirke tolkninger av resultater. For å unngå denne påvirkning og forsørge en balansert tolkning av data hadde jeg en god dialog med min veileder i den prosessen. Samtidig bekrefter jeg mine tolkninger i forhold innsamlede data gjennom siteringer, hvor jeg har bruk hermeneutiske sirkel som redskap. Jeg kunne ha sendt transkriberte intervjuer til informantene for å sjekke at jeg hadde

forstått dem riktig, men gjorde ikke det. Fordi intervjuenes reliabilitet og validitet i transkriberingsprosessen, og i skriftlig tekst, ble kontrollert av meg og legesekretæren sammen når lydbåndet ble avspilt. Jeg følte at jeg hadde ikke behov for bekreftelse fra sykepleierne om at jeg hadde forstått dem riktig.

I metodekapittelet bruker jeg Malterud (2003) og Kvale og Brinkmann (2009) som hovedreferanserammer for å presentere hvordan datasamlingen foregikk og analyse av resultater. Forskeren er primært interessert i resultatene å reflektere en sannferdig versjon av virkeligheten.

5.2 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet er ikke målet med dette prosjektet. Dette er en deskriptiv studie. Men de sentrale trekkene ved sykepleierens erfaringer, opplevelser og meninger om kroniske smerter hos sykehjemspasienter, for eksempel i «Placebo bruk» eller «Faglig oppdatering», kan ha betydning for sykepleiere og andre profesjoner. Jeg vil tro at mange sykepleiere som jobber i somatiske sykehjem kan gjenkjenne holdninger og handlinger, og finne tilsvarende situasjoner som beskrives i dette prosjektet. Jeg håper at de kan finne nyttig informasjon som bidrar til å oppdage kroniske ikke-kreftrelaterte smerter hos sykehjemspasienter.

I dagliglivet generaliserer man mer eller mindre spontant ut fra egen erfaring. I positivistiske versjoner av samfunnsforskningen er målsetningen å finne lover om menneskelig atferd som kan generaliseres og gjøres universelle (Kvale og Brinkmann 2009, s 266). Generalisering er en forutsetning for kunnskap som skal deles med andre. I dette prosjektet er generaliserbarhet basert på personlige meninger, erfaringer, oppfatninger eller på en naturalistisk generalisering. Den hviler på stillende kunnskap om hvordan ting er, og gir forventninger heller enn formelle forutsetninger. Generaliserbarhet kan også uttrykkes i ord, og dermed gå fra å være stillende kunnskap til å bli eksplisitt og konkret kunnskap (ibid).

Kapittel 6 **Diskusjon**

Siden problemstillingen med dette prosjektet er «Hvordan / på hvilke måte oppdager sykepleiere kroniske ikke-kreftrelaterte smerter hos sykehjemspasienter?» vil jeg diskutere de viktigste resultatene. De resultatene er samlet i to hovedtemaer: 1) sykepleierens kunnskap, kompetanse og faglig oppdatering og 2) sykepleie ved kroniske ikke-kreftrelaterte smerter hos sykehjemspasienter. I tredje del av kapitlet peker jeg på implikasjoner for praksis og videre forskning.

6.1 Tema 1: Sykepleieres kunnskap, kompetanse og faglig oppdatering

I den første del av kapitlet skal jeg diskutere hvordan sykepleierens kunnskap om kroniske smerter hos sykehjemspasienter utvikles, om sykepleierens behov for øke kompetanse og behov for faglig oppdatering.

6.1.1 Sykepleierens kunnskap

Funn fra foreliggende studie viser at kunnskap om smerter hos eldre utvikles på bakgrunn av evnen til å observere og bygger på teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing i eldreomsorgen. Dette oppøves i møte med pasientene og danner grunnlag for sykepleiehandlinger. Funn fra foreliggende studie viser også at de største utfordringene i sykehjem er at mange av pleierne mangler erfaringer i å oppdage smertetilstander hos eldre. Sykepleierens klinisk erfaring skapes av mange situasjoner hvor sykepleiere er sammen med sykehjemspasientene. I slike situasjoner bringer sykepleier inn sin arbeidserfaring og tar i bruk perspektiver fra sykepleiefaglig teori. Sykepleiere er bevisst at de ikke jobber med sykdommer og symptomer. De jobber med mennesker, med gamle pasienter i en institusjon. Livet i et sykehjem inneholder stell, måltider og enkelte aktiviteter, eller handlinger som gir mening og identitet for sykehjemspasienter. Hver pasient er unik og hver pasients situasjon i det daglige livet er unik. Derfor er hver situasjon hvor sykepleiere befinner seg sammen med en pasient unik, og hver situasjon hvor pasienten formidler sine smerter er unik. Det finnes ikke faste regler og lover om hvordan sykepleier skal forholde seg. Sykepleiere bruker sine sanser og logikk i slike situasjoner, i tillegg teoretisk kunnskap og klinisk erfaring.

De rike beskrivelsene av pasient-sykepleie situasjoner kan indikere bruk av ulike kunnskapsformer i sykepleie når pasienten gir uttrykk for smerter og ubehag i kroppen, for eksempel i stell eller i daglige aktiviteter. Av og til ber sykehjemspasienter om smertestillende medisiner, og får aktuell medisin. Sykepleiere rapporter om god effekt etter kort tid. Hvordan kan man vite at den konkrete pasienten opplever smerter i den konkrete situasjonen? Hvilken kunnskap bruker sykepleier i en slik situasjon?

I intervjuene hadde sykepleiere vansker med å beskrive den kunnskapen, og sette ord på hva denne kunnskap består av. De bare vet at i den konkrete situasjonen opplever den aktuelle pasienten smerter eller ikke smerter. I slike situasjoner er det nærliggende å anta at sykepleiere an-

vender sin personliggjorte kunnskap som utvikles med teoretisk kunnskap og klinisk erfaring ved å jobbe i eldreomsorgen. Else Lykkeslet har definert den personliggjort kunnskapen i hennes sykepleieteori om sykepleierens praksis (2003, s169-176). Den bevegelige handlingskunnskapen som hun presenterer i sitt prosjekt, er en handlingskunnskap som skapes i situasjoner der sykepleiere samhandler med pasienter. Kunnskap skapes og får sin form i samspillet mellom sykepleier og pasient. Dette er en kunnskap som lever i praktiske situasjoner og fungerer der. Slike praktiske situasjoner vil ha sin egen logikk ut fra sitt landskap. Å finne de ulike situasjoners logikk vil si å finne frem til hvilken type situasjon dette kan sies å være, og å vite hva som har gyldighet i situasjonen. En sykepleier - pasient situasjon kan være kompleks og inneholde mange elementer. Å finne frem til en situasjonslogikk vil inneholde hva som er viktige, gjeldende aspekt i situasjonen og hva som ikke gjelder (ibid). For å kunne sykepleie, ref. Lykkeslet (2003, s169-176), må sykepleier ha evne til å kjenne, se, sense og leve med i pasientens liv, en tilstedeværelse der man er og gjør samtidig.

Funn fra foreliggende studie viser at sykepleiere setter stor pris på teoretisk kunnskap og erfaringsbasert kunnskap. Ingen av informantene forteller at de spør pasientene om deres erfaring og kunnskaper om kroniske smerter og sykdom, og ingen av informantene snakker om brukermedvirkning på individnivå. Sykepleierne hevder at de henter informasjon om pasientens liv, sykdom og smerteerfaring fra pårørende. Men hvorfor ikke fra pasientene selv? Kan det skyldes at ca. 80 % av sykehjemspasienter er kognitiv svekket (Nygaard m.fl. 2000), og deres meninger og erfaringer ikke tas på alvor? Eller at pasientens erfaringer kan være vanskelig å fortolke? Dette område krever mer forskning.

Sykepleierens kunnskapsbaserte praksis (NSF 2008) omfatter forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukermedvirkning og brukerkunnskap. Ifølge Andreassen (2005, s 21 - 22) er brukermedvirkning et begrep som benyttes om mange ulike metoder og organisasjonsformer som skal bidra til at helsetjenesten og hjelpeapparatet lytter til brukernes erfaringer, og lar brukernes perspektiver prege utformingen av hjelpen. Brukermedvirkning er både en verdi og en strategi for helsetjenesten på en slik måte at helsetjenestens verdigrunnlag må ta utgangspunkt i pasientens kompetanse om å gjøre egne valg. Videre må det øves innflytelse på beslutninger om utforming og utbygging av helsetjenestene og sees på som borgernes demokratiske rett (ibid).

Crawford m.fl. (2002) fant ut at det finnes svært lite dokumentert effekt av brukermedvirkning i utforming av helsetjenester. Crawford m.fl. (2002), som hovedsakelig tok for seg case-studier, beskrev at brukermedvirkning kunne føre til endringer i helsetjenestene i form av bedret tilgjengelighet, bedret informasjon og holdningsendringer i hjelpeapparatet i forhold til å involvere brukere i planlegging og utvikling av helsetjenester. Undersøkelsen av Crawford m.fl. (2002) peker mot at brukermedvirkning har bidratt til forandringer i tilbudet av helsetjenester, men at

effekten på kvaliteten av dette ikke lar seg vitenskapelig bevise. Studiet evaluerer ikke brukermedvirkning i beslutningsprosesser. Det ble heller ikke identifisert noen komparative studier hvor brukerne var involvert i utviklingen av klinisk praktiske retningslinjer.

