

Å smertekartlegge pasienter med afasi

Kandidatnummer: 317 & 355
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 7355
Dato: 12. april 2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12. april 2021
Tittel: Å smertekartlegge pasienter med afasi	
<p><u>Problemstilling:</u></p> <p><i>På hvilke måter kan sykepleier møte utfordringer som oppstår i forbindelse med smertekartlegging av pasienter med afasi som følge av hjerneslag?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u></p> <p>Det teoretiske perspektivet tar utgangspunkt i hjerneslag, afasi og smerter hver for seg. Deretter går vi inn på forskjellige kartleggingsverktøy og etikk som er relevant for oppgaven. Sykepleiers rolle fremheves gjennomgående i hvert kapittel av teoridelen.</p> <p><u>Metode:</u></p> <p>Metoden vi har brukt er litterær oppgave. Vi har brukt litteratur fra høyskolens pensumlister, egenvalgt litteratur fra skolens bibliotek og det Deichmanske bibliotek. Forskningen er søkt opp i databasene Cinahl og PubMed.</p> <p><u>Diskusjon:</u></p> <p>I diskusjonsdelen har vi tatt for oss fem aspekter ved smerte, og hvordan sykepleier kan kartlegge disse aspektene når pasienten har afasi. I tillegg har vi drøftet rundt sykepleiers tilnærming, nærmere bestemt den tillitsfulle relasjonen og ulike kommunikasjonsmåter. Vi har også tatt opp utfordringer som kan oppstå i etterkant av en eventuell mangelfull smertekartlegging.</p> <p><u>Oppsummering:</u></p> <p>I oppsummeringen besvarer vi problemstillingen med grunnlag i diskusjonen. Vi har kommet frem til at sykepleier bør ha en kreativ tilnærming i møte med afasipasienter og at det er store individuelle forskjeller mellom pasienter, både smerteopplevelsen og hvordan afasien rammer den enkelte. Temaet krever mer forskning.</p>	

(Totalt antall ord: 209)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	1
1.3	Avgrensning.....	1
1.4	Oppgavens oppbygning	2
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	3
2.1	Hjerneslag.....	3
2.2	Afasi	3
2.2.1	Motorisk afasi.....	3
2.2.2	Sensorisk afasi.....	4
2.2.3	Global afasi.....	4
2.3	Afasi – fra den rammedes ståsted.....	4
2.4	Smerte	4
2.4.1	Smertelindring.....	5
2.5	Smertekartlegging.....	5
2.5.1	Numerisk Skala	6
2.5.2	Visuell Analog Skala.....	6
2.5.3	PACSLAC-2.....	6
2.6	Smertetrappa.....	6
2.7	De fire prinsippers etikk	7
3	Metode	8
3.1	Valg av metode.....	8
3.2	Fremgangsmåte for søk.....	8
3.3	Kildekritikk.....	10
4	Presentasjon av forskningsresultater	13
4.1	Bearbeidet syntese av forskningsresultater	13
4.2	Artikkelmatrise	13
5	Diskusjon.....	16
5.1	Kartlegging av smerteintensitet.....	16
5.1.1	Tillit og mistillit.....	18
5.2	Kartlegging av smertens lokalisasjon	19
5.3	Kartlegging av smertens kvalitet og varighet	20
5.4	Funksjonsnedsettelse som følge av smerte	21
5.5	Når pasienten ikke kan selvrapportere smertene	21
5.6	Videreføring av informasjon	22
6	Oppsummering	24
7	Referanseliste	26

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Smertekartlegging hos slagrammede med afasi er relevant, da dette faller inn under sykepleierens arbeidsoppgaver (Danielsen et al., 2017, s. 388). I Norge er det omtrent 15 000-16 000 nye tilfeller av hjerneslag per år (Bertelsen, 2017, s. 326). Om lag 1 av 5 av disse får skade på språksenteret som kan føre til afasi (Eide & Eide, 2017, s. 320). Det kan være vanskelig å si hvor mange som lever med afasi i dag (Corneliussen et al., 2006, s. 9). Det er rimelig å anta at det er mange, ettersom en kan gjenvinne deler av tilgangen til språket i forskjellig grad, men ikke nødvendigvis bli helt frisk. Vi mener at det er viktig å se den afasirammede som det intellektuelle, tenkende mennesket han er, men med språkvansker. Blant slagpasienter er smerteforekomsten høy (de Vries et al., 2017). På dette grunnlaget har vi valgt å belyse temaet, både for pasientopplevelsen og for sykepleieutøvelsen. Av egen erfaring fra jobb på slagavdeling, kan smertekartlegging av afasipasienter være en utfordring. Det er en følelse av hjelpeløshet når en står uten verktøyene som skal til for å kartlegge smertene til pasienten. Vi har sett lite til temaet i praksis og undervisning, og derfor var vi nysgjerrige på å finne ut mer om det. Vi har i denne oppgaven forsøkt å finne ut om det er noen smertekartleggingsverktøy som egner seg i møte med denne pasientgruppen, og forstå kompleksiteten i hvorfor det, så vidt vi vet, ikke eksisterer ennå.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På hvilke måter kan sykepleier møte utfordringer som oppstår i forbindelse med smertekartlegging av pasienter med afasi som følge av hjerneslag?

