

MASTEROPPGAVE

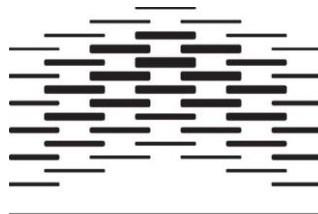
MINT5900

Mai 2016

**Brukes validerte smerteskåringsverktøy til å smerteskåre
sederte respiratorpasienter i praksis?**

Malin Helen Westerlund og June Flaa Johansen

**Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleiefag.**



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Innhold

1.0 Innledning.....	3
2.0 Intensivsykepleierens forskning og fagutviklende funksjon	3
2.1 Intensivsykepleierens lindrende funksjon.....	4
2.2 Intensivsykepleierens forebyggende funksjon.....	5
2.3 Intensivsykepleierens behandle funksjon.....	6
3.0 Metode.....	8
3.1 Metodekritikk.....	8
3.2 Kritikk av spørreskjemaet	9
4.0 Litteratursøk.....	10
4.1. Internasjonal og nasjonal forskning	11
4.2. Smerteskåringsverktøyets reliabilitet.....	12
4.2.1 Indre konsistens for BPS og CPOT	12
4.2.2 Test-retest reliabilitet for BPS og CPOT.....	13
4.2.3 Inter-rater reliabilitet for BPS og CPOT	14
5.0 Avslutning	14
6.0 Referanse.....	16
Artikkel.....	20
Abstrakt.....	22

Vedlegg 1 : NSD

Vedlegg 2 : Personvernombudet for forskning

Vedlegg 3 : Spørreskjema

1.0 Innledning

Vi ønsket med denne studien å se på dagens praksis tilknyttet vurdering av smerte hos sederte respiratorpasienter. Erfaringsmessig fra praksis er det mangelfull smertevurdering av sederte respiratorpasienter som selv ikke kan uttrykke smerte verbalt. Bjørknes & Rustøen (2012) gjennomførte en kvantitativ tverrsnittundersøkelse med spørreskjema for å undersøke hvilke indikatorer og hjelpemidler sykepleierne bruker når de vurderer smerter hos intensivpasienten. Vi ønsket å gjøre en oppfølgingsstudie for å se om bruken av smerteskåringsverktøy har blitt bedre. Dessverre bekrefter våre resultater Bjørknes og Rustøen sin studie at bruken av smerteskåringsverktøy er lite utbredt.

Innledningsvis vil vi se på intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelse som er utarbeidet av Norsk Sykepleieforbund Landsforening for Intensivsykepleie (NSFLIS, 2002). Den består av fire funksjons- og ansvarsområder. Vi har valgt å ta for oss de tre første områdene som omhandler den lindrende,- forebyggende- og behandlende funksjonen. Men først tar vi for oss intensivsykepleierens forskning og fagutviklende funksjon.

2.0 Intensivsykepleierens forskning og fagutviklende funksjon

Intensivsykepleieren skal holde seg faglig oppdatert og stimulere til, delta og arbeide med fagutvikling og forskning (NSFLIS, 2002). Ut i fra våre resultater, som bekrefter resultatet til Bjørknes og Rustøen sin studie fra 2012, ser vi det er en jobb å gjøre i forhold til intensivsykepleierens fagutviklende funksjon. Over 90 % krysset av på stigning i blodtrykk, stigning i hjertefrekvens og stigning i respirasjonsfrekvens som indikator for å vurdere om pasienten har smerter. De fysiologiske parameterne kan være en indikasjon på om pasienten har smerter eller ikke. Men dette er i mange tilfeller lite pålitelig da behandlingen pasienten

får kan påvirke de vitale parameterne. I vår studie var det bare 33 % av respondentene som var uenig eller svært uenig at det er manglende kunnskap om smerte som utgjør en barriere for effektiv smertelindring. Men ifølge Rose og kolleger (2012) er det nettopp mangel på kunnskap som gjør at bruken av validerte smerteskåringsverktøy ikke brukes.

På bakgrunn av våre resultater mener vi det er viktig å gjøre slike studier for å bidra til å øke kunnskapen, bevisstheten og viktigheten av å bruke oppdatert kunnskap slik at en hele tiden bruker de nyeste verktøyene som er tilgjengelig i vår hverdag. Vi ser ingen grunn til at validerte smerteskåringsverktøy som CPOT og BPS ikke skal kunne bli implementert på lik linje som Richmond Agitation-sedation Scale (RASS).

2.1 Intensivsykepleierens lindrende funksjon

Intensivsykepleierens lindrende funksjon handler om å begrense omfanget av den belastningen pasienten vil kunne oppleve i forbindelse med sykdom, skade og behandling. En skal tilstrebe at pasientens krefter brukes til helbredende prosesser. Videre skal stress, smerte og ubehag reduseres eller fjernes (NSFLIS, 2002). Men siden smerte er en subjektiv opplevelse gjør det det vanskelig for intensivsykepleieren å kunne måle og vurdere pasientens smerte. Dette utfordrer likebehandlingsprinsippet da vi alle har en forforståelse som formes av de kunnskaper, erfaringer og holdninger den enkelte har om smerte i møte med et annet menneske. At intensivpasienten ikke alltid er i stand til å uttrykke egen smerte, det være seg både verbalt og non-verbalt, gjør vurderingen av smerte hos intensivpasienten enda vanskeligere.

Det gjør det heller ikke lettere at intensivsykepleie er et teamarbeid hvor flere skal vurdere smerte hos den samme pasienten. Kliniske retningslinjer og ulike skalasystemer har vist å bedre oppfølgingen av smertebehandlingen til pasientene (Guldbrandsen, 2010). Barr og

kolleger (2013) anbefaler å implementere smerteskåringsverktøy i intensivavdelingene, slik at sykepleierne rutinemessig gjør individuelle smertevurderinger av den enkelte pasient.

2.2 Intensivsykepleierens forebyggende funksjon

Den forebyggende funksjonen kan deles inn i primær-, sekundær- og tertiærforebyggende handlinger. Siden pasienten allerede er syk eller utsatt for skader før intensivsykepleieren kommer i kontakt med pasienten, vil den primærforebyggende handlingen sjelden utøves av intensivsykepleieren. Sekundærforebyggende handlinger innebærer å identifisere helsesvikt eller økt risiko for helsesvikt hos pasienten på et tidlig stadium for så å iverksette tiltak for å hindre videreutvikling av helsesvikt eller sykdom. Tertiærforebyggende handlinger handler om å forhindre at komplikasjoner oppstår i forbindelse med pasientens sykdom eller skade når det kommer til undersøkelser samt behandling av pasienten. Videre skal en forhindre at nye helseproblemer oppstår (Stubberud, 2010).

I likhet med Bjørknes og Rustøen sin studie fra 2012, kom det fram i vår studie at smerteskåringsverktøy blir lite brukt. Resultatet i vår studie viser at 78 % aldri og 62 % sjeldent bruker validerte smerteskåringsverktøy som for eksempel Behavioral Pain Scale (BPS) eller Critical Care Pain Observation Tool (CPOT). Dette forteller oss at en høy andel av sykepleierne som arbeider med intensivpasienter, ikke ivaretar intensivsykepleierens sekundær- og tertiærforebyggende funksjon når det gjelder smertebehandling.

De aller fleste intensivpasienter opplever smerte under oppholdet på intensivavdelingen. Det er flere prosedyrer i løpet av dagen som utsetter pasienten for smerte, hvor bl.a. snuing er sett på som en av de mest smertefulle prosedyrene (Robleda et al., 2014). Konsekvenser av sterke smerteopplevelser under et intensivopphold kan føre til flere respiratordøgn, flere intensivdøgn, økte kostnader, delirium og posttraumatisk stressyndrom etter utskrivelse fra intensivavdelingen (Barr, 2013). Flere respiratordøgn øker faren for utvikling av ventilator-

assosiert pneumoni (VAP), altså pneumoni som oppstår 48 timer etter intubering. Et resultat av utvikling av VAP øker ikke bare antall respirator døgn men også liggetid i intensivavdelingen. Pasienter med VAP kan videre legge beslag på en stor del av ressursene i avdelingen (Bakkeland & Thorsen, 2010).

Sterke smerteopplevelser kan også føre til utvikling av delir (Barr, 2013). Dødeligheten assosiert med delir er høy både etter 6 og 12 måneder etter innleggelse. Det er funnet sammenheng mellom varigheten av delir og dødelighet, hvor langvarig delir øker dødeligheten i forhold til pasienter hvor symptomene raskt fanges opp og behandles (Francis, Aminoff, Schmader & Wilterdink 2016).

En annen konsekvens er unødvendig bruk av smertestillende og beroligende. Gélinas med kolleger utførte i 2010 en studie hvor de så effekten av implementeringen av CPOT på en intensivavdeling. Smertestillende og beroligende medikamenter ble administrert oftere og i høyere doser hos pasienter i pre-implementeringsgruppen kontra i den post-implementeringsgruppen. Dette forteller oss at bruken av medikamenter kan reduseres ved innføring av smerteskåringsverktøy.

På bakgrunn av dette er det viktig at intensivsykepleieren kartlegger pasientens smerter for bl.a. å forhindre de nevnte konsekvensene. På denne måten utfører intensivsykepleieren både den sekundær- og tertiærforebyggende funksjonen.

2.3 Intensivsykepleierens behandle funksjon

Intensivsykepleieren skal iverksette tiltak for å bevare, opprettholde eller opprette tilnærmet normal funksjon hos pasienten. Dette krever vurdering av pasientens situasjon. Videre skal intensivsykepleieren administrere medisinsk behandling etter forordninger fra ansvarlig lege.

En viktig del av den behandelende funksjonen er å sikre kontinuitet i pasientens behandling gjennom en individuell skriftlig plan (NSFLIS, 2002).