Jensen og Ulleberg (2011, s 19-51) anbefaler at for å oppnå reell brukermedvirkning på individnivå i et sykehjem må sykepleier lytte til pasient, prioritere pasientens erfaringer forrang, be om tilbakemelding på forholdet, unngå kritiske og nedsettende kommentarer og spør aktiv om hva som har vært mest nyttig i pasientens situasjon.

Funn fra foreliggende studie viser at pasientens kunnskaper om eget liv og helse, og egen forståelse og opplevelse av smerter og sykdom, tilsynelatende er lite vektlagt i sykehjem og brukes lite for å kartlegge pasientens smertetilstand. Sykepleierne henter informasjon om pasientens liv, sykdom og smerteerfaring fra pårørende. Informantene påpeker at pårørende kan være lite objektive i vurdering av smerter hos eldre i sykehjemmet. Veldig ofte overdriver eller underdriver de smerteproblematikk hos dem. Dette støttes hos Bjøro og Torvik (2008, s 182-199) som hevder at familiemedlemmer kan ta feil av smerteintensiteten og referer til tidligere forskning på feltet som undersøkte pårørendes vurdering av smerte hos sykehjemspasienter. Forskning viser at pårørende som hadde tett oppfølging av en slektning, skåret høyere på smerteintensitet hos pasienten enn pårørende som besøkte pasienten mindre ofte. Pårørendes vurdering av smerte var mer nøyaktig jo bedre kognitiv funksjon pasienten har, og jo kortere oppholdet på sykehjemmet hadde vært (ibid).

På bakgrunn av disse opplysninger kan vi stille spørsmål om hvorfor sykepleiere ikke spør pasientene selv om deres smerteopplevelser og erfaring å leve med smerter? Kan det skyldes at ca. 80 % av sykehjemspasienter er kognitiv svekket (Nygaard m.fl. 2000), og deres meninger og erfaringer ikke tas på alvor? Eller at pasientens erfaringer kan være vanskelig å fortolke? Dette område krever mer forskning.

En av de problemstillinger som står sentralt i sykepleierens hverdag kan således være: hvordan kan samspill mellom helsepersonells teoretiske og praktiske kunnskap, og pasientens kunnskap, foregå i en konkret situasjon i sykehjem?

Thomassen (2007, s 179-193) understreker at det er pasienten som er ekspert på eget liv - og deres «ekspertkunnskap» er en gyldig form for kunnskap. En utfordring i praksis er å ta pasientens resurser på alvor, og akseptere menneskets egne erfaringer og kunnskaper om eget liv på lik linje med den profesjonelle hjelperens kunnskaper. Heggdal (2008, s 156-196) hevder at pasientens kroppskunnskap og helsepersonellets fagkunnskap er grunnleggende forskjellig, fordi de to kunnskapstypene har forskjellig grunnlag (ontologi) og etableres på ulik måte (epistemologi). Dette byr på utfordringer i klinisk praksis med hensyn til hvilken kunnskap som får gyldighet når

beslutninger fattes. Brobygging mellom pasientens og helsepersonellens kunnskap er viktigste oppgave for helse- og sosialarbeidere, og den må baseres på bekreftelse av pasientens kroppskunnskap som likeverdig og gyldig kunnskap. Kombinasjonen av biomedisinsk og fenomenologisk forståelse av kropp, sykdom, helse og synteser (samordning) av pasientens og helsepersonellens kunnskap danner felles forståelse og løsninger (ibid).

6.1.2 Sykepleieres kompetanse og faglig oppdatering

Funn fra foreliggende studie viser at sykepleiere har behov for oppdatert vitenskapelig teoretisk kunnskap om smerter generelt og kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos gamle. De ønsker seg tilgang til faglig oppdatering, og de føler at de ikke har tilstrekkelig kompetanse rundt smertetilstander hos sykehjemspasienter. Sykepleierne mener at teoretisk kunnskap om smerter som de har som bakgrunn fra høyskolen er lite tilpasset eldre pasienter, og gir generell innblikk i pasientens smertesituasjon og smerteopplevelse. Dette er i samsvar med Torvik og Bjørø (2008, s 121) som hevder at helsepersonells kunnskaper om smerte, smertekartlegging og smertebehandling er av generell karakter og ikke tilpasset eldre mennesker. Sykepleierens observasjoner støttes hos Skauge m.fl. (1998) og Leegaard (2011). Skauge m.fl. (1998) fant ut at bare 18-32 prosent av sykepleierne vurderte sin kunnskap om smerte som svært bra eller ganske bra. Leegaard m.fl. (2011) fant ut at sykepleiere har for lite kunnskap om smerter, har mange misoppfatninger om smerte og smertestillende medisiner.

På bakgrunn av disse opplysningene kan vi stille spørsmål om det er faglig forsvarlig å utøve sykepleie med manglende oppdaterte vitenskapelig teoretisk kunnskap? Helsepersonellens virksomhet er regulert i helsepersonelloven, som stiller krav om faglig forsvarlighet i utøvelsen. Dette forutsetter at helsepersonellet til enhver tid har tilstrekkelig kompetanse som blir vedlikeholdt og videreutviklet i samsvar med pasientsammensetningen og den medisinske utviklingen, ifølge Ranhoff m.fl. (2007, s 200-210). I den daglige pleien av pasientene er det personalets kompetanse og relasjonen mellom pasient og pleier som er avgjørende for kvaliteten og pasientens opplevelse av pleien. Det er lederens ansvar å sikre at ansatte har det nødvendig kompetanse, gjennom kurs, veiledning og etter- og videreutdanning. Kontinuerlig evaluering av prosedyrer og resultater kan gi signal til ledelsen om områder hvor det særlige behov for å styrke kompetansen (ibid).

Norsk sykepleierforbund (2008) beskriver kjennetegn ved faglig forsvarlig sykepleie. Den har sitt fundament i aktuell og relevant kunnskap, lovverk og at den utøves på en omsorgsfull måte i samarbeid med pasienter og pårørende, og at den er relatert til pasientenes behov. Profesjonelt ansvar er forbundet til: faglig identitet, faglig utvikling, fastleggelse av kvalitet og standarder og utvikling, forskning og bruk av resultatene i praksis.

Funn fra foreliggende studie viser at det kreves en god kompetanse for å oppdage smertetilstander hos sykehjemspasienter, ved observasjon, kartlegging og smertelindring. Sykepleiere kan med sin personlige kompetanse bidra til at pasienter opplever smertelindringen så optimal som mulig.

Kompetansebegrep kan defineres ut fra mange kriterier. Kirkevold (1996, s 29) diskuterer om hvordan personlig kompetanse utvikles og hevder at personlig kompetanse krever at teoretisk, praktisk og etisk kunnskap, samt erfaringskunnskap, virker sammen og gjennom ulike prosesser for å løse oppgaver og utfordringer, og til å handle adekvat i konkrete situasjoner. I den grad en evner å møte situasjonens ulike krav, innehar man den nødvendige kompetanse for å handle i situasjonen (ibid). Kunnskapsdepartementet (2008) beskriver sykepleiernes kompetanseområder i Rammeplanen for sykepleierutdanning. Sykepleierkompetanse i pleie, omsorg- og behandlingssektoren, ifølge Rammeplanen, består av faglig forsvarlig sykepleie som krever kunnskap om hvordan sykdom innvirker på mennesket og sykdommens betydning for livskvalitet, velvære, håp og mestring. Kontinuitet i helsehjelp, omsorg og observasjon av pasienten er sentralt i sykepleieutøvelsen.

Funn fra foreliggende studie viser at sykepleiere lærer sine pasienter på «godt» og «vondt», og de har oppmerksomhet til hvert enkelt individ og pasientens behov. Hver enkelt pasient i sykehjem behandles og omgås individuelt, det brukes ikke standardiserte løsninger. Funn fra foreliggende studie viser at sykepleiere utøver faglig forsvarlig sykepleie i sykehjem på grunnlag av teoretiske kunnskap, klinisk erfaring og sansing og de står daglig overfor situasjoner som innebærer å ta faglige beslutninger. Dette er i samsvar med Almås m.fl. (2001, s 112) syn på sykepleie til pasienter som opplever kroniske smerter. Kim (2008, s 8) understreker at sykepleiere er ansvarlige for å finne vitenskapelige og teknologiske løsninger på de problemene pasientene presenterer. Måloppnåelse blir i den enkelte praksissituasjon vurdert ut fra forventede resultater av behandling, tiltak og anvendte strategier. Samtidig er det en kompleks prosess å skulle løse pasientens problem, og det kan innebære at sykepleieren må «forholde seg til» og «takle» snarere enn å «løse» eller «fjerne» problemet. Vitenskapelig sykepleieutøvelse betyr altså ikke nødvendigvis det samme som å bruke standardiserte løsninger. Det kan også bety problemløsning ved hjelp av generelle teorier og teknikker som er tilpasset det individuelle og unike hos den bestemte pasienten (ibid).