I vår studie kom det fram at 46 % er enig eller svært enig i påstanden om at det ikke blir ordinert tilstrekkelig smertestillende medikamenter. Dette er selvfølgelig problematisk med tanke på intensivsykepleierens behandlende funksjon, da intensivpatienten stadig blir utsatt for smertefulle prosedyrer. Samtidig kommer det fram i Sørseht (2012) sin masteroppgave, hvor 11 intensivsykepleiere på tre ulike intensivavdelinger ble spurt om hvilke vurderinger de gjør før administrering av smertestillende til pasienter som ikke kunne kommunisere verbalt, at beslutningsgrunnlaget for administrering av smertestillende ofte ble tatt på bakgrunn av dosen smertestillende som var gitt på tidligere vakter. Ved at man bruker smerteskåringsverktøy som BPS eller CPOT vil en også se på hvilken dose smertestillende kollegaene på vekten før har gitt. Forskjellen er at ved bruk av smerteskåringsverktøy dokumenteres effekten av dosen som gis på bakgrunn av validerte smerteskåringsverktøy, og ikke på hva tidligere kollegaer mente var tilstrekkelig dose.

Et annet hinder for intensivsykepleierens behandlende funksjon kommer fram i Gélinas og kolleger sin studie fra 2014. De utførte en studie hvor intensivsykepleierne 12 måneder etter innføring av CPOT på avdelingen skulle vurdere hvor gjennomførbar, klinisk relevant samt hvor tilfredse de var med bruken av smerteskåringsverktøyet. Med en svarprosent på 63 % vurderte flertallet at CPOT var raskt å bruke, enkel å forstå og lett og fullføre. Selv om intensivsykepleiere var fornøyd med den daglige bruken av verktøyet, kom det fram at CPOT-skåren ikke tillot en effektiv kommunikasjon med leger eller annet personell på avdelingen. På bakgrunn av denne studien kan det se ut til at implementeringen av CPOT eller BPS er avhengig av opplæring ikke bare av sykepleiere, men også annet helsepersonell som er i kontakt med intensivpatienten slik at intensivsykepleierens behandlende funksjon i forhold til smerte ivaretas.

3.0 Metode

Studien er av kvantitativt design med tverrsnittundersøkelse som metode, hvor data har blitt samlet inn ved hjelp av et spørreskjema. Det ble delt ut 212 spørreskjema hvor 100 ble besvart. Dette resulterer i en svarprosent på nesten 47%. Spørreskjemaene ble delt ut til tre intensivavdelinger på to ulike sykehus hvor to var generelle intensivavdelinger og en var medisinsk intensivavdeling. Av respondentene var det 8% som ikke hadde videreutdanning, mens 90% hadde videreutdanning i enten intensiv eller anestesi, 2% hadde ikke svart på dette spørsmålet.

3.1 Metodekritikk

Ved at vi valgte å bruke et spørreskjema for å innhente data, har vi på forhånd lagt premissene for svarene. Vi mister derfor den åpne dialogen med sykepleierne og kan på den måten gå glipp av mer utdypende svar for å kunne forstå bakgrunnen for de resultatene vi har fått. Resultatet av en kvantitativ undersøkelse kan etterlate seg spørsmål som må belyses mer inngående. Hadde ikke tid og ressurser vært en faktor, kunne det vært interessant å utført en kombinasjon av et kvalitativt og kvantitativt studie, altså en metodetriangulering (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Fordelen med et kvalitativ design er bl.a. at forskerne blir mer delaktige i selve datainnsamlingen og man må bruke seg selv som et forskningsinstrument i samhandling med deltakeren (Polit & Beck, 2012). Dette skaper en mer åpen dialog og det vil gi forskeren mer fleksibilitet i selve datainnsamlingen. Ved kvalitative intervjuer vil forskeren basere seg på en intervjuguide, men man trenger ikke følge denne slavisk. Forskeren kan derfor, i motsetning til et spørreskjema som er preget av høy grad av strukturering og lite fleksibilitet, følge opp nye temaer som informanten bringer på

banen. Det kan hende det kommer fram nye og interessante temaer som bidrar til å belyse problemstillingen (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011).

3.2 Kritikk av spørreskjemaet

Spørreskjemaet var ferdig utarbeidet av Bjørknes og Rustøen (2012). Vi valgte å ta bort spørsmålet om stillingsstørrelse og hvilken vakt vedkommende hadde når spørreskjemaet ble fylt ut. Dette var spørsmål vi mente ikke ville påvirke grunnlaget for sammenlikning med Bjørknes og Rustøen sin studie. I ettertid har vi fått tilbakemelding fra deltakerne om at flere av spørsmålene opplevdes som uklare og flere mente at spørreskjemaet var for omfattende. På bakgrunn av dette ser vi at det hadde vært hensiktsmessig å ha utført en pilotstudie. På denne måten kunne vi ha fått tilbakemelding på hvordan spørreskjemaet opplevdes å fylle ut. Slik kunne uklare spørsmål blitt fanget opp og blitt endret eller fjernet. Dette kunne ha gitt oss en mer enkel og ryddig layout som hadde bidratt til et godt førsteinntrykk som igjen kunne økt sannsynligheten for at flere ville svart. Da vi hadde et begrenset tidsrom til å gjennomføre studien med tanke på innleveringsfrist, ville det tatt for mye tid å gjennomført en pilotstudie.

Derfor har vi i ettertid diskutert at vi muligens kunne ha begrenset spørreskjemaet til spørsmålene som gikk direkte på hvilke indikatorer som brukes for å vurdere om respiratorpasienten har smerter og hvilke hjelpemidler de bruker ved vurdering av behov for smertelindring. Det var nettopp disse to spørsmålene vi var interessert i å sammenlikne med Bjørknes og Rustøen (2012) sin studie. Selv med spørsmål om bakgrunn som alder, kjønn, spesialitet osv., hadde et slikt spørreskjema vært mindre overveldende, noe som igjen kunne ha bidratt til en høyere svarprosent. Hadde vi endret spørreskjemaet til færre og forhåpentligvis bedre spørsmål, ville det kunne gitt oss bedre tid til å gjøre grundigere søk i litteraturen og kanskje gitt oss bedre forståelse av hvorfor de validerte

smerteskåringsverktøyene blir lite brukt i praksis. Likevel ville ulempen vært at det hadde blitt vanskelig å sammenlikne vår studie med Bjørknes og Rustøen (2012) sin studie.

De respektive avdelingene fikk utdelt flere informasjonsskriv tilknyttet spørreskjemaet.

Informasjonsskrivet var ment for å klargjøre at spørreskjemaet omhandlet en intubert og sedert pasient. Dessverre var ikke disse festet til selve spørreskjemaet, noe som kan ha påvirket enkelte svar. I ettertid ser vi også at det absolutt burde ha vært opplyst

respiratorpasientens RASS-nivå for å i større grad kunne sikre at respondentene hadde en mer lik forståelse for hvilke pasienter spørreskjemaet omhandlet. Både RASS og Glasgow Coma Scale (GSC), som ikke egner seg for kartlegging av smerte, fikk begge høy svarprosent.

Validiteten av studiens resultatet kan derfor diskuteres da vi ser ut fra enkelte svar at flere av respondentene muligens ikke har lest informasjonsskrivet, samt at vi ikke opplyste respiratorpasientens RASS-nivå. At svarprosenten var lav påvirker også studiens validitet.

4.0 Litteratursøk

Vi har hovedsakelig funnet litteratur via to databaser, Medline og Cinahl. Det ble gjort et omfattende litteratursøk i forbindelse med prosjektbeskrivelsen våren 2015. Vi har gjort flere nye søk etter oppstart med masteroppgaven høsten 2015, men det er lite ny forskning som er gjort innenfor kartlegging av smerter hos sederte respiratorpasienter. Det ble funnet en oppsummert forskningsartikkel i Uptodate, som ble revidert i mars 2016 (Pandharipand et al., 2016). De aller fleste artiklene vi har brukt, er enkeltstudier og befinner seg derfor nederst i S-pyramiden (Nortvedt & Jamtvedt, 2012). De er plassert nederst i pyramiden fordi de ikke er sammenholdt med andre studier samt at de kan inneholde feilkilder som gjør at de ikke er anvendbare i klinisk praksis. Men samtidig kan enkeltstudier, etter kritisk vurdering og

systematisk gjennomgang av dokumentasjon, være blant det beste kunnskapsgrunnet for klinisk praksis (Vandvik, Bretthauer & Kongerud, 2013).

Via Medline fant vi retningslinjer som er utarbeidet av Barr og kolleger (2013). Dette er en omfattende retningslinje som er utarbeidet over seks år. I tillegg til hovedforfatteren, var det 20 medforfattere delt inn i grupper. De gikk systematisk gjennom all forskning som er gjort på både smerte, agitasjon og delirium fra åtte relevante databaser. Alle artiklene ble gjennomgått og de som ikke holdt mål ble forkastet. Retningslinjene representerer en integrert, evidensbasert og pasientfokustert protokoll for forebyggende og lindrende behandling innenfor smerter, agitasjon og delirium hos intensivpasienter. Barr og kolleger anbefaler å implementere smerteskåringsverktøy i intensivavdelingene, slik at sykepleierne rutinemessig gjør individuelle smertevurderinger av den enkelte pasient. Spesielt viktig er det å evaluere pasientens smertenivå før, under og etter smertefulle prosedyrer, særlig hos pasienter som ikke kan videreformidle opplevelsen av smerte.

4.1. Internasjonal og nasjonal forskning

Studier relatert til bruken av smerteskåringsverktøy på respiratorpasienter er begrenset både nasjonalt og internasjonalt. Internasjonalt er det forskere som Gélinas, Rijkenberg og Chanques som har forsket på smerteskåringsverktøyene BPS og CPOT sammen eller hver for seg. I sine studier referer de også til hverandres og egen forskning. Slik vi forstår det, er Gélinas en av forskerne bak smerteskåringsverktøyet CPOT, og studier hun har utført bør derfor ses i lys av dette. Nasjonalt har Bjørknes og Rustøen utførte en studie i 2012 hvor de konkluderer med at bruken av validerte smerteskåringsverktøy ikke brukes. Nasjonalt har også Hilde Wøien og kolleger oversatt CPOT til norsk. Hun har bl.a. studert hva som legges

til grunn når smerte, ubehag og forvirring skal vurderes og behandles ved 54 norske intensivavdelinger (Feiring, 2013). Videre nasjonalt har Olsen, bl.a. sammen med Rustøen (2015), utførte en studie på implementering av BPS for å evaluere sykepleiernes mulighet til å bruke smerteskåringsverktøy. De kom frem til at sykepleierne hadde god erfaring med BPS, men i en travel hverdag med hemodynamisk ustabile pasienter, ble smerteskåringen nedprioritert.

4.2. Smerteskåringsverktøyets relabilitet

Relabiliteten av et instrument kan bli vurdert etter den indre konsistens, test-retest reliabilitet og inter-rater reliabilitet (Polit & Beck, 2012). Den indre konsistensen er et mål på hvordan en skala henger sammen, som for eksempel de tre skalaene av BPS og de fire bevegelsesområdene av CPOT. Test-retest reliabilitet undersøkes ved at måleinstrumentet administreres to ganger av de samme personene. Inter-rater reliabilitet handler om observatørbasert pålitelighet, altså grad av enighet mellom de som bedømmer (Store Norske Leksikon, 2009).

4.2.1 Indre konsistens for BPS og CPOT

Yksnøy (2015) hadde 17 kjerneartikler i sin masteroppgave, "Hva sier forskningslitteraturen om reliabilitet og validitet på smerteverktøyene BPS og CPOT?". Tre av artiklene, deriblant studien til Chanques med kolleger (2014) og Rijkenberg med kolleger (2015) hadde en indre konsistens for BPS som var akseptabel. Det vil si at Crohnbachs alfa, som er målet for den indre konsistensen, var mellom 0.70-0.80, hvor 0.70 anses som tilfredsstillende. Den indre konsistensen for CPOT var målt i seks studier og var mer varierende 0.31-0.89.

Studien til Chanques med kolleger (2014) som bidro til en akseptabel indre konsistens for BPS, sammenliknet BPS og CPOT på en avdeling hvor Ikke-verbal smerteskala (NVPS) var implementert fra før. Resultatet ble at BPS ble rangert noe høyere da den tok kortere tid å fylle ut. Hadde studien blitt gjennomført på en avdeling hvor sykepleierne ikke hadde hatt denne erfaringen, kunne kanskje resultatet blitt annerledes. At det bare var 20 sykepleiere som deltok i studien, styrker heller ikke resultatet.

I den andre artikler som bidro til en akseptabel indre konsistens for BPS, utførte Rijkenberg med kolleger (2015) en studie hvor de sammenliknet BPS og CPOT. Her var det bare to sykepleiere som uavhengig av hverandre skåret pasientene med både BPS og CPOT før og under en smertefull og ikke-smertefull prosedyre. Snuing av pasienten ble definert som en smertefull prosedyre og øyestell ble definert som en ikke-smertefull prosedyre. Studien konkluderer med at både CPOT og BPS er valide og pålitelige verktøy, men at CPOT er et bedre verktøy da BPS ga økt skåring under den ikke-smertefulle prosedyren. Smerte er en subjektiv opplevelse og vi mener det derfor kan være problematisk at smerte deles inn i smertefulle- og ikke-smertefulle prosedyrer. Konklusjonen at CPOT er et bedre verktøy siden BPS ga økt skåring stiller vi oss undrende til, da vi ikke finner noen evidens på at øyestell nødvendigvis ikke er smertefritt.

4.2.2 Test-retest reliabilitet for BPS og CPOT

Test-retest reliabilitet ble kun målt i en studie for BPS og en studie for CPOT. Ifølge Yksnøy (2015) sine funn, er CPOT mer pålitelig ved dobbelsjekking, men vi mener at to studier ikke er nok for å konkludere med dette.

4.2.3 Inter-rater reliabilitet for BPS og CPOT

Inter-rater reliabilitet for BPS var utført kun i seks av de 17 kjerneartiklene til Yksnøy (2015). Studien til Chanques med kolleger (2014), som er tidligere nevnt, er en av disse. Denne studien er ifølge Yksnøys (2015) funn, av tilfredsstillende grad av pålitelighet mellom bedømmerne. Hun finner videre at BPS har en større pålitelighet når det er kun to som vurderer enn når det er flere som vurderer, men dette bekreftes igjen av kun seks studier av de 17 kjerneartiklene. CPOT fikk større grad av pålitelighet når det var flere som vurderte pasienten, enn når det bare var to som vurderte pasienten.

5.0 Avslutning

Det er flere svakheter med studiene vi har funnet relatert til reliabilitet, vurdering, sammenlikning og bruken av smerteskåringsverktøy. Studiene kan bl.a være utført på intensivavdelinger som ikke nødvendigvis er representative for andre intensivavdelinger. Dette kan, i likhet med vår studie, være tilfellet for studien til Bjørknes og Rustøen (2012). Studien ble utført på to intensivavdelinger og er dermed ikke nødvendigvis sammenlignbar med andre intensivavdelinger. Dette kan også være tilfellet for Gélinas med kolleger (2006). Denne studien så på bruken av CPOT på pasienter som hadde gjennomgått hjertekirurgi. Vi ser at denne pasientgruppen nødvendigvis ikke er representativ for andre generelle intensivavdelinger. Denne svakheten påpeker riktignok Gélinas med kolleger, men konkluderer likevel med at CPOT kan brukes til å vurdere effekten av ulike tiltak for håndtering av smerte. Studier som er utført relatert til bruken av BPS og CPOT utføres på ulike intensivavdelinger som nødvendigvis ikke er sammenlignbar med andre avdelinger med respiratorpasienter. Det trengs derfor flere studier utført på ulike intensivavdelinger. På denne

måten kan man få en bredere kunnskap om bruken og effekten av disse smerteskåringsverktøyene.

Det er lite kontroverser da samtlige av artiklene vi har funnet er enige i at BPS og CPOT er valide smerteskåringsverktøy som bør implementeres i intensivavdelinger. En kan selvfølgelig diskutere hva dette skyldes, men en av forklaringene er som nevnt få forskere på dette område. En annen forklaring er at det er utført for få studier, noe som kommer fram i Yksnøs (2015) sin masteroppgave. Vi mener det derfor er viktig at det gjøres flere og større studier på bruken og effekten av smerteskåringsverktøy. Slik kan disse enkeltstudiene i seg selv få mer tyngde da datamaterialet blir større pga. flere deltakere og flere forskere.

Svakhetene med artiklene kan sammenfattes ved at det er for få forskere, enkeltstudier med få deltakere, begrenset datamateriale som igjen gjør studiene lite generaliserbare.

Selv med disse svakhetene, er det likevel viktig at slike studier blir utført. Alle studiene vi har lest som omhandler bruken av BPS og CPOT konkluderer med at disse smerteskåringsverktøyene er de beste vi har i dag. Enkeltstudier kan, som nevnt, være blant det beste kunnskapsgrunnlaget for klinisk praksis. Disse enkeltstudiene, i likhet med vår studie, viser at BPS og CPOT blir lite brukt i praksis, til tross for at det anbefales gjennom internasjonale retningslinjer å bruke validerte smerteskåringsverktøy (Barr et al., 2013).

6.0 Referanse

Bakkeland, J. & Thorsen, B.H. (2010) Lungesvikt. I.T Gulbrandsen og D-G Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie*. (s. 311-430), Oslo: Akribes

Barr, J., Fraser, G.L, Puntillo, K., Wesley E., Gélinas, C., Dasta, J.F.,...Jaeschke, R. (2013) Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *The Society Critical Care Medicine*. 263-307.

Bjørknes, G. & Rustøen, T. (2012) Smertevurdering av sederte pasienter på respirator. *Sykepleien Forskning* 2012 7 (1):32-39. doi:10.4220/sykepleienf.2012.0022

Chanques, G., Pohlman, A., Kress, J.P., Molinari, N., de Jong, A., Jaber, S., & Hall, J.B. (2014) Psychometric comparison of three behavioural scales for the assessment of pain in critically ill patients unable to self-report. *Critical Care* 18:R160.

Feiring, E. (2013) Norske pasienter for tungt sedert. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2013; 133:1296 doi: 10.4045/tidsskr.13.0660

Francis, J., Aminoff, M.J., Schamder, K.E. & Wilterdink J.L (2016) *Delirium and acute confusional states: Prevention, treatment, and prognosis*. Hentet 27.04.16 fra http://www.uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-treatment-and-prognosis?source=search_result&search=icu+delirium&selectedTitle=1~150#H15

Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Vaillant, F. & Desjardins, S. (2010) Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study. *International Journal of Nursing Studies* 48 (2011) 1495–1504

Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K.A., Viens, C., & Fortier, M. (2006) Validation Of The Critical-Care Pain Observation Tool In Adult Patients. *American Journal Of Critical Care*, 420-429.

Gélinas, C., Ross, M., Boitor, M., Desjardins, S., Vaillant, F. & Michaud, C. (2014). Nurses' evaluation of the CPOT use at 12-month post-implementation in the intensive care unit. *British Association of Critical Care Nurses*. 19 (6), 272-280. doi: 10.1111/nicc.12084.

Gulbrandsen, T. (2010) Smertelindring. I: Stubberud, D.-G. (Red.) Intensivsykepleie. (s 127-147) Oslo: Akribe AS

Gulbrandsen, T. (2010) Smertelindring. I T. Gulbrandsen og D-G Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie*. (s. 127-144), Oslo: Akribe

Johannessen, A., Tufte, P. A & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4.utg.) Oslo: Abstrakt forlag AS.