Foreliggende studie antyder hvilken faglig oppdatering sykepleierne foretrekker. Det er hospitering, kurs, undervisning / veiledning, fagdager og nettsider på arbeidsplassen. Sykepleiere er bevisst på at de er passive i forhold til å finne fram oppdatert vitenskapelig teoretisk kunnskap om smerter. De forventer at arbeidsgiver og ledelse skal ta initiativ for å organisere kurs, fagdager og kompetanseoppbygging osv. Sykepleierne påpeker at faglig oppdatering må foregå kontinuer-

lig. Det er i samsvar med Ranhoff m.fl. (2007, s 200-2010) som hevder at regelmessig undervisning og oppdatering av helsefaglig personalet er nødvendig, og understreker at ledelsen i sykehjemmet må legge forholdene til rette for at alle medarbeidere skal få faglig påfyll.

Sykepleierne har positiv holdning til faglig oppdatering og forventer at fagutviklingssykepleier skal veilede og/eller undervise om kroniske ikke-kreftrelatert smerte hos eldre gjennom kurs eller foredrag på arbeidsplassen. Fagutviklingssykepleier i sykehjem har en sentral rolle for å bringe kunnskap om smerter hos eldre. Det kommer stadig nye viten om hvordan tilstander skal utredes og behandles, og hvordan helse- og omsorgstjenester skal organiseres. I sykehjem må man følge med i denne utviklingen. Fagutvikling, ifølge Ranhoff m.fl. (2007, s 200-2010), handler om at man implementerer ny viten i sin egen praksis og det bør stilles krav til at ny viten som skal implementeres, er kunnskapsbasert.

McCaffery og Beebe (1994, s 12) hevder at vitenskapen om smerter er en ny vitenskapsgren og det tar år før ny vitenskap vinner aksept og før ny kunnskap blir innarbeidet i, og gjennomsyrrer grunnutdanningen. Mange som arbeider i helsevesenet i dag er svært lite undervist om smertelindring og mye av det som de har lært, er nå erstattet av nyere kunnskap (ibid). Torvik og Bjøro (2008, s 114) understreker at den mest bekymringsfulle grunnen til dårlig smertebehandling av eldre antakelig er at helsepersonell er for lite oppmerksom på smerter hos eldre, og de har manglende kompetanse når det gjelder å vurdere og behandle smerte hos eldre.

Hospitering er et nødvendig tiltak for faglig oppdatering, mener informantene. Fordi dette tiltaket fører til økt kompetanse, kunnskapen om smerter og danner faglig nettverk med det stedet man hospiterer noe som vil gi en gevinst i samarbeidet mellom de ulike instansene. Sykepleierne synes at de lærer mye ved å delta i legevisitt. Tilsynslegen er en viktig kunnskapskilde om smerter hos eldre, og sykepleierne samarbeider aktivt med tilsynslegen for å oppdage kroniske smerter hos sykehjemspasienter.

Ingen av informantene nevnte kollokvier som en form for faglig oppdatering. Den formen kan være nyttig fordi den er tidseffektiv, og de aktuelle temaer kan diskuteres og belyses fra forskjellige vinkler og problemstillinger. I kollokvier har man muligheter å dele teoretisk kunnskap og sine personlige erfaringer fra å jobbe med smerter hos eldre, og kan fokuseres på smertekartlegging i sykehjem og/eller fokus kan rettes på kommunikasjon mellom pasienter som opplever smerter og en sykepleier. Den formen for faglig oppdatering kan være nyttig ved nyutdanning av sykepleiere, for eksempel som ikke har klinisk erfaring fra å jobbe med smerter, eller for de som ikke har erfaring fra å jobbe i eldreomsorg.

6.2 Tema: Sykepleie ved kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter

I denne delen skal jeg diskutere hvordan sykepleierne oppdager pasientens uttrykk for smerter, om noen faktorer som kan hemme smertevurdering og om utfordringer i smertekartlegging i sykehjem.

6.2.1 Pasientens uttrykk for smerter

Pasienters uttrykk for smerte eller ubehag i kroppen har vært et sentralt tema i intervjuene med sykepleierne. De påstår at uttrykk for smerte eller ubehag i kroppen varierer fra pasient til pasient, og sykepleierne peker på fellestrekk som er typiske for alle: søvnproblematikk og sosial isolasjon. Det er i samsvar med Almås m.fl. (2001, s 108) som understreker at selv om det er mange ulike årsaker til kroniske smerter, har flere fellestrekk som søvnproblematikk, sosial isolasjon og at pasienten prøver automatisk å «fjerne» seg fra det smertefulle området. Dermed kan pasienten få uhensiktsmessige bevegelsesmønstre, og det kan oppstå reflektoriske mekanismer som gir smerter og spenninger rundt om i musklene. En del pasienter med kroniske smerter har et høyt spenningsnivå i muskulaturen på grunn av smertene, og det kan gi plager andre steder i kroppen. En del pasienter opplever sosial isolasjon, fordi andre mennesker blir lei av det de oppfatter som syting. For pasienter med kroniske smerter blir det en vanskelig balansering mellom å kunne si fra om de har vondt, eller bli oppfattet som sytende. Søvnproblemer er vanlig hos pasienter med kroniske smerter. Vansker med å sovne på grunn av smerter, eller søvn som blir avbrutt på grunn av smerter, blir ofte et stort problem. Pasienten føler seg hele tiden i underskudd på søvn, og er aldri utvilt. Dette er med på å forverre smerteopplevelsen. I tillegg oppleves det utmattende og hele tiden kjenne smerter (Almås m.fl. 2001, s 108).

I tillegg kan atferdsproblemer hos demenspasienter og pasienter med kognitiv svikt av og til skyldes smerte, påstår informantene. Disse pasientene greier gjerne ikke å forklare til pleiepersonalet at de har vondt, aggresjon og agitasjon blir deres måte å uttrykke smerten på. Pasientens uttrykk som psykomotorisk uro, vandring, roping, ofte ringing med klokke uten grunn, passivitet i dagliglivet og hissighet er vanlige signal på smerter. Slike adferdsmønstre kan være typisk for pasienter med kognitiv svikt eller dement syndrom, og mange av disse pasienter får antipsykotiske legemiddel for å dempe slik atferd. Funn fra foreliggende studie viser at sykepleiere ved nevnte adferdsmønstre først og fremst tenker på at vedkommende pasient kan være smertepåvirket og trenger smertestillende medisin. Dette støttes hos Husebø m.fl. (2011) som fant at i slike tilfeller kan enkle smertestillende medisiner være et bedre alternativ enn behandling med anti-psykotiske legemidler. I den studien som er et samarbeid mellom forskere i Norge og England, ble nesten en av fem sykehjemspasienter signifikant mindre urolige og hissige etter behandling med smertestillende. Knudsen og Larsen (2010) peker også på sammenheng mellom smerte og dysfunksjonell adferd.

Sykepleierne beskriver at sykehjemspasienter med ubehandlet smerter er inaktive, trenger mye mer hjelp til dagliglivets aktivitet (ADL). Sykepleierne påstår også at pasienter med ubehandlet smerte kan oppfattes som deprimert eller som demente. Dette støttes hos Nygaard (2006, s 277-287) som refererer til tidligere forskning på feltet som viser at smerter påvirker ADL funksjonen, spesielt hos eldre og kroniske smerter uavhengig av alder er en risikofaktor for å utvikle en depresjon. Ranhoff (2007, s 95-100) hevder at smerter og depresjon ofte henger sammen, og depresjon må alltid overveies hos pasienter med kroniske smerter. Ferrell (1995, s 609-624) understreker også at smerte vil påvirke den psykologiske dimensjonen ved at den kan føre til angst og depresjon som igjen kan føre til tap av kontroll. Smerte kan negativt påvirke pasientens evne til å mestre, samt reduserer kognitive evne og konsentrasjon (ibid). Sykepleiernes observasjoner i foreliggende studie er i samsvar med Torvik og Bjørø (2008, s 108), at kroniske smerter kan ha store konsekvenser for den enkelte eldre og dette kan ha sammenheng med depresjon, angst, sosial tilbaketrekking, passivitet og økt forbruk av helseressurser (ibid).

Sykepleierne forteller at det brukes sterke og svake smertestillende medisiner for å dempe smerteopplevelser hos elder slik at sykehjemspasienter kan mestre hverdagen. Mange sykehjemspasienter er overmedisinert, hevder informantene, og dette kan føre til interaksjoner og forventet effekt av smertestillende medisiner kan endres. Almås m.fl. (2001, s 112) understreker at det er viktig at sykepleieren har kunnskaper om at behandling ved kroniske smerter er annerledes enn ved akutte smerter. Ved kroniske smerter må sykepleieren være klar over at behandlingsbidragene ikke kan gjøre pasienten frisk, de bare demper smerteopplevelser. Derfor trenger sykepleieren kunnskap om smertefysiologi, om ulike medikamenters virkning og bivirkninger samt om viktigheten av å ta pasientens utsagn alvorlig. Fordi kronisk smerte som fenomen er en sammensatt lidelse, vil ulike aspekter av livet påvirke smerteopplevelsen, uansett hva som er årsaken til smerten (ibid). Mange pasienter med kroniske smerter i sykehjem bruker beroligende medikamenter i tillegg til smertestillende. Almås m.fl. (2001, s 110) mener at disse pasientene opplever økt livskvalitet og fungerer bedre med smertestillende og beroligende medikamenter enn uten. Ved bruk av svake opioider for eksempel, er det viktig at pasienten får en objektiv bedring av sin funksjon og det vil si at pasienten ved bruk av opioider er i stand til å gjøre noe pasienten tidligere ikke maktet på grunn av smerter. Sykepleierens oppgave i slike tilfeller er å følge nøye opp pasienten over tid og informerer pasienten om hvordan svake opioider og beroligende medisiner virker over tid / flere år.

Sykepleierne er opptatt av temaet livskvalitet hos sine pasienter og hva begrepet livskvalitet innebærer i sykehjem. Å være sosial og utføre dagliglivets aktivitet (ADL) uten uttrykk for smerter, eller ubehag i kroppen, er de viktigste kriterier i sykepleiernes beskrivelser av livskvalitet i sykehjem. Livskvalitet som begrep kan defineres ut fra forskjellige kriterier og på forskjellige

nivå, men det finnes enighet i litteraturen om at en forståelse av begrep livskvalitet favner en helhetlig situasjon som bør uttrykkes subjektivt, og som er basert på den enkeltes verdier, meninger, forventninger og mål (Klopstad Wahl og Rustøen 2008, s 342). Mange studier viser at smerter har betydelig negativ påvirkning på livskvalitet, selv om forskning om forholdet mellom smerte og livskvalitet må vurderes i lys av hvordan fenomenene smerte og livskvalitet operasjonalisert i hver enkelt studie (Klopstad Wahl og Rustøen 2008, s 349). Blant dem er Drageset m.fl. (2006) som undersøker forskjeller i helserelatert livskvalitet mellom eldre sykehjemspasienter uten kognitiv svikt og befolkningen ellers i Norge. Etter justering for alder, gruppe, kjønn, sivilstand og utdanning, scoret sykehjemspasienter betydelig høyere på kroppslige smerter ved fysisk aktivitet og scoret generelt lavere på helserelatert livskvalitet i sykehjem enn øvrig befolkning i Norge. Forskere understreker at helsepersonell og fagpersoner bør øke fokus på helserelatert livskvalitet blant sykehjemspasienter, periodevis vurdere helserelatert livskvalitet og vurdere tiltak som kan forbedre helserelaterte livskvalitet i sykehjem (ibid).

Sykepleierne merker at noen sykehjemspasienter ikke gir verbalt eller fysisk uttrykk for smerter. En av informantene sammenligner slikt adferdsmønster hos sykehjemspasienter med barn som opplever smerter. Hanne Reinerstsen (2008, s 83) hevder at barn som har hatt kroniske smerter ikke alltid vet hvordan det er å være smertefri. De tror det er slik skal være og glemmer hvordan det å være smertefri. Nygaard (2006a, s 280) understreker at mange gamle er vant å leve med sine smerter, og man lærer hva man må gjøre å kontrollere, og hva man ikke klare å kontrollere. Man tilpasser seg i aldersrelaterte endringer (ibid). Her kan det være hovedforskjeller mellom smerteopplevelser hos barn og eldre.

6.2.2 Å vurdere smerte: noen faktorer som kan hemme smertevurdering

Sykepleierens personlig egenskaper og erfaringer påvirker deres vurderinger av smerter hos eldre og tiltak i praksis. Dette kan føre til god smertelindring, men kan også medføre negative konsekvenser for smertevurdering av den enkelte pasienten. Nygaard m. fl. (2005 a) fant ut at sykepleiernes oppfatning av smerte var en betydelig faktor for bruk av smertestillende medikamenter.

I litteraturen er dette fenomenet kjent som faglig kolonialisering (Jensen og Ulleberg 2011, s 307-323), og brukes for å beskrive hvordan profesjonelle privat og personlige kultur, erfaring og moralske verdier på forskjellige måter influerer på profesjonell praksis. Funn i foreliggende studie viser og beskriver sykepleierens og pasientens situasjon som kan indikere både indirekte og direkte tegn for faglig kolonialisering, for eksempel når pasient med kjent rusproblematikk ber om smertestillende medisin og får placebo istedenfor ekte preparat. I slike tilfeller handler det om direkte faglig kolonialisering hvor sykepleier bruker sin makt til å introdusere og definere hva som er problemet, og hvordan det skal løses med bakgrunn i egne private og personlige erfaringer, og moralske verdier. På den måten blir rommet for en maktrelasjon etablert. Jensen og

Ulleberg (2011, s 320) hevder at det her er den profesjonelle benytter sin definisjonsmakt utenfor de faglige og teoretiske rammene for å lede pasienten i den retningen den profesjonelle mener er best for brukeren. McCaffery og Beebe (1994, s 19) understreker at fordi smertefølelsen er subjektiv, er det forståelig at helsepersonell uforvarende kan komme til å legge personlige holdninger og vurderinger til grunn når de skal avgjøre om pasienten snakker sant. Når pasienten til og med kan delta i ulovlig aktiviteter, eller som vi ser på som umoralske, forteller om sine smerter har vi som helsepersonell ikke rett til å straffe vedkommende eller holde tilbake egnet behandling. Som fagfolk har vi i det minste ansvar for å bistå med human pleie (ibid).

Indirekte faglig kolonialisering kan skje i de situasjoner når sykepleier vurderer behov for smertestillende medisin og preparat selv ut fra sin personlige erfaring med smerter. Den sykepleier er som regel ikke klar over hvordan hun/han henter sine egne gode eller dårlig erfaringer inn i sitt faglige arbeid. Dette kan vise seg i arbeidsmåter som sykepleier selv ikke er klar over og ikke kan gi noen faglig begrunnelse for. Jensen og Ullberg (2001, s 319) hevder at det framstår som en «naturlig» del av det profesjonelle arbeid og virkelighetsforståelse. Maktforholdet kan være skjult for både den profesjonelle og pasient. Pasienten vil sjelden eller aldri være i stand til å forstå slike sammenhenger og vil «med rette» tenke at det er faglig forsvarlig (ibid). Jeg tror at det er nesten umulig å stoppe direkte og indirekte kolonialisering, og derfor er en av de viktigste oppgaver for en sykepleier å være klar over hva direkte og indirekte kolonialisering innebærer, prøve å forhindre den prosessen, og ikke minst å være bevisst på sine handlinger og holdninger.

Aktivt placebo brukes for å dempe smerteopplevelser hos pasienter i sykehjem, særlig hos pasienter med kjent rusproblematikk. Når det observeres en god effekt av placebo, kalles dette positiv placebo respons (McCaffery og Beebe 1994, s 27-28). Man har ikke forstått mekanismene bak placebo-analgetika ennå, og mener kanskje at det er en fysiologisk basis som øker endorfinmengden (ibid). Grunnen til at man kan forutsette at en pasient reagerer positiv på placebo er at han eller hun har et sterkt ønske om smertelindring, og stoler på at noen eller noe skal hjelpe til å oppnå lindring. Men forskere Furlan m.fl. (2006) har i sin metaanalyse vist at opioider er mer effektive enn placebo for både smerte og funksjonelle utfall hos pasienter med kronisk ikke-kreftrelaterte smerter, og svake og sterke opioider utkonkurrerte placebo for smerte og funksjon i alle typer kroniske smerter. McCaffery og Beebe (1994, s 27-28) anbefaler følgende strategi for å foreskrive placebo: det må obligatorisk diskuteres med tilsynslege årsaken til at det gis et placebo, sykepleiere må bruke aktiv forskning til å understreke at det ikke er riktig å bruke et placebo til å diagnostisere smerte, og bruke andre tiltak for å kontrollere pasientens smerte bedre, for eksempel skjemaer eller et dagbokskjema for å planlegge endringer eller alternativer (ibid).

Ved aktiv placebobruk i sykehjem kan vi stille spørsmål om sykepleiere ikke har tillit og respekt til pasientens smerteopplevelser, og derfor administrerer placebo isteden for ekte medisin? Og

hvordan / på hvilken måte kan sykepleier skape den tillit og respekt til pasientens smerteopplevelser?

For å unngå disse utfordringer i møte med en pasient, ifølge Thomassen (2007, s 95-134), må krav oppfylles som ligger som felles forutsetninger for kommunikasjon. I en dialog hvor en søker samforståelse er det nødvendig at en klargjør standpunktene sine ved å angi gode grunner for hvorfor en mener som en gjør. Likeledes forutsettes det at en sykepleier er åpen for å lytte til og la seg overbevise av pasientens gode grunner for oppfatningene sine. Det er en «saklig» dialog, hvor saken det gjelder står i sentrum. Veien til gjensidig forståelse er å forstå de grunnene samtalepartneren har for å hevde noe som sant eller riktig. Veien til enighet er i fellesskap å ta stilling til disse begrunnelsene ved å veie argumentene mot hverandre. En slik drøfting krever en ærlighet, åpen og offentlig dialog hvor en kommuniserer uten noen form for manipulering, maktbruk eller skjulte agendaer. Den eneste «tvang» er tvingende argumenter (ibid). En god kommunikasjon mellom en pasient og en sykepleier er viktig og nødvendige tiltak fordi den fører til fellesforståelse av problem og enighet. Dette kan oppnås i en drøftende dialog eller «kommunikativ handling» (Thomassen 2007, s 95-134). Kommunikativ handling er en form for sosial praksis, hvor man i fellesskap kommuniserer rundt den situasjonen de står i, og søker og nå frem til fornuftige avgjørelser om hva som der kan være gyldig kunnskap. Det er bare i et kommunikasjonsfellesskap at man kan vurdere hva er sant eller riktig (ibid).