Norsk Sykepleierforbund Landsforening for Intensivsykepleiere (2002) Funksjonsbeskrivelse for Intensivsykepleier. Hentet 22.04.16 fra <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/125359/Funksjonsbeskrivelse-for-intensivsykepleier>.

Nortvedt, M. & Jamtvedt, G. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe. Kapittel. 4: Kritisk vurdering s. 67-160.

Olsen, B.F., Rustøen, T., Sandvik, L., Miaskowski, C., Jacobsen, F., Valeberg, B.T. (2015) Implementation Of A Pain Management Algorithm In Intensive Care Units And Evaluation Of Nurses' Level Of Adherence With The Algorithm. *Elsevier, Heart and Lung 1-6*.

Pandharipande, P., Mcgrane, S., Parsons, P.E., Avidan, M., Finaly, G., Nussmeier, N.A. (2016). Pain control in the critically ill adult patient. *Uptodate*.

Polit, D.F & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rijkenberg, S., Stilma, W., Endeman, H., Bosman, R.J., Oudemans-van Straaten, H.M (2015) Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical-Care Pain Observation Tool. *Journal of Critical Care 30 167–172*

Robleda, G., Roche-Campo, F., Urrútia, G., Navarro, M., Sendra, M.A., Castillo, A.,...Baños, J.E. (2014) A Randomized controlled trial of fentanyl in the pre-emptive treatment of pain associated with turning in patients under mechanical ventilation: research protocol. *Journal of Advanced Nursing 71(2), 441–450*.

Rose, L., Smith, O., Gelinas C., Haslam, L., Dale, C., Luk, E., ... Watt-Watson, J. (2012) Critical Care Nurses' Pain Assessment And Management Practices: A Survey In Canada. *American Journal of Critical Care 251-259*

Store Norske Leksikon (2009). Hentet 11.05.16 fra <https://snl.no/reliabilitet>

Stubberud, D.G. (2010). *Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde*. . I.T

Gulbrandsen, T. & Stubberud, D-G. (Red.), *Intensivsykepleie*. Oslo: Akribe AS

Sørseth, G. (2012) *Ikke for lite og ikke for mye*. (Masteroppgave, Universitet i Oslo, Det

Medisinske Fakultet) Hentet 25.05.16 fra

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/34067/Master->

[GardSorseth.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/34067/Master-GardSorseth.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

Vandvik, P.O., Bretthausen, M. & Kongerud, C. (2013) Fra kliniske spørsmål til troverdige svar. *Tidsskr Nor Legerforen* 2013; 133:1611 – 4. doi: 10.4045/tidsskr.13.0650

Yksnøy, J.B. (2015) *Hva sier forskningslitteraturen om reliabilitet og validitet på smerteverktøyene BPS og CPOT?* Masteroppgave, Lovisenberg Diakonale Høyskole.

Artikkel

<https://sykepleien.no/forfatterveiledning>

Forord

Erfaringsmessig har vi sett at smertebehandling til sederte respiratorpasienter ikke er prioritert i klinikken. Da vi gikk videreutdanning i intensivsykepleie, så vi at sykepleierne ikke benyttet seg av validerte smerteskåringsverktøy på flere av avdelingene vi var i praksis. Da sykepleierne fikk spørsmål om hvorfor de ikke benyttet seg av smerteskåringsverktøyene, svarte flere at de ikke hadde hørt om det, mens andre svarte at de ikke ville bruke mer tid på å fylle ut flere skjemaer. Dette førte til at vår nysgjerrighet rundt dette temaet vokste, og vi valgte derfor å gjøre et masterstudien på nettopp bruken av validerte smerteskåringsverktøy.

Vi vil gjerne få takke Gerd Bjørknes for at vi fikk bruke det samme spørreskjema i vår studie som det hun selv brukte i sin studie.

Vi vil også takke de tre respektive intensivavdelingene for at vi fikk lov til å gjennomføre spørreundersøkelsen vår hos dem.

Abstrakt

Bakgrunn; Intensivpasienter opplever smerte, både ved smertefulle prosedyrer, som f.eks. snuinger og trachealsuging, etter kirurgi eller ved generelle smerter i kroppen etter lang tids sengeleie. Tidligere forskning har vist at det var svært få som brukte CPOT eller BPS som et verktøy i klinikken. Derfor ønsket vi å gjøre denne studien for å se om bruken av smerteskåringsverktøy har endret seg de siste årene.

Hensikt; Studien hadde til hensikt å kartlegge dagens praksis tilknyttet vurdering av smerter hos sederte respiratorpasienter. Vi ønsket å se på hvilke indikatorer sykepleierne ser på for å evaluere om intensivpatienten har smerter, og eventuelt hvilke barrierer som ligger til grunn for at smerteskåringsverktøyene ikke blir brukt.

Metode; Tverrsnittsundersøkelse med bruk av spørreskjema på tre forskjellige intensivavdelinger.

Hovedresultat; Det ble delt ut 212 spørreskjema hvor 100 ble besvart. Dette resulterte i en svarprosent på nesten 47%. Stigning i blodtrykk, stigning i hjerterefrekvens, stigning i respirasjonsfrekvens, motorisk uro, avvergende bevegelser, ansiktsgrimaserings, pusting mot respirator, svette og tåreflod de mest brukte indikatorene for å evaluere om den sederte respiratorpasienten har smerter. 22% svarte at de bruker BPS ofte eller systematisk og 37% svarte at de ofte eller systematisk bruker CPOT.

Konklusjon; Sykepleierne bruker flere forskjellige vitale indikatorer for å kartlegge smerte. På de tre avdelingene er det et lavt antall sykepleiere som bruker de validerte

smerteskåringsverktøyene i sin hverdag. Bruk av smerteskåringsverktøyene kan gi pasientene en bedre livskvalitet etter utskrivelse av intensivavdelingen.

Med økt undervisning og økt fokus på smertevurdering i avdelingene, har tidligere studier vist en bedre smertelindringspraksis hos sykepleierne. Det trengs mer forskning for å øke sykepleiernes oppmerksomhet rundt smertekartlegging.

Nøkkelord: Smerte, respiratorpasient, smerteskåringsverktøy, tverrsnittstudie, intensivsykepleier.

Background: Critical care patients experience pain caused by painful procedures, like turning and tracheal suctioning, after surgery or generally pain as a consequence of immobilisation due to critical illness-

Previous research has shown that very few used CPOT or BPS as a tool to assess pain in the clinic. We wanted to do this study to find out if the use of pain assessment tools has changed in recent years.

Objective: This study intended to identify current practices associated with assessment of pain in sedated and mechanically ventilated patients. We wanted to find out which indicators nurses use to evaluate if patients have pain, and which barriers prevent pain assessment tools from being used in clinical practice.

Method: A cross-sectional study, where data was collected with a questionnaire, at three different ICUs.

Main results; Rise in blood pressure, increase in heart rate, increase in respiratory rate, restlessness, agitation, facial grimacing, breathing against the ventilator, sweating and lacrimation are the most commonly used indicators to evaluate whether the sedated and mechanically ventilated patient has pain. Twenty-two percent responded that they use BPS often or systematic and 37% said they often or systematically use CPOT.

Conclusion; Nurses use several vital indicators to assess pain.

In the three ICUs, few nurses use validated pain assessment tool in their clinical practice. Use of pain assessment tools can give patients a better quality of life after discharge of the ICU. With increased education and focus on pain assessment in the ICUs, previous studies have shown improved pain management practices. More research is needed to increase nurses' awareness of assessing pain.

Key words; pain, mechanically ventilation, pain assessment tool, cross-sectional study, intensive care nurse.

Introduksjon

De aller fleste intensivpasienter opplever smerte, både ved smertefulle prosedyrer, som f eks snuinger og trachealsuging, etter kirurgi eller ved generelle smerter i kroppen etter lang tids sengeleie (1). The International Association of The Study of Pain(IASP), definerer smerte som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse, som følge av faktisk eller potensiell vevsødleggelse (2). Smerte er en subjektiv opplevelse og kan kun beskrives av personene som opplever det, altså kan fysisk og psykisk stress forsterke opplevelsen av smerte (3, 4).

Pasienter som mottar invasiv respirasjonsstøtte har ofte ikke mulighet til å si fra om smerter, derfor er det utviklet flere verktøy som skal hjelpe intensivsykepleieren å kartlegge smerter hos en intubert og sedert pasient. Den siste utgaven av Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation and Delirium in Adult Pasients in the Intensive Care Unit (3) anbefaler bruk av smerteskåringsverktøyene Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) og Behavioral Pain Scale (BPS). De mener disse er valide og reabile verktøy, da systematisk bruk av smerteskåringsverktøy i intensivavdelinger gir bedre håndtering av smerter, færre senkomplikasjoner etter utskrivelse, samt endret bruk av analgetika og sedativa og færre respiratordøgn (3). Barr og kolleger anbefaler å implementere smerteskåringsverktøy i intensivavdelingene, slik at sykepleierne rutinemessig gjør individuelle smertevurderinger av den enkelte pasient. Spesielt viktig er det å evaluere pasientens smertenivå før, under og etter smertefulle prosedyrer, særlig hos pasienter som ikke kan videreformidle opplevelsen av smerte.

Av internasjonale studier har Payen og kolleger (5), Chaques og kolleger (6) og Gelinas og kolleger (7) gjort studier på implementering av BPS og CPOT, de kom alle frem til redusert bruk av sedativa og analgetika, færre respiratordøgn og pasientene ble bedre smertelindret og var sjeldnere agitert etter implementeringen.

Nasjonalt, gjorde Olsen og kolleger (8) en studie på implementering av BPS for å evaluere sykepleiernes mulighet til å bruke smerteskåringsverktøy. De kom frem til at sykepleierne hadde god erfaring med BPS, men i en travel hverdag med hemodynamisk ustabile pasienter, ble smerteskåringen nedprioritert.

Bjørknes & Rustøen (9) gjennomførte en kvantitativ tverrsnittundersøkelse med spørreskjema for å undersøke hvilke indikatorer og hjelpemidler sykepleierne bruker når de vurderer smerter hos intensivpatienten. De kom frem til at det var svært få som brukte CPOT eller BPS som et verktøy i klinikken. Oss bekjent har det ikke blitt gjort noen oppfølgingsstudier av Bjørknes og Rustøen (9) sin studie, og heller ingen liknende studie. Derfor ønsker vi å gjøre denne studien for å se om bruken av smerteskåringsverktøy har økt siden Bjørknes & Rustøen gjorde sin studie i 2012.

Denne studien hadde til hensikt å kartlegge dagens praksis tilknyttet vurdering av smerter hos sederte respiratorpasienter. Vi ønsket å se på hvilke indikatorer sykepleierne ser på for å evaluere om intensivpatienten har smerter, og eventuelt hvilke barrierer som ligger til grunn for at smerteskåringsverktøyene ikke blir brukt. Studien vil kunne gi økt oppmerksomhet rundt sykepleiernes rutiner ved kartlegging av smerter hos intuberte intensivpatienter, samt at resultatene fra studien vil kunne bidra til økt vektlegging av kunnskapsbasert praksis.

Metode

En tverrsnittundersøkelse med bruk av spørreskjema ble gjennomført mellom desember 2015 og januar 2016. Spørreskjema ble distribuert til tre intensivavdelinger på to forskjellige sykehus, en ren medisinsk intensivavdeling og to generelle intensivavdelinger. Alle fast ansatte sykepleiere og spesialsykepleiere ble inkludert. Skriftlig informasjon ble levert ut

sammen med spørreskjema, og utfylte spørreskjemaer ble sett på som skriftlig samtykke.

Videre ble det informert om frivillig deltakelsen og anledning til å trekke seg fra undersøkelsen om ønskelig. Alle deltakerne ble også informert om anonymitet og konfidensialitet.

Studien ble meldt til NSD, og godkjenning til å gjennomføre studien ble innhentet fra de respektive avdelingslederne.

Datasamling

Spørreskjemaet vi brukte i denne studien ble også brukt av Bjørknes & Rustøen (9) i «Smertevurdering av sederte pasienter på respirator», med noen små forandringer.

Godkjenning til å bruke det samme spørreskjemaet ble innhentet fra Bjørknes høsten 2015.

Spørreskjemaet er satt sammen av tre forskjellige skjemaer.

Første del av spørreskjemaet startet med bakgrunnsspørsmål som alder, kjønn, spesialitet, ferdig utdannet sykepleier, ferdig utdannet spesialsykepleier, antall års erfaring med respiratorpasienter samt om avdelingen bruker MetaVision.

Del to av spørreskjemaet ble første gang utarbeidet av Tøien (10) i en studie om smerte hos multitraumepasienter, og handlet om indikatorer for å kartlegge smerter. Her var det ramset opp flere indikatorer som forandring i blodtrykk, hjerterefrekvens, oksygenmetning, ansiktsgrimasing og lignende. Deltakerne skulle da krysse av på de parameterne de selv mente var de viktigste indikatorene for smerte.

I del tre av spørreskjemaet ble sykepleierne bedt om å krysse av for hvor ofte de brukte ulike hjelpemidler i vurderingen av behov for smertelindring. Valgmulighetene var følgende;

Visuelle Analog Skala (VAS), Numerisk skala (NRS), Faces pain Scale (FPS), Behavioral Pain Scale (BPS), Critical Care pain observation tool (CPOT), Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) og Glasgow Coma Scale (GCS). Bruken av disse smerteskåringsverktøyene ble kartlagt ved at sykepleierne ble bedt om å krysse av for hvor ofte de brukte dem; aldri, sjelden, ofte eller systematisk.

Videre i del tre var det ulike utsagn om smertelindringspraksis sykepleierne måtte svare på. Sykepleierne ble her presentert for ulike utsagn vedrørende praksis rundt bruken av smertestillende medikamenter og sedasjon i forbindelse med prosedyrer som kan være smertefulle. Svaralternativene var her aldri, sjelden, ofte eller systematisk.

Del tre ble så avsluttet med ulike utsagn som kan oppleves som en barriere for effektiv smertehåndtering hos respiratorpasienten. Her ble sykepleierne bedt om å krysse av i hvilken grad de var svært enig, uenig, verken enig eller uenig, enig eller svært enig i de ulike utsagnene.

Dataanalyse

For å analysere dataene ble IBM SPSS 23.0 for Windows (IBM SPSS, NY, USA) benyttet. Statistiske analyser ble utført ved bruk av beskrivende statistikk som frekvens og prosentandeler. For å sammenlikne de forskjellige avdelingen har vi gjort krysstabellanalyse med chi-kvadrat test.

Resultater

Det ble delt ut 212 spørreskjema hvor 100 ble besvart. Dette resulterte i en svarprosent på nesten 47%. På de to generelle intensivavdelingene var svarprosenten henholdsvis på 42% og 51%. Oppslutningen på medisinsk avdeling var 47%. Kvinnelige respondenter utgjorde 82% og gjennomsnittlig alder var mellom 41-50 år.

Av respondentene var det 8 deltakere som ikke hadde videreutdanning, mens 89 deltakere hadde videreutdanning i intensivsykepleie, og 1 av deltakerne i anesthesisykepleie, 2 deltakere hadde ikke svart på dette spørsmålet.

Antall år som ferdig spesialsykepleiere var gjennomsnittlig på 13,5 år. Antall års erfaring med respiratorpasienter var gjennomsnittlig på 14 år for hele utvalget, hvorav 4% hadde under 1 års erfaring med respiratorpasienter.

Smerteindikatorer

På spørsmål om hvilke indikatorer som brukes for å vurdere om respiratorpasienten har smerter, var indikatorene som stigning i blodtrykk, stigning i hjerterefrekvens, stigning i respirasjonsfrekvens, motorisk uro, avvergende bevegelser, ansiktsgrimaser, pusting mot respirator, svette og tåreflod de mest brukte. De minst brukte var reduksjon i blodtrykk og hjerterefrekvens, blekhet, reduksjon av perifer O₂-metning og pupillestørrelse (tabell 1).

Tabell 1: Smerteindikatorer.

	<i>Totalt</i> (<i>n=100</i>)		<i>Avd A</i> (<i>n=38</i>)		<i>Avd B</i> (<i>n=21</i>)		<i>Avd C</i> (<i>n=41</i>)	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Indikatorer for smerte.</i>								
Stigning i blodtrykk	91	91,9	34	91,9	20	95,2	37	90,2
Fall i blodtrykk	13	13,1	5	13,2	3	14,3	5	12,2
Stigning i hjerterefrekvens	93	93,9	35	94,6	21	100	37	90,2
Fall i hjerterefrekvens	9	9,1	4	10,5	1	4,8	4	9,8
Stigning i respirasjonsfrekvens	92	92,9	36	97,3	19	90,5	37	90,2
Pusting mot respiratoren	79	79,8	29	78,4	14	66,7	36	87,8
Tåreflod	93	93,9	36	97,3	20	95,2	37	90,2
Ansiktsgrimaser	97	98	36	97,3	21	100	40	97,6
Avvergende bevegelser	74	74,7	29	78,4	13	61,9	32	78,0
Motorisk uro	91	91,9	35	94,6	21	100	35	85,4
Svette	71	71,7	31	83,8	15	71,4	25	61,0
Blekhet	42	42,4	19	51,4	8	38,1	15	36,6
Reduksjon av perifer O2-metning	28	28,6	12	33,3	7	33,3	9	22,0
Pupillestørrelse	36	36,7	16	44,4	5	23,8	15	36,6

Ved den intensivavdelingen hvor det var høyest gjennomsnittlig erfaring med respiratorpasienter, svarte alle utenom én at ansiktsgrimaser var den indikatoren som oftest var brukt for å vurdere smerte hos respiratorpasienten.

Ved den medisinske intensivavdelingen var samtlige av respondentene enige om at motorisk uro var den indikatorene som brukes mest i vurdering av smerte.

På spørsmål om respondentene synes det er vanskelig å vurdere smerte hos respiratorpasienten, svarer 77% at de er enig eller litt enig, mens 4% svarer at de er uenig i denne påstanden.

42% svarer enig eller litt enig på påstanden om at hvis respiratorpasienten er stresset, er det lett å finne ut om han er smertepåvirket eller opplever annet ubehag, 10% er usikre mens 47% svarer litt uenig eller uenig.

Hjelpemidler

På spørsmål om bruk av smerteskåringsverktøy, svarer 78% at de aldri eller sjeldent bruker BPS, mens 22% svarer at de bruker BPS ofte eller systematisk. 62% svarer aldri eller sjeldent at de bruker CPOT, mens 37% svarte ofte eller systematisk. Ved krysstabellanalyse var det kun signifikant forskjell mellom avdelingene på bruk av CPOT og BPS ($p < 0,001$).

Ved bruk av RASS, svarte 17% at de aldri eller sjeldent bruker RASS til å kartlegge smerte hos respiratorpasienten, mens 76% svarte at den brukes ofte eller systematisk. På spørsmål om Glasgow Coma Scale (GCS) brukes til å kartlegge smerte hos respiratorpasienten, svarer 41% at de bruker den aldri eller sjeldent, mens 58% svarte at den brukes ofte eller systematisk. (tabell 2)

Tabell 2: *Hjelpemidler brukt ofte/systematisk.*

<i>Hjelpemidler</i>	<i>Total</i> (<i>n=100</i>)		<i>Avd A</i> (<i>n=38</i>)		<i>Avd B</i> (<i>n=21</i>)		<i>Avd C</i> (<i>n=41</i>)	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Visuell analog skala (VAS)	39	41,5	20	55,5	7	33,3	12	32,4
Numerisk Skala (NRS)	59	60,2	25	65,8	3	14,3	31	79,5
Face Pain Scale (FPS)	3	4,4	1	2,9	1	5	2	5,4
Behavioural Pain Scale (BPS)	21	22,4	18	50	3	14,3	0	0
Critical Pain Observation Tool (CPOT)	22	23,7	0	0	0	0	34	87,1
Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)	76	80	28	77,8	15	75,0	33	80
Glascow Coma Scale (GCS)	56	58,4	24	66,7	9	45,0	23	57,5

Smertelindringspraksis

Videre fikk respondentene spørsmål om de gir respiratorpasienten ekstra bolusdoser med analgetika før stell og prosedyrer, her svarte 88% at de ofte eller systematisk gjør det, mens 12% svarte sjeldent eller aldri.