Som profesjonsutøver vil det være viktig å utvikle en anerkjennende relasjon til pasient, understreker Jensen og Ulleberg (2011, s 252-267). En anerkjennende relasjon er viktig uansett alder på dem vi jobber med, og uavhengig av hvilken lidelse eller problem de har. Anerkjennelse inneholder ingredienser som lytting, forståelse, aksept, toleranse, bekreftelse og åpenhet (ibid).

Eide (2008, s 355-357) hevder også at anerkjennelse som kommunikasjonsstrategi er vanligvis en viktig og virksom strategi. Å bli anerkjent og respektert som person er helt grunnleggende for å oppleve seg selv som hel person, og når ens egen selvopplevelse rokkes ved, som når man har smerte, er det å bli anerkjent av stor betydning (ibid). Pasienter som treffer sykepleier har sin egen oppfatning og kunnskap om helse, mestring og velvære som diskuteres i kapittel 6.1.1, og derfor har pasientens smerteopplevelser sine egne verdier og må treffes av sykepleiere med tillit og respekt. Det er i samsvar med Almås m.fl. (2001, s 107-112) som påpeker gjensidig tillit som en viktigste basis i smertebehandling og det er viktig at sykepleieren oppnår en god kommunikasjon med pasienten. Hos pasienter med kroniske smerter må sykepleieren ofte arbeide mot annen målsetting enn at pasienten skal bli smertefri, for eksempel lindring kan være en akseptabel målsetting. Sykepleieren har en viktig funksjon ved å bistå pasienten. I sykehjem er sykepleieren den nærmeste til å vurdere hvordan pasienten har det, og hvordan en behandling virker (ibid). Løgstrup (2008, s 17-39) understreker at å vise tillit betyr å utlevere seg. Han beskriver kommunika-

sjon mellom mennesker som en bevegelse mellom naturlig tillit, utleverthet og blottstillelse på den ene siden, og makt og moralsk ansvar på den andre. Kommunikasjon og samhandling, ifølge Løgstrup (2008, s 17-39) innebærer alltid at man utleverer seg til den andre, og at denne kommunikative «ursituasjonen» alltid innebærer en etisk fordring til den enkelte om å møte den andre med en holdning av mottagelse og omsorg for den andres liv.

Tverrfaglig- og flerfaglig samarbeidet og samhandling kan føre til at smerter hos eldre oppdages og avdekkes mer effektivt. Sykepleierne i intervjuene drøfter arbeidsforhold mellom forskjellige yrker og profesjoner i sykehjem og hvordan smertevurdering og smertebehandling kan forbedres. Grunnen til det er felles målorientering, tett samarbeid hver dag og ansvarfordeling mellom sykepleiere, leger, hjelpepleiere og pleieassistenter. Ranhoff m.fl. (2007, s 20) anbefaler at ansvarfordeling blir nedfelt i funksjonsbeskrivelser i prosedyreboken i sykehjem. Sykepleierne synes at mange hjelpepleiere og assistenter har tidsmessig mest pasientkontakt og de er flinke til å merke forandringen i allmenntilstanden hos den enkelte. Det er i samsvar med Ranhoff m.fl. (2007, s 20) som understreker at hjelpleiernes og assistenters funksjon er så viktig både når det gjelder observasjoner av kliniske tegn, funksjon og adferd, og kvaliteten på den pleien de utfører. Det må skapes miljø der observasjoner meddeles og kvaliteten på pleien stadig blir diskutert i den hensikt å forbedre den (ibid).

Informantene savner i sin hverdag bedre samarbeidet og samhandling med fysio- og ergoterapeuter fordi de mange sykehjemspasienter er funksjonsfriske og trenger tilbud for å understøtte sitt funksjonsnivå. Tradisjonelle fysio- og ergoterapeut tjenester tilhører mere rehabilitering- og korttidsavdelinger, men i de siste årene rettes mer og mer fokus på rehabilitering i sykehjem i forbindelse med Samhandlingsreformen, og det er mer og mer aktuelt å snakke om rehabilitering i sykehjem. Informantene synes at det tverrfaglige samarbeidet gir større mulighet for å avdekke smerter hos eldre personer fordi fysio- og ergoterapeuter har andre måter å jobbe på, har andre syn på problemstillinger og de kan fortolke pasientens uttrykker for smerte eller ubehag i kroppen ut fra deres kunnskap og erfaring. I nåværende situasjon i tverrfaglig samarbeidet i sykehjem finnes ikke felles målorientering og hver profesjon jobber selvstendig og uavhengig av hverandre. Felles målorientering kan være nødvendig tiltak for et godt samarbeid. Dette støttes av forskning Priv Bettger og Stineman (2007) og Turner-Stokes m.fl. (2011) som viser at tverrfaglig samarbeidet med felles mål fører til positiv effekt og gode resultater i en rehabiliteringsprosess. Ranhoff (2007, s 219) anbefaler regelmessig tverrfaglige møter i sykehjem, særlig når den nye pasientens behandlingsplan skal utarbeides, og ved evaluering og revurdering av planene (ibid).

Sosial- og helsedirektoratets nasjonalstrategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsesektoren « - og bedre skal det bli!» (2005) påpeker at samarbeid, samhandling og kontinuitet mellom tjenes-

ter kan være problematisk. For å oppnå godt tverrfaglig samarbeidet og samhandling, ifølge Jakobsen (2004 s 75-114), er det nødvendig å skape en felles kultur i en enhet, styrke horisontalinformasjonsutveksling og bygge ned grenser for bruk av informasjon, opprette standardprosedyrer og regler, felles planer og faste møter, prosjektgrupper og endring av organisasjonsprinsipp (ibid).

Jakobsen (2004, s 75-114) hevder at i dag er en av de vanligste måtene å forbedre samhandling og samordning av tjenester på, å utarbeide prosedyrer og rutiner som kan plassere ansvar og tydeliggjøre arbeidsoppgaver for samarbeidende enheter. Ifølge Jakobsen (2004, s 75-114) kan det ta lang tid å utvikle regler og rutiner og derfor oppfattes det som vanskelig å endre fastlagte mønstre. Samarbeidsproblemer kan forårsakes av hvordan helsetjenesten er oppbygd og organisert. Det at oppbyggingen og organiseringen bærer preg av arbeidsfordeling, kan gjøre det vanskelig for helsepersonell å se helhet i behandlingsforløp og behandlingsskjeder. En arbeidsfordeling som videre er spesialiserte i enheter og underlagt profesjonaliserte oppgaver, kan også være område for både dobbeltarbeid og gråsoner (ibid).

Manglende tid og ressurser for å gå inn pasientens smertesituasjon er faktorer som påvirker vurdering om smertetilstander. Ranhoff (2007, s 183) påpeker at det sentrale målet for sykehjemmets virksomhet er å yte tjenester av god kvalitet til pasientene. Et velfungerende sykehjem karakteriseres ved et engasjert personale med tilstrekkelig kapasitet, kompetanse og ferdigheter som utnyttes hensiktsmessig og forsvarlig i et godt samspill. Dette er kjerneområder som krever en god og tydelig ledelse (ibid). Manglende tid og ressurser kan skyldes dårlig organisasjonsmessige forhold i helsetjenesten som kan representere en barriere for effektiv smertebehandling av eldre personer, ifølge Torvik og Bjørø (2008, s 114). Disse forhold kan omfatte manglende engasjement og støtte fra ledelse til sykepleiere som er opptatt av smertebehandling, uklare eller manglende retningslinjer for smertevurdering og dokumentasjon, mangel på kontinuitet i pleiegrupper og dårlig definert ansvar for smertebehandling (ibid).

Tema fordommer og feiloppfatninger om smerte hos eldre personer har vært berørt i intervjuene, og sykepleierne påstår at fordommer og feiloppfatninger hemmer smertevurdering. Sykepleierne forteller at mange som jobber med eldre pasienter, og ikke minst de eldre selv, har fordommer og feiloppfatninger om smerter i alderdommen. Påstander som «smerte tilhører alder» og dersom «pasienten uttrykker seg ikke verbalt eller fysisk for smerter, har ikke pasienten smerter» er veldig typiske. I tillegg påpeker Leegaard m.fl. (2011) at det er en utbredt misoppfatning blant sykepleierne at man kan se om pasienten har smerte bare ved å se vitale tegn som puls, blodtrykk, respirasjon og kroppstemperatur. Det er feil. I slike tilfeller ser jeg for meg at sykepleier har hovedansvar å avdekke og å tolke nonverbale smertetegn, å spørre eldre om de har smerter, bru-

ke å spre aktivt sin teoretiske kunnskap, kliniske erfaringsbasert kunnskap, sansing og ikke minst å bruke pasientens personlig kunnskap om sine smerter.