Respondentene fikk også spørsmål om de ga ekstra bolusdoser med sedative før stell eller prosedyrer, her svarte 41,4% aldri eller sjeldent, mens 57,5% svarte ofte eller systematisk.

Barrierer for effektiv smertelindring

Ved påstanden om at det ikke blir ordinert tilstrekkelig smertestillende medikamenter svarer 39% svært uenig eller uenig, 15% verken enig eller uenig og 46% er enig eller svært enig.

Påstandene om at det er manglende kunnskap om smerter svarer 33% svært uenig eller uenig, 29% verken enig eller uenig, mens 37% er enige og 1% er svært enig.

Om utilstrekkelig vurdering av smerte og smertelindring er en barriere, svarte 24% uenig eller svært uenig, 18% verken enig eller uenig og 58% at de var enig eller svært enig.

Diskusjon

I denne studien kom vi frem til at endringer i respiratorpasientens tilstand, som stigende blodtrykk, økt hjerterefrekvens, stigende respirasjonsfrekvens, pusting mot respiratoren og ansiktsgrimaser er de mest brukte indikatorene for å evaluere smerter hos respiratorpasienten.

Dette samsvarer med det Bjørknes & Rustøen (9) fant i sin studie, med omtrent identiske spørsmål. I likhet med Bjørknes og Rustøen (9) sin studie finner vi også i vår studie at sykepleierne bruker flere forskjellige indikatorer for å kartlegge smerte hos respiratorpasienten (tabell 1). Det viser muligens kompleksiteten i det å vurdere smerte hos pasienter som selv ikke kan uttrykke seg verbalt. Det er også gjort flere internasjonale studier som samsvarer med hva Bjørknes & Rustøen (9) fant i sin studie. Disse studiene viser også at de kliniske parameterne sykepleierne rangerer som de viktigste indikatorene for å evaluere smerte, nettopp er stigende blodtrykk, økt hjerterefrekvens og stigende respirasjonsfrekvens (11,1).

Vitale parametere kan også indikere smerte, men det anbefales ikke å kun se på disse indikatorene for å kartlegge smerte hos respiratorpasienten. De vitale parameterne kan bli påvirket av andre stressfaktorer enn smerte, og fravær av fysiologisk påvirkning, er ikke ensbetydende med fravær av smerter (12, 13).

De vitale parameterne kan i mange tilfeller være et hjelpemiddel til å si noe om pasienten har smerter eller ikke, men de kan også endres av andre årsaker, og kan i tillegg være upålitelige hos intensivpasienter som mottar pressorbehandling (12, 14, 3). Ut i fra hvordan spørsmålet om indikatorer ble formulert, kan vi legitimere at det var såpass høy svarprosent på de fysiologiske parameterne. Vi ser i ettertid at deltakerne i studien burde fått alternativer, altså i hvilken grad de bruker de forskjellige indikatorene for å evaluere om respiratorpasientene har smerter. Det ville gitt oss en bedre forståelse av deltakernes kunnskap om å kartlegge smerter.

Det var over 90% som hadde krysset av for motorisk uro og ansiktsgrimaser som de viktigste indikatorene for å kartlegge smerter hos respiratorpasienten. Det ser vi på svært positivt, da både motorisk uro og ansiktsgrimaser inngår som to områder ved bruk av BPS eller CPOT (15).

Det var også høy svarprosent på tåreflod og svette, noe som også samsvarer med hva Bjørknes & Rustøen (9) fant i sin studie, men det er lite litteratur som beskriver akkurat det. Verken BPS eller CPOT har tåreflod og svette med som kriterier for vurdering av smerte, noe som viser hvor vanskelig kartlegging av smerter er i praksis.

Respondentene fikk så spørsmål om vurdering av smerter hos respiratorpasienten. 77% svarte at de synes det er vanskelig å vurdere om respiratorpasienten har smerter. Amungaard, T.K (16) gjorde fokusgruppeintervju i sin masteroppgave, der gruppene diskuterte vurdering av smerter hos respiratorpasienten. Der kom det frem at intensivsykepleierne opplever smertevurdering som utfordrende og komplekst. Det trekkes også frem at erfaring og kunnskaper brukes aktivt i klinikken for å vurdere smerter hos respiratorpasienten. En studie gjort av Wilson (17) viser at sykepleiere med videreutdanning har bedre kunnskaper om

smerter og smertelindring, men antall års erfaring ikke utgjorde noen forskjell i forhold til nyutdannede sykepleiere.

Stress kan som nevnt være en indikator for om respiratorpasienten har smerter, 42% krysset av på at de synes det var lett å se om respiratorpasienten hadde smerter hvis han var stresset. I spørreskjemaet blir ikke stress definert, derfor er det vanskelig å trekke noe konklusivt ut fra et slikt spørsmål, da stress kan være et uttrykk for angst, tubeirritasjon o.l. Likevel kan vi trekke likhetstegn opp mot indikatorer for vurdering av smerter som ble spurt om tidligere i spørreskjemaet, hvor svarprosenten var høy på de vitale indikatorene. Vi kan da undre oss over hvorfor svarprosenten på spørsmål om stress var relativt lav i forhold til svarprosenten på de vitale indikatorene, da de ofte stiger ved stress. Av erfaring vet vi at det er vanskelig å vite hvorfor respiratorpasienten er stresset, noe som kan forklare hvorfor svarprosenten var lav.

På spørsmål om hjelpemidler svarte 22% at de ofte eller systematisk bruker BPS og 37% svarte at de ofte eller systematisk bruker CPOT (se tabell 2). Alle deltakerne som krysset av på at de brukte CPOT, kom fra samme avdeling, noe som kan tyde på at CPOT er implementert der. På de to andre avdelingene så vi at det er et lavt antall sykepleiere som bruker de validerte smerteskåringsverktøyene i sin hverdag. Tidligere forskning har ikke vist økt overlevelse ved bruk av validerte smerteskåringsverktøy hos den sederte respiratorpasienten. Likevel kan bruk av smerteskåringsverktøyene gi pasientene en bedre livskvalitet etter utskrivelse av intensivavdelingen, sammenliknet med de pasientene som ikke har blitt smerteskåret under intensivoppholdet (18, 1).

I klinikken har vi erfart at flere sykepleiere mener de ikke får tid til å fylle ut enda et skjema og at det holder å evaluere sedasjonsnivået hos respiratorpasienten. En nyere studie som ble publisert i 2015, viser likevel det å implementere BPS i en intensivavdeling ikke ble for mye

jobb, men sykepleierne følte de hadde mer kontroll på om respiratorpasientene hadde smerter (8).

Internasjonale studier har også vist at CPOT er et enkelt verktøy å bruke i hverdagen, da det ikke behøves lang opplæring og selve skjemaet er lett å forstå (19). Bjørknes & Rustøen (9) fikk også lav svarprosent på bruk av smerteskåringsverktøy, og dette kan tyde på at det ikke har skjedd store endringer på de årene som har gått siden deres studie ble publisert.

40% oppga at de brukte VAS og 59% oppga at de brukte NRS for å vurdere pasientens smerte. Vi stiller oss undrende til dette, da disse skalaene er avhengig av at pasientene selv kan oppgi et tall fra 1-10 for å kartlegge smertenivået (20).

En mulig forklaring, kan være at det ikke kom tydelig nok frem i spørreskjemaet at alle spørsmålene omhandlet en lett sedert respiratorpasient. Vi hadde heller ikke definert en lett sedert respiratorpasient i forhold til RASS-skalaen, og deltakerne kan selv ha definert en lett sedert respiratorpasient som en lett vekkbare pasient. Når vi sammenlikner våre resultater med hva Bjørknes & Rustøen (9) fant i sin studie, ser vi at de også fikk en relativt høy svarprosent på både VAS og NRS. Da det er få intensivavdelinger i Norge som har innført BPS eller CPOT, kan mangelen på et validert smerteskåringsverktøy være noe av forklaringen på hvorfor VAS og NRS fikk såpass høy svarprosent. Sykepleierne bruker da det verktøyet de er kjent med, fremfor et validert smerteskåringsverktøy (9).

Det vi stiller oss mest undrende til ved denne studien, er den høye svarprosenten på RASS (76%) og GCS(56%), som ofte eller systematisk bruker disse verktøyene for å kartlegge om respiratorpasienten har smerter. Disse to verktøyene er utarbeidet for å vurdere pasienters sedasjons- og bevissthetsnivå, og egner seg ikke til å kartlegge smerter (21). De to nevnte verktøyene er godt kjent i intensivavdelinger og en kan tenke seg at deltakerne ikke har lest

spørsmålene i spørreskjemaet grundig, og dermed krysset av for de verktøyene som brukes daglig i klinikken, til tross for at det kom tydelig frem i spørsmålet at det dreier seg om smertekartlegging.

Det er flere prosedyrer i løpet av dagen som utsetter respiratorpasienten for smerte. Snuing er en av de mest smertefulle prosedyrene (22). I følge studien til Robleda og kolleger (22) fremlegges en hypotese om at pasienter som får Fentanyl før snuing vil oppleve mindre smerter enn pasientene som ikke får Fentanyl før snuing. Derfor er det positivt å se at 87,9% ofte eller systematisk gir respiratorpasienten ekstra bolusdoser med analgetika før stell og prosedyrer.