6.2.3 Smertekartlegging

Funn fra foreliggende studie viser at kartlegging av kroniske smerter i sykehjem foregår tilfeldig, og standardisert prosedyre i smerteutredning i sykehjem kan være nødvendig tiltak for å avdekke pasientens smertetilstander. Dette støttes hos Bjørø og Torvik (2008, s 183-199) som hevder at sykehjem mangler gode rutiner for smertekartlegging og behandling hos eldre som et viktig område i kvalitets- og internkontrollsystemet. Ledelse har hovedansvar for å utarbeide en klar smertepolitikk for institusjonen og gir tydelig uttrykk for at pasienter skal få en verdig smertebehandling. Prosedyrer for smertekartlegging og behandling er en del av kvalitetssystemet. Internkontroll innebærer plikt til å påse at prosedyrer for målrettet kartlegging og behandling av smart blir fulgt gjennom systematiske kontrollrutiner (ibid).

Kartlegging av smerte er trukket fram som et viktig tiltak for å undersøke om en pasienten har smerte, og for å kunne planlegge, gjennomføre og evaluere en eventuell behandling. Målet med systematisk smertekartlegging er at den enkelte pasient skal få individuell og optimal smertebehandling. Almås m.fl. (2001, s 73) understreker at uansett hvilket verktøy sykepleier bruker, vil nytteverdien avhenge av at sykepleieren bruker verktøyet aktivt for å møte pasientens behov for smertelindring. Registrering av smerte og evaluering av smertelindrende tiltak bør rutinemessige inngå på lik linje med kontroll og observasjon av puls, blodtrykk og temperatur. Sykepleieren må ha klart for seg selv at alle verktøy har sine begrensninger, og at det ikke finnes noen skala eller skjema som kan sikre en fullgod beskrivelse av smerte (ibid).

I nåværende situasjon i sykehjem, i følge informantene, kartlegges bare årsak til smerten og smertelokasjon, men ikke smertemønster, smerteintensitet og smertekvalitet. Torvik, Skauge og Rustøen (2008, s 51-69) understreker at ved kroniske smerter vil kartlegging av smerteintensitet, årsak, type smerter være av betydning for å kartlegge hvordan smertene påvirker mennesket, og hvordan pasienten mestrer det å leve med smerter. Ifølge Torvik og Bjørø (2008, s 105-125) er en systematisk smertekartlegging en forutsetning for optimal og individuell smertebehandling hos eldre personer. Forekomst av smerter er underrapportert hos eldre delvis på grunn av at eldre ikke rapporterer smerte, men også fordi helsepersonell ikke kartlegger Eldres smerter systematisk (ibid). Smerter er en subjektiv opplevelse og vil oppleves ulikt fra individ til individ. Derfor må smertekartlegging mest mulig baseres på pasientens selvrapportering så lenge pasienten er i stand til det. Sykepleierens oppgave er å hjelpe pasienten med å beskrive sin egen smerte, noe som skal danne grunnlag for målrettet pleie og behandling. Knudsen og Larsen (2010) fant ut at det var manglende samsvar mellom pasienters rapportering av smerte og hvordan personalet vurderte smerten. I de fleste tilfeller rapporterte pasientene mer smerte enn det sykepleieren vur-

derte at sykehjemspasienten hadde (ibid). Å bruke systematisk smertekartleggingverktøy kan være nyttig tiltak for å oppdage smerter fordi det er en subjektiv opplevelse som oppleves ulik fra individ til individ.

Smertekartleggingsverktøy brukes ikke eller brukes veldig lite i sykehjem, hevder informantene. Funn fra foreliggende studien viser at bare 1 av 6 sykepleiere hadde brukt NRS på eget initiativ. Ingen har benyttet VAS og kroppskart. Dette kan støttes hos Nygaard og Jarland (2006, s 79-81) som hevder at bruk av smerteskalaer på norske sykehjem nesten er fraværende. En undersøkelse som omfattet syv norske sykehjem viste at 92 % av pleiepersonellet ikke anvendte noen form for evalueringsverktøy til å kartlegge smerter hos sykehjemspasienter i daglig pleie. Og 64 % hadde ingen kunnskaper om evalueringsverktøyer overhodet (ibid). Tidligere forskning på feltet (Husebo m.fl. 2008; Hølen m. fl. 2005; Songe-Møller 2005) viser at det oppnås gode resultater for å avdekke smertetilstander ved systematisk bruk av kartleggingsverktøy i sykehjem. Det anbefales flere smertekartleggings verktøy til bruk (Almås m.fl., s 73; Torvik, Skauge og Rustøen 2008, s 51-69; McCaffery og Beebe 1994, s 15-44) som er for eksempel Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), numerisk rangerings skala (NRS), visuell analog skala (VAS) og kroppskart.

Foreliggende studie viser at 5 av 6 sykepleiere ønsker å lære for å benytte smertekartleggingsverktøy. En sykepleier med stor erfaring fra sykehus påpeker at det er nødvendig å få tilstrekkelig opplæring i bruk av smertekartleggingsverktøy slik at resultatene ikke skal være tilfeldige. Torvik, Skauge og Rustøen (2008, s 51-69) understreker at dersom man innfører ulike hjelpemidler for å kartlegge smerte, anbefales det at man innfører det samme på alle avdelinger i samme enhet. Dette øker sjansen for at innføringen blir vellykket og fulgt opp (ibid). Kamel m.fl. (2001, s 450-455) hevder at bruk av standardiserte verktøy for å registrere smerte hos eldre på sykehjem bidrar til konsekvent registrering og fremmer kommunikasjon mellom helsepersonell.

6.3 Implikasjoner for praksis og videre forskning

For å øke kvalitet på smertelindring i sykehjem er det nødvendig å utarbeide standardiserte prosedyrer for smerteutredning og aktivt å bruke smertekartleggingsverktøy slik det anbefales i litteraturen for å avdekke pasienters smertetilstander. Kurs, hospitering, fag dag, undervisning og veiledning fra fagutviklingssykepleier på arbeidsplass fører til regelmessig faglig oppdatering på feltet, og øker sykepleierens kompetanse i smerteopplevelse og smertelindring hos eldre. Sykepleiere må aktiv spørre pasientene om deres personlige kunnskap og erfaring med sine smerter fordi dette kan føre til forbedring av smertekartlegging og avhjelpe best mulig lindring. Det er viktig å utarbeide prosedyrer og rutiner som kan plassere ansvar og tydeliggjøre arbeidsoppgaver for samarbeidende enheter, og som samtidig kan føre til forbedring i kommunikasjon og sam-

handling i flerfaglig- og tverrfaglig samarbeidet. Dette er nødvendige tiltak med stor potensial i sykehjem.

Sykepleierne møter mange utfordringer i forhold til å oppdage kroniske ikke-kreftrelaterte smerter hos sykehjemspasienter i sin hverdag. Ut ifra funnene i foreliggende studie har jeg kommet frem til noen temaer som kan være viktig å se nærmere på gjennom kvalitativ forskningsmetode eller kombinasjonen av kvalitativ og kvantitativ forskningsmetoder:

- Hvordan foregår brukermedvirkning på individnivå i sykehjem?
- Hvilke faktorer påvirker på brukermedvirkning på individnivå / gruppenivå i sykehjem?
- Hvordan oppleves det å leve med kroniske smerter i sykehjem?
- Hva mener sykepleiere er viktig for å avdekke kroniske smerter hos sykehjemspasienter?
- Hvordan foregår relasjon og kommunikasjon mellom en sykepleier og sykehjemspasient som opplever smerte?
- Hvordan påvirker smerter kommunikasjon mellom en pasient og sykepleier?

Kapittel 7 **Konklusjon**

Hensikten med denne studien var gjennom teori og empiri å belyse problemstillingen «Hvordan / på hvilke måte oppdager sykepleiere kroniske ikke-kreftrelatert smerter hos sykehjemspasienter?»

Som tidligere nevnt finnes det ikke nok forskning på feltet, og smerte er fremdeles et stort problem hos sykehjemspasienter. Derfor var målet med prosjektet å bidra til økt kunnskap om sykepleieres praksiserfaringer om smertetilstander hos eldre som bor i sykehjem.

I dette prosjektet ønsket jeg å undersøke sykepleierens opplevelser, meninger og tanker i forhold til egen praksis og utfordringer som oppstår ved observasjonen, kartlegging og evaluering av smertetilstander hos eldre sykehjemspasienter med ikke-kreft relaterte kroniske smerter, og hvilke oppfatninger, meninger og tanker sykepleiere hadde om smerter og smertelindring til disse pasientene.