En svakhet med spørreskjemaet relatert til smertelindringspraksis er mangel på spørsmål om respondenten gir analgetika i kombinasjon med sedativa. Derfor er det uklart om 57,5% som svarer de ofte eller systematisk gir ekstra bolusdoser med sedative før stell eller andre prosedyrer også gir dette i kombinasjon med analgetika. Vi har erfaring med at bolus av sedative ofte er førstehåndsmedikamentet ved ulike prosedyrer.

Det var 33% av respondentene som var uenig eller svært uenig at det er manglende kunnskap om smerte som utgjør en barriere for effektiv smertelindring. Men ifølge Rose og kolleger (11) er det nettopp mangel på kunnskap som gjør at bruken av validerte smertevurderingsverktøy ikke brukes. Både BPS og CPOT er oversatt til norsk. Olsen og kolleger (23) har testet reabiliteten til BPS på norsk. Ved å oversette BPS til norsk, for så å oversette tilbake til engelsk igjen, og kom med det frem til at det er et valid verktøy å benytte i norske intensivavdelinger.

Hele 58% svarte at de var enig eller svært enig om at utilstrekkelig vurdering av smerte og smertelindring er en barriere. Etter vår mening kan manglende opplæring innenfor bruk av smerteskåringsverktøy og evaluering av smerter være en mulig forklaring.

I vår studie kom det fram at tilsammen 42% var enig eller svært enig at ordinerte medikamenter ikke blir gitt i tilstrekkelig grad. Ser vi på Sørseht (24) sin masteroppgave kan denne kanskje gi en pekepinn på mulige årsaker til resultatet i vår studie. Han intervjuet elleve intensivsykepleiere på tre ulike intensivavdelinger om hvilke vurderinger de gjør før administrering av smertestillende til pasienter som ikke kunne kommunisere verbalt. Resultatet viste bl.a. at beslutningsgrunnlaget for administrering av smertestillende ofte ble tatt på bakgrunn av mengden smertestillende som var gitt på tidligere vakter, selv om sykepleierne i liten grad dokumenterte de vurderingene de gjorde forut for smertebehandlingen. Sørseth (24) kom også frem til at sykepleierne hadde ulike oppfatninger om smerter, samt bruken av smertestillende. Beslutningsgrunnlaget for smertebehandlingen ble dermed ulik fra sykepleier til sykepleier.

Avslutning

Studien vår viser at CPOT og BPS blir lite brukt i praksis, til tross for at det anbefales gjennom internasjonale retningslinjer å bruke validerte smerteskåringsverktøy(3).

Sykepleierne bruker som oftest de fysiologiske parameterne til å vurdere om den sederte respiratorpasienten har smerter. Det kom også frem at manglende kunnskap og utilstrekkelig vurdering av smerte og smertelindring er de største barrierene sykepleierne møter i sin

hverdag. Med økt undervisning og økt fokus på smertevurdering i avdelingene, har tidligere studier vist en bedre smertelindringspraksis hos sykepleierne.

Det var en avdeling som hadde høyere svarprosent på bruk av CPOT, ellers så vi ingen forskjeller på de tre avdelingene, og antall års erfaring gjorde heller ingen forskjell i vurdering av smerter.

Nasjonalt er det gjort lite forskning innenfor dette feltet, og vi ser tydelig at det trengs mer forskning for å øke sykepleiernes oppmerksomhet rundt smertekartlegging.

Referanser

1. Pandharipande, P., Mcgrane, S., Parsons, P.E., Avidan, M., Finaly, G., Nussmeier, N.A. (2016). Pain control in the critically ill adult patient. Hentet 25.04.16 fra http://www.uptodate.com/contents/pain-control-in-the-critically-ill-adult-patient?source=search_result&search=Pain+control+in+the+critically+ill+adult+patient.&selectedTitle=1~150
2. IASP Task Force on Taxonomy. *Classification of Chronic Pain*, 2nd Edn. Seattle: IASP Press, 1994.
3. Barr, J., Fraser, G.L, Puntillo, K., Wesley E., Gélinas, C., Dasta, J.F., ... Jaeschke,R. (2013) Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *The Society Critical Care Medicine*. 263-307.
4. Amundgaard, T.K (2012) *Vurdering Av Smerte Hos Voksne Sederte Pasienter På Respirator, En Utfordrende Og Kompleks Oppgave*. (Masteroppgave) Avdeling for Helse, Omsorg og Sykepleie, Høgskolen i Gjøvik, Gjøvik.
5. Payen, J-F., Bosson, J-L., Chanques, G., Mantz, J., Labarere J. (2009) Pain Assessment Is Associated with Decreased Duration of Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit. *Anesthesiology*, V 111, No 6, Dec 2009 1308-1316
6. Chanques, G., Jaber, S., Barbotte, E., Violet, S., Sebbane, M., Perrigault, P-F., Mann, C., Lefrant, J-Y., Eledjam, J.J. (2006) Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Crit Care Med* 2006 Vol. 34, No. 6 1691-1699.
7. Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K.A., Viens, C., & Fortier, M. (2006) Validation Of The Critical-Care Pain Observation Tool In Adult Patients. *American Journal Of Critical Care*, 420-429.
8. Olsen, B.F., Rustøen, T., Sandvik, L., Miaskowski, C., Jacobsen, F., Valeberg, B.T. (2015a) Implementation Of A Pain Management Algorithm In Intensive Care Units And Evaluation Of Nurses' Level Of Adherence With The Algorithm. *Elsvier, Hart and Lung* 1-6.

9. Bjørknes, G. & Rustøen, T. (2012) Smertevurdering av sederte pasienter på respirator. *Sykepleien Forskning* 2012 7 (1):32-39. DOI:10.4220/sykepleienf.2012.0022
10. Tøien K. Smerter hos den multitraumatiserte intensivpasient. Sykepleierens vurdering og ansvar. En survey. *Hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap, 2002, Universitetet i Oslo.*
11. Rose, L., Smith, O., Gelinas C., Haslam, L., Dale, C., Luk, E., ... Watt-Watson, J. (2012) Critical Care Nurses' Pain Assessment And Management Practices: A Survey In Canada. *American Journal of Critical Care* 251-259
12. Gèlinas, C. & Johnston, C. (2007) Pain Assessment in the Critically Ill Ventilated Adult: Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool and Physiologic Indicators. *Clin J Pain* 2007;23;497-505.
13. Siffleet, J., Young, J., Nikoletti, S., Shaw, T. (2007) Patients' self-report of procedural pain in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 16, 2142–2148
14. Rijkenberg, S., Stilma, W., Endeman, H., Bosman, R.J., Oudemans-van Straaten, H.M (2015)
Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical-Care Pain Observation Tool. *Journal of Critical Care* 30 167–172
15. Chanques, G., Pohlman, A., Kress, J.P., Molinari, N., de Jong, A., Jaber, S., & Hall, J.B. (2014) Psychometric comparison of three behavioural scales for the assessment of pain in critically ill patients unable to self-report. *Critical Care* 18:R160.
16. Ammungaard, T.K & Østlie, I.L. (2014) Vurdering av smerte hos voksne intensivpasienter. *Sykepleien Forskning*, 316-324
17. Wilson, B. (2007). Nurses' knowledge of pain. *Journal of Clinical Nursing* 16: 1012-1020.

18. Payen, J-F og Gèlinas C. (2014) Measuring pain in non-verbal critically ill patients: which pain instrument? *Critical Care* 2014 18:554.
19. Linde, S.M., Badger, J.M., Badger J.T., Beaudry, J., Brucker, A., Martin, K., Opaluch-Bushy, N.B., & Navedo Roy, R.D. (2013) Observation Tool In Intubated Adults After Cardiac Surgery. *American Journal Of Critical Care* 491-497
20. Gulbrandsen, T. (2010) Smertelindring. I T. Gulbrandsen og D-G Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie*. (s.127-144), Oslo: Akribe
21. Mastad, V. og Gulbrandsen T. (2010) Nevrointensivpasienten. I T. Gulbrandsen og D-G Stubberud (Red) *Intensivsykepleie* (s. 714-739), Oslo: Akribe.
22. Robleda, G., Roche-Campo, F., Urrútia, G., Navarro, M., Sendra, M.A., Castillo, A.,... Baños, J.E. (2014) A Randomized controlled trial of fentanyl in the pre-emptive treatment of pain associated with turning in patients under mechanical ventilation: research protocol. *Journal of Advanced Nursing* 71(2), 441–450.
23. Olsen, B.F., Rustøen, T., Sandvik, L., Miaskowski, C., Jakobsen, M. (2015b) Development of a pain management algorithm for intensive care units. *Elsevier, Heart and Lung* 1-7
24. Sørseth, G. (2012) *Ikke for lite og ikke for mye*. (Masteroppgave, Universitet i Oslo, Det Medisinske Fakultet) Hentet 25.05.16 fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/34067/Master-GardSorseth.pdf?sequence=5&isAllowed=y>



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Fredrik Hetmann
Institutt for sykepleie Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 19.10.2015

Vår ref: 45146 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.10.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>45146</i>	<i>Intensivsykepleierens smertevurdering av sederte respiratorpasienter.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Fredrik Hetmann</i>
<i>Student</i>	<i>June Flaa Johansen</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 45146

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Det reviderte informasjonsskrivet mottatt 15.10.15 er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 01.06.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

Respiratorpasienten, smertevurdering og smertebehandling.