Målet med prosjektet ble oppnådd og gjennomført i henhold til planen. Foreliggende studiet ga svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene som kan oppsummeres slik: Å utøve en god sykepleie til en gammel pasient i sykehjem, som opplever smerte, kan være vanskelig i praksis. Det er en utfordring å oppnå tilstrekkelig smertekartlegging og smertelindring fordi det kreves god teoretisk kunnskap, klinisk erfaring, sansing, brukermedvirkning og ikke minst pasientens personlig kunnskap om sin smerteopplevelse. Foreliggende studie viser at ubehandlede smerter fører til at pasienter lider unødvendig og pasientens livskvalitet reduseres. Største utfordring med å oppdage smerte hos sykehjemspasienter er manglende eller fraværende klinisk erfaring fra å jobbe i eldreomsorg, og manglende tilpassende kunnskap hos sykepleiere om smerte hos eldre. Sykepleierens personlige egenskaper, personlig erfaringer, fordommer og feiloppfatning påvirker deres vurderinger og avgjør tiltak i forhold til smertetilstander hos sykehjemspasienter. Brukermedvirkningen på individnivå er svak i sykehjem, og pasientens personlig kunnskap om egen helse og smerteopplevelser brukes ikke eller lite i sykehjem. Svikt i skriftlig og muntlig kommunikasjon i tverrfaglig- og flerfaglig samarbeid fører til at kroniske smerter hos sykehjemspasienter ikke avdekkes tilstrekkelig. Det er et stort forbedringspotensiale ved å bruke / innføre smertekartleggingsverktøy og standardiserte prosedyrer for smertekartlegging i sykehjem.

Referanseliste

1. Almås, Hallbjørg, Valand, Eva, Bilicz og John Aksel, Berntzen, Helene. 2001. Sykepleie til pasienter med smerter. I Almås, Hallbjørg. (red). *Klinisk sykepleie 1*. 3. utgave. Gyldendal Akademisk.
2. Alvsvåg, Herdis. 2009. Kunnskapsbasert praksis er ikke nytt sykepleieren. Essay. I *Sykepleien forskning*, nr. 4: 216-220.
3. Andreassen, Tone Alm. 2005. *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
4. Bjørø, Karen og Torvik, Karin. 2008. Smertekartlegging og -behandling hos eldre mennesker med demens. I Rustøen og Klopstad Wahl (red). 2008. *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo. Gyldendal Akademiske.
5. Crawford, Mike, Rutter, Deborah, Manley, Catherine, Weaver, Timothy, Bhui, Kamaldeep, Fulop Naomi og Tyrer, Peter. 2002. Systematic review of involving patients in the planning and development of healthcare. *British Medical Journal*, 325:1263.
6. Daatland, Svein Olav og Solem, Per Erik. 2005. *Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
7. Drageset, Jorunn, Natvig, Gerd Karin, Eide, Geir Egil, Clipp, Elisabeth C., Bondevik, Margareth, Nortvedt, Monica W., og Nygaard Harald A. 2006. Differences in health-related quality of life between older nursing home residents without cognitive impairment and the general population of Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 4 June 2007; s 1227-1236.
8. Grimen, Harald. 2008. Profesjon og kunnskap. I Molander og Terum. Profesjonsstudier. Universitetsforlaget. I kompendium: *Vitenskapsteori, del 2*. Heftet er framstilt for Avdeling for helsefag, dato 13.07.2012.
9. Ferrell, Betty Rolling. 1995. The impact of pain on quality of life. A decade of research. *Nursing Clinics of North America*, 30 (4): 609-624.
10. Furlan, Andrea D., Sandoval, Juan A., Mailis-Gagnon, Angela og Tunks, Eldon. 2006. Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. *Canadian Medical Association Journal*, 174(11): 1589-1594.
11. Eide, Hilde. 2008. Kommunikasjon, relasjon og smerte. I Rustøen og Wahl (red). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Gyldendal Akademiske, Oslo.
12. Halvorsen, Knut. 2002. *Forskningsmetoder for helse- og sosialfag - en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo. J.W. Cappelens Forlag AS.
13. Halvorsen, Anne og Gjedrem, Jorunn. 2006. *Bedre praksis i sosial arbeid. Evaluering og fagutvikling*. Universitetsforlaget.
14. Heggdal, Kristin. 2008. *Kroppskunnskap. Pasient som ekspert i helsefremmende prosesser*. 1. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.
15. Helsedirektoratet. 2010. *Utvikling gjennom kunnskap*. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester - en nasjonal satsing. Overordnet strategi 2011–2015.
16. [www.http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utvikling-gjennom-kunnskap-utviklingssenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester-overordnet-strategi-2011-2015/Publikasjoner/utvikling-gjennom-kunnskap.pdf](http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utvikling-gjennom-kunnskap-utviklingssenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester-overordnet-strategi-2011-2015/Publikasjoner/utvikling-gjennom-kunnskap.pdf) (last ned den 03.12.11).
17. Helsedirektoratet. 2005. Sosial- og helsedirektoratets nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsesektoren. - *Og bedre skal det bli!*
[www.http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-](http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-)

sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Sider/default.aspx (last ned den 24.04.12).

18. Holme, Idar Magne og Solvang, Bernt Krohn. 1998. *Metodevalg og metodebruk*. Otta: TANO AS.
19. Husebo, Bettina S., Strand, Liv I., Moe-Nilssen, Rolf, Husebo, Stein B. og Ljunggren, Anne E. 2008. Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (1): 180-189.
20. Husebo, Bettina S., Sandvik, Reidun, Nilsen, Odd Bjarte og Aarsland, Dag. 2011. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *British Medical Journal*, 343(7821): 436.
21. Hølen, Jakob C., Saltvedt, Ingvild, Fayers, Peter M., Bjørnnes, Marit, Stenseth, Guri, Hval, Bjørn, Filbet, Marilene, Loge, Jon Håvard og Kaasa, Stien. 2005. The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. *Palliative Medicine*, 19: 411-417.
22. Jakobsen, Dag Ingvar. 2004. Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverrfaglig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I Repstad (red). 2004. *Dugnadsånd og forsvarsverk - tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. 1. utgave. Universitetsforlaget.
23. Jensen Per og Ulleberg Inger. 2011. *Mellom ordene. Kommunikasjon i professional praksis*. 1. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.
24. Johannessen, Asbjørn, Tufte, Per Arne og Christoffersen Line. 2010. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utgave. Oslo. Abstrakt forlag AS.
25. Kamel, Hosam K., Phlavan, Mohsen, Malekgoudarzi, Behnam, Gogel, Philip og Morley, John E. 2001. Utilizing pain assessment scales increases the frequency og diagnosing pain among elderly nursing home residents. *Journal of pain and Symptom Management*, 21(6): 450-455.
26. Kim, Heesok Suzie. 2008. Sykepleieutøvelsen. I Norsk Sykepleierforbund. 2008. *Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag*. 2. utgave. Nordby Grafisk AS; Sykepleie 2010.
27. Kirkevold, Marit. 1996. *Vitenskap for praksis?* Oslo. Ad Notam Gyldendal.
28. Klopstad Wahl, Astrid og Rustøen, Tone. 2008. Smerte og livskvalitet. I Rustøen og Klopstad Wahl (red). 2008. *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo. Gyldendal Akademiske.
29. Knudsen, Liv-Berit og Larsen, Toril Agnette. 2010. Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter - en litteraturgjennomgang. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2: 29-48.
30. Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.
31. Kunnskapsdepartementet. 2008. *Rammeplan for sykepleierutdanning*. [www.http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf) (last ned den 09.08.12).
32. Laake, Knut. 2003. *Geriatri i praksis*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
33. Leegaard, Marit, Watt-Watson, Judy, McGillion, Michael, Costello, Judy, Elgie-Watson, Jeanne, Partridge, Kim. 2011. Nurses' educational needs for pain management of post cardiac surgery patients: a qualitative study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(4): 312-320.

34. Lykkeslet, Else. 2003. *Bevegelig handlingskunnskap. En studie i sykepleiens praksis*. Avhandling levert til forsvar for graden dr. polit. Institutt for pedagogikk, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.
www.ub.uit.no/munin/bitstream/10037/1225/1/thesis.pdf (last ned den 29.01.11).
35. Løgstrup, Knud Ejler. 2008. Den kendsgerning, hvoraf den tavse fordring udspringer. Kapitel 1 fra bok Løgstrup Knud Ejler. 1958. *Den etiske fordring*. København. Gyldendal. I kompendium: *Vitenskapsteori, del 2*. Heftet er framstilt for Avdeling for helsefag, dato 13.07.2012.
36. Malterud, Kirsti. 2002. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift Den norske legeforening nr. 25*; 122: 2468–72,
37. [www.http://tidsskriftet.no/article/618649](http://tidsskriftet.no/article/618649) (last ned 10.09.2011).
38. Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. utgave. Oslo. Universitetsforlaget.
39. Meldinger til Stortinget nr.16 .2010–2011. *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015*.
[www. http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794) (last ned den 23.04.12).
40. Melding til Stortinget nr.34 .1996-97.
[www.http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-34_1996-97.html?id=191142](http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-34_1996-97.html?id=191142) (last ned den 12.08.12).
41. Melding til Stortinget nr.47 .2008-2009.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201> (last ned den 13.08.12).
42. McCaffery, Margo og Beebe, Alexandra. 1994. *Smerter. Lærebok for helsepersonell*. 1. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.
43. Norsk Sykepleierforbund. 2008. *Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag*. 2 utgave. Nordby Grafisk AS, Sykepleie.
44. Norsk Sykepleierforbund. 2007. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo. Norsk Sykepleierforbund.
45. Nordvedt Monica W., Jamtvedt Gro, Graverholt Birgitte, Reinart Liv Merete. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo. Norsk Sykepleierforbund.
46. Nygaard, Harald A. 2006. Kroniske, ikke-ondartete smerter hos gamle. I Bondevik og Nygaard. 2006. *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
47. Nygaard, Harald A., Jarland, Marit. 2005a. Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20: 730–737.
48. Nygaard, Harald A. og Jarland, Marit. 2005b. Kroniske smerter hos sykehjemspasienter – selvrapporing og sykepleiers vurdering. *Tidsskrift Den norske legeforening nr. 10*, 125: 1349–1351.
49. Nygaard, Harald A. og Jarland, Marit. 2006. The checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes. *Age and Ageing*, 35(1): 79-81.
50. Nygaard, Harald A., Naik, Mala, Ruths, Sabine. 2000. Mental svikt hos sykehjemspasienter. *Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 26*, 120: 3113-3116.