SPØRRESKJEMA

1. Alder: 20-30 31-40 41-50 51-60 over 60

2. Kjønn: Kvinne Mann

3. Sykepleier Spesialsykepleier 4. Spesialitet: _____

5. Ferdig utdannet sykepleier: _____ årstall.

6. Ferdig utdannet spesialsykepleier: _____ årstall.

7. Antall års erfaring med respiratorpasienter: _____ år.

8. Bruker avdelingen MetaVision ? Ja Nei

9. Har din avdeling skriftlige retningslinjer for smertelindring av respiratorpasient? Ja Nei

10. Er det tradisjon for at sykepleiere/spesialsykepleiere ved din avdeling kan gi medikamentell smertelindring til respiratorpasienten uten legeordinasjon? Ja Nei

11. Dersom du svarte ja på spørsmål 10, er denne delegeringen av myndighet nedtegnet i skriftlige retningslinjer på avdelingen? Ja Nei

12. Ordinerer legene på din avdeling analgetika til pasienter som fast dosering Fast dosering eller som en minimums - maksimumsdosering som sykepleierne justerer etter egen vurdering? Minimums - maksimumsdosering som sykepleierne justerer

Andre måter å ordinere på: _____

Når du besvarer de påfølgende spørsmålene, ber vi deg ha i tankene den lett sederte respiratorpasient.

13. Hvilke indikatorer bruker du for å vurdere om respiratorpasienten har smerter (sett kryss ved alle de punktene som er i overensstemmelse med din erfaring og praksis)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a) Stigning i blodtrykk | <input type="checkbox"/> h) Ansiktgrimaser |
| <input type="checkbox"/> b) Fall i blodtrykk | <input type="checkbox"/> i) Avvergende bevegelser (inkludert stivhet) |
| <input type="checkbox"/> c) Stigning i hjerterefrekvens | <input type="checkbox"/> j) Motorisk uro |
| <input type="checkbox"/> d) Fall i hjerterefrekvens | <input type="checkbox"/> k) Svette |
| <input type="checkbox"/> e) Stigning i respirasjonsfrekvens | <input type="checkbox"/> l) Blekhet |
| <input type="checkbox"/> f) Pusting mot respirator | <input type="checkbox"/> m) Reduksjon av perifer O2 metning |
| <input type="checkbox"/> g) Tåreflod | <input type="checkbox"/> n) Pupillestørrelse |

Andre, nevn hvilke: _____

14. Hvilke fire smerteindikatorer synes du er de viktigste ?

Under presenteres en rekke påstander som du skal vurdere i forhold til hvor enig du er i dem. Graden av enighet angis ved å sette et kryss ved det alternativet som er mest i overensstemmelse med ditt synspunkt. Du skal kun sette et kryss for hver påstand.

Beslutninger i forhold til respiratorpasientens smertebehandling tar jeg på bakgrunn av:

- | | | | | | |
|---|-------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| 15. Kunnskap om den enkelte pasient | <input type="checkbox"/> Enig | <input type="checkbox"/> Litt enig | <input type="checkbox"/> Usikker | <input type="checkbox"/> Litt uenig | <input type="checkbox"/> Uenig |
| 16. Klinisk erfaring. | <input type="checkbox"/> Enig | <input type="checkbox"/> Litt enig | <input type="checkbox"/> Usikker | <input type="checkbox"/> Litt uenig | <input type="checkbox"/> Uenig |
| 17. Teoretisk kunnskap. | <input type="checkbox"/> Enig | <input type="checkbox"/> Litt enig | <input type="checkbox"/> Usikker | <input type="checkbox"/> Litt uenig | <input type="checkbox"/> Uenig |
| 18. Innlevelse i pasientens situasjon. | <input type="checkbox"/> Enig | <input type="checkbox"/> Litt enig | <input type="checkbox"/> Usikker | <input type="checkbox"/> Litt uenig | <input type="checkbox"/> Uenig |
| 19. Det er vanskelig å vurdere om respiratorpasienten har smerter. | <input type="checkbox"/> Enig | <input type="checkbox"/> Litt enig | <input type="checkbox"/> Usikker | <input type="checkbox"/> Litt uenig | <input type="checkbox"/> Uenig |
| 20. Når jeg ser at respiratorpasienten er stresset er det lett å finne ut om han er smertepåvirket eller opplever annet ubehag. | <input type="checkbox"/> Enig | <input type="checkbox"/> Litt enig | <input type="checkbox"/> Usikker | <input type="checkbox"/> Litt uenig | <input type="checkbox"/> Uenig |
| 21. Ved smertelindring er det avgjørende for meg hva pårørende sier om pasientens behov for smertelindring | <input type="checkbox"/> Enig | <input type="checkbox"/> Litt enig | <input type="checkbox"/> Usikker | <input type="checkbox"/> Litt uenig | <input type="checkbox"/> Uenig |
| 22. I pasientens dokumentasjon finner jeg det jeg lurer på for å gi pasienten adekvat smertelindring | <input type="checkbox"/> Enig | <input type="checkbox"/> Litt enig | <input type="checkbox"/> Usikker | <input type="checkbox"/> Litt uenig | <input type="checkbox"/> Uenig |

SAMARBEID

23. Respiratorpasientens smertelindring er primært: a) Sykepleierens ansvar

b) Legens ansvar

c) Et samarbeid mellom lege og sykepleier

24. Det er lett å skjelne mellom hva som er sykepleierens funksjon og hva som er legens funksjon i forhold til smertelindring av respiratorpasienten.

Enig Litt enig Usikker Litt uenig Uenig

25. Hvor ofte kommer du med forslag overfor legene i forhold til smertebehandling av respiratorpasienten?

Ofte Av og til Sjelden Aldri

26. Hvor ofte tar legene initiativ til å diskutere smertebehandlingen av respiratorpasient med deg?

Ofte Av og til Sjelden Aldri

27. Når du beslutter deg for å gi en bolusdose eller kontakte lege for endring av smertelindring: Hvilke forhold ved pasientens symptomer legger du vekt på før du endrer smertelindringen? (Sett inn tall i prioritert rekkefølge fra 1 og oppover og kun ved de punktene du vektlegger)

a) Alvorlighetsgraden på symptomet(ene)

b) Antallet symptom(er)

c) Varigheten av symptomet(ene)

d) Hvor hyppig symptomet(ene) forekommer

e) Graden av stress ved symptomet(ene)

f) Hvordan symptomet(ene) føles for pasienten

HJELPEMIDLER VED VURDERING AV BEHOV FOR SMERTELINDRING

28. Hvor hyppig anvender du hjelpemidlene satt opp nedenfor i vurderingen av behov for smertelindring?

- | | | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| O) Visuell Analog Skala (VAS) | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Systematisk |
| b) Numerisk skala (NRS) | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Systematisk |
| c) Faces pain Scale (FPS) | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Systematisk |
| d) Behavioral Pain Scale (BPS) | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Systematisk |
| e) Critical Care pain observation tool (CPOT) | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Systematisk |
| f) Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Systematisk |
| g) Glasgow Coma Scale (GCS) | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Systematisk |
| h) Andre? | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Systematisk |

Nevn:

29. I det følgende kommer det noen utsagn om smertelindringspraksis:
(Sett et kryss for hver linje)

- | | | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| a) Jeg gir respiratorpasienten ekstra bolusdoser med analgetika før stell eller prosedyrer | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Systematisk |
| b) Ved titring av analgetika er jeg bevisst på konsekvensene her og nå av for mye og for lite analgetika | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Systematisk |
| c) Jeg gir respiratorpasienten ekstra bolusdoser med sedativa før stell eller prosedyrer | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Systematisk |
| d) Ved titring av analgetika er jeg bevisst på de langsiktige konsekvensene av for mye og for lite analgetika | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Systematisk |
| e) Jeg har anledning til å vente lenge nok til at analgetika og/eller sedativa har virket før stell eller prosedyrer | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Systematisk |
| f) Jeg gir ekstra analgetika heller en gang for mye enn en gang for lite for å sikre at pasienten har det bra | <input type="checkbox"/> Aldri | <input type="checkbox"/> Sjelden | <input type="checkbox"/> Ofte | <input type="checkbox"/> Systematisk |

30. Hva er de viktigste variablene som inngår i din vurdering av behov for smertelindring hos respiratorpasienten?

Sett inn en prioritering fra nr.1 som den viktigste og eventuelt helt opp til nr.9 som den minst viktige. Du setter ikke inn tall der du mener variabelen er helt uvesentlig.

Variabler	Prioriter
a) Forskningsbasert kunnskap	<input type="text"/>
b) Vurderinger sammen med sykepleiekolleger	<input type="text"/>
c) Vurderinger sammen med leger	<input type="text"/>
d) Vurderinger sammen med pårørende	<input type="text"/>
e) Egne erfaringer og intuisjon	<input type="text"/>
f) Hjelpemidler for vurdering (som NRS, VAS, BPS etc)	<input type="text"/>
g) Vurderinger på grunnlag av kommunikasjon med pasienten	<input type="text"/>
h) Dokumentasjon av pasientens smertelindringsbehov	<input type="text"/>
i) Legens forordning av smertestillende	<input type="text"/>

Nevn eventuelt andre grunner du mener er sentrale for dine vurderinger?

Sett inn stikkord

31. I hvilken grad mener du at de følgende punktene er barrierer for effektiv smertehåndtering hos respiratorpasienten?

- a) Det blir ikke ordinert tilstrekkelig smertestillende medikamenter Svært uenig Uenig Verken enig eller uenig Enig Svært enig
- b) Ordinerte medikamenter blir ikke gitt i tilstrekkelig grad Svært uenig Uenig Verken enig eller uenig Enig Svært enig
- c) Manglende kunnskap om smerter Svært uenig Uenig Verken enig eller uenig Enig Svært enig
- d) Utilstrekkelig vurdering av smerter og smertelindring Svært uenig Uenig Verken enig eller uenig Enig Svært enig
- e) Forsinket respons på pasientens smerter Svært uenig Uenig Verken enig eller uenig Enig Svært enig
- f) Frykt for bivirkninger Svært uenig Uenig Verken enig eller uenig Enig Svært enig
- g) Komplekse situasjoner der smerter nedprioriteres Svært uenig Uenig Verken enig eller uenig Enig Svært enig