51. Prvu Bettger, J.A. og Stineman, Margaret G. 2007. Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation services in postacute care: State-of-the-Science. (Review). *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 88 (11): 1526-1536.
52. Ranhoff, Anette Hysten, Schmidt, Gisle og Ånstad, Unni (red). 2007. *Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger*. Universitetsforlaget.
53. Reinertsen, Hanne. 2008. Smerte hos barn. I Rustøen og Klopstad Wahl, A. (red). 2008. *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo. Gyldendal Akademiske.
54. Skauge, Marta, Borchgrevink, Petter S. og Kaasa, Stein. 1998. Vurdering av egen kunnskap og kompetanse om behandling av smerte. *Tidsskrift Den norske legeforening*, 118 (4): 536-540.
55. Songe-Møller, Silje, Saltvedt, Igvild, Hølen, Jakob Christian og Loge, Jon Håvard og Kaasa, Stein. 2005. Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskrift Den norske legeforening* nr. 13-14, 125:1838-1840.
56. Statens Helsetilsyn. 2012. *Tilsyn med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre i 2011*. Rapporten. www.helsetilsynet.no (last ned den 02.05.12).
57. Stubhaug, Audun, Ljoså, Tone Marie. 2008. Hva er smerte?. I Rustøen og Wahl, A.K. (red). 2008. *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo. Gyldendal Akademiske.
58. Thomassen, Magdalene. 2007. *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. 1. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.
59. Torvik, Karin og Bjørø, Karen. (2008). Smerte hos eldre. I Rustøen og Klopstad Wahl (red). 2008. *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo. Gyldendal Akademiske.
60. Torvik, Karin, Kaasa, Stein, Kirkevold, Øyvind og Rustøen, Tone. 2009. Pain in patients living in Norwegian nursing homes. *Palliative Medicine*; 23:8-16.
61. Torvik, Karin, Skauge, Marta og Rustøen, Tone. 2008. Smertekartlegging. I Rustøen og Klopstad Wahl (red). 2008. *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo. Gyldendal Akademiske.
62. Turner-Stokes, Lynne, Nair, Ajou, Sedki, Imad, Disler Peter B. og Wade Derik T. 2011. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. (Review). *The Cochrane Collaboration*.
63. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004170.pub2/otherversions> (last ned 02.09.12).
64. Wormnæs, Odd. 2002. *Vitenskap Enhet og Mangfold*. 1. utgave 1996. Oslo. Gyldendal Akademisk.
65. www.kunnskapssentret.no
66. www.norge.no

Anne-Lise Tamber
Institutt for fysioterapi
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 22.01.2012

Vår ref: 28979 / 31 / Mst

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.12.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 19.01.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

28979	<i>En kvalitativstudie om hvordan fanger sykepleiere opp kroniske ikke kreftrelaterede smerter hos sykehjems pasienter</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne-Lise Tamber</i>
Student	<i>Olga Velva</i>

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


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

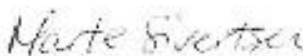
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 21.05.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Nannvedt Kvalheim


Marte Sivertsen

Kontaktperson: Marte Sivertsen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Olga Velva, Saavegen 3, 2050 JESSHEIM

Vedlegg 2

Til sykepleiere i somatiske avd. i sykehjem

Jessheim, januar 2012

Forespørsel om intervjuundersøkelse

Mitt navn er Olga Velva. Jeg er sykepleier og student ved Masterstudiet i rehabilitering - fordypning for barn og eldre, avdeling helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus. Jeg skal gjennomføre et masterprosjekt med følgende tema: «Hvordan fanger sykepleiere opp kroniske ikke kreftrelaterte smerter hos sykehjemspasienter?»

For å belyse dette temaet ønsker jeg intervju med 6-7 sykepleiere som er ansatt i somatiske avdelinger i sykehjem. Spørsmålene i intervjuet omhandler sykepleierens meninger, erfaringer og oppfatninger om kroniske ikke kreftrelaterte smerter hos eldre. Målet med dette prosjektet er å bidra til økt innsikt om smertetilstander hos sykehjemspasienter.

Det er avdelingsledere i sykehjem som formidler og forespør informanter for meg. Du er forespurt fordi du har vært ansatt i sykehjem i mer enn to år, og derfor har erfaring innenfor dette område.

Jeg ønsker å benytte lydbåndopptak for å bevare data fra intervjuet. Intervjuet vil vare ca. 30-45 minutter. Alle data og all informasjon skal behandles konfidensielt og anonymiseres i publikasjoner. Jeg har taushetsplikt som prosjektansvarlig. Når masteroppgaven blir godkjent, vil lydbåndene bli slettet og datamaterialet anonymisert. Data vil bli oppbevart i privat passordbeskyttet PC. Jeg vil også oppbevare intervjuene etter transkribering på papir som vil være nummeridentifiserbare i egen privat safe. Kobling mellom nummer og sykepleierens navn skal oppbevares nedlåst og separat.

Jeg planlegger å avlegge eksamen i løpet av år 2012. Din deltagelse i intervju er frivillig. Du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg uten at du trenger å gi en begrunnelse for dette. De opplysninger som du har gitt meg og ditt navn, vil da bli slettet.

Jeg er ansvarlig for dette prosjektet. Min veileder er Anne-Lise Tamber, høgskolelektor, avdeling for helsefag, fysioterapiutdanning, E-mail: AnneLise.Tamber@hf.hio.no.

Jeg håper at du vil delta i intervju, og jeg ber deg fylle ut vedlagte samtykkeerklæring og returnere den til meg innen en uke i vedlagte frankerte konvolutt. Når jeg har mottatt samtykkeerklæring vil jeg ta kontakt med deg og avtale dato, tid og sted for intervjuet.

Med vennlig hilsen

Olga Velva

Masterstudent i rehabilitering - fordypning barn og eldre, avdeling for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus

Såvegen 3, 2050 Jessheim. Tlf: + 47377536. E-mail: olgavelva_4@hotmail.com

Samtykke til deltagelse i intervju:

Jeg.....har lest igjennom informasjonsskriv og samtykker herved i å delta i intervju. Sted:..... Dato:.....2012

Signatur.....

Postadresse.....

E-postadresse.....

Mobil.....

Vedlegg 3

Intervjuguide

Tema: Hvordan fanger sykepleiere opp kroniske ikke kreftrelaterte smerter hos sykehjemspasienter?

1. Hvilke erfaringer har du med kroniske ikke-kreftrelaterte smerter hos sykehjemspasienter?
2. Hva er dine tanker om konsekvenser av ubehandlet smerter hos sykehjemspasienter?
3. Hva er de største utfordringer, ut fra din mening og erfaring, med å fange opp kroniske smerter hos sykehjemspasienter?
4. Hvordan får du som sykepleier innsikt (forståelse) i pasientens smerteopplevelse?
5. Beskriv hvordan du opplever en sykehjemspasient som er godt smertelindret.
6. Hva tror du påvirker din vurdering om smertetilstander hos sykehjemspasienter?
7. Beskriv hvordan smertekartlegging hos sykehjemspasienter foregår på din avdeling?
8. Hva kan gjøres for å forbedre smertekartleggingen hos eldre på sykehjem?
9. Hva er din erfaring med smertekartleggingsverktøy som knyttes til smertekartlegging hos eldre på sykehjem?
10. Hvilke rolle spiller tverr- og flerfaglig samarbeid for å fange opp smerteopplevelser hos sykehjemspasienter?
11. Hva er dine erfaringer med å samarbeide med pårørende for å avdekke kroniske smerter hos eldre i sykehjem?
12. Hva er dine erfaringer og mening om bruk av placebo mot smerter?
13. Hvordan holder du deg faglig oppdatert når det gjelder smerteopplevelser hos sykehjemspasienter?
14. Er det noe mer du vil tilføye?
15. Hvordan har du opplevd dette intervjuet?