1.3 Avgrensning

Pasientgruppen vi tar for oss er i hovedsak slagpasienter som har fått afasi. Det er som oftest eldre pasienter som får slag, ettersom risikoen øker med alder (Ellekjær og Selmer, 2007, referent i Bertelsen, 2017, s. 326). Det er heller ikke sjelden at også yngre mennesker får slag (Corneliussen et al., 2006, s. 9). Vi har valgt å inkludere alle aldersgrupper, da temaet vi tar for oss anerkjenner individualitet i svært høy grad, uansett hvilken aldersgruppe pasienten er i. Dette er fordi afasi kan være en kompleks diagnose, som arter seg på svært forskjellige

måter. Konteksten i oppgaven er på sengepost på sykehus, og pasienten har kommet til sykehuset på grunn av slag.

1.4 Oppgavens oppbygning

I teoridelen skiller vi mellom tre typer afasi, mens vi i diskusjonsdelen omtaler pasienten som «afasirammert». Vi har valgt å belyse at afasien kan gi forskjellige utslag på pasientens kommunikasjon i teorien, men at det kan være vanskelig å skille sykepleierens tilnærming da vi opplever at dette sjelden blir gjort i pensum og forskning. Litteraturen vi har lest skiller mellom typene, men ikke tilnærmingen til de tre typene. I forskningen vi har lest, skilles ikke de tre typene, men afasien graderes noen steder til mild, moderat eller avansert. Med dette som grunnlag, virket det mest naturlig for oss å anerkjenne at det er tre typer, men at tilnærmingen ofte tilpasses etter pasientens individuelle behov, og ikke nødvendigvis etter afasitype. Helsedirektoratet definerer pasient som «personer som gis eller tilbys hjelp fra helsetjenesten, eller som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om hjelp» (Helsedirektoratet, 2018). Ettersom vår oppgave finner sted på sykehus, anser vi den innlagte som en pasient. Mennesket bak diagnosen er likevel anerkjent. Vi anerkjenner også at pasienter og sykepleiere naturligvis forekommer i alle kjønn, men vi har, for enkelthetens skyld, omtalt både pasient og sykepleier som «han».

Vi legger vekt på å kreditere forfatterne i tekstmaterialet vi har brukt. Vi henviser til kilden fra første setning der kilden har blitt brukt, til det tydelig kommer frem at det enten er henvist til ny kilde, eller at det er vår tolkning av materialet. Dette er basert på Redaksjonen for norsk APA-stil (2021).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet redegjør vi for teori som er relevant for problemstillingen og diskusjonen. Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget setter rammene for hvordan begrepene er anvendt videre i oppgaven.

2.1 Hjerneslag

Hjerneslag, også kalt *apoplexia cerebri*, er betegnelsen på en akutt skade på hjernevevet (Bertelsen, 2017, s. 326). Det kan forårsakes av hjerneinfarkt eller hjerneblødning. Dette medfører opphørt blodtilførsel til et område av hjernen, og hjernevevet dør raskt når oksygen- og glukosetilførselen stanser. Det er hjernevevets død som forårsaker skade i funksjoner som blir kontrollert av det affiserte området. Hjerneinfarkt utgjør 85% av hjerneslagene, og hjerneblødning utgjør 15%. Risikoen for å få hjerneslag øker med alderen, og er hyppigst å se blant eldre over 55 år (Ellekjær og selmer, 2007, referent i Bertelsen, 2017, s. 326). Når hjerneslaget affiserer den venstre hjernehalvdelen, nærmere bestemt språksenteret, kan det føre til afasi (Corneliussen et al., 2006, s. 14).

2.2 Afasi

Afasi kan defineres som en språkdefekt knyttet til skade på hjernens språksenter (Wergeland et al., 2016, s. 309). Graden av defekt og hvilken type afasi pasienten får, avhenger av hvilken del av språksenteret som er affisert. Det finnes tre typer afasi; motorisk, sensorisk og global afasi. Skade kan oppstå i Wernickes område, Brocas område eller både Wernickes og Brocas område. Dette er deler av hjernen som styrer språkforståelse og språkutvikling, og skade på disse områdene kan føre til nedsatt evne til å forstå og/eller å bli forstått. Afasi kan forårsakes av blant annet hjerneslag eller demens. Tilstanden arter seg svært individuelt fra pasient til pasient. Noen pasienter kan gjenvinne tilgangen til språk i større grad enn andre.

2.2.1 Motorisk afasi

Motorisk afasi er skade i Brocas område i fremre del av hjernen (Wergeland et al., 2016, s. 309). Denne typen skade fører til at pasienten kan ha vanskeligheter med å uttrykke seg. Det kan medføre begrenset ordforråd, oppstykket tale og at pasienten blander bokstaver og ord. Pasienter med begrenset ordforråd kan kanskje bare svare ja eller nei, og bruke automatisk tale, altså noen faste uttrykk, eksempelvis banneord.

2.2.2 Sensorisk afasi

Sensorisk afasi er skade på Wernickes område i bakre del av språksenteret (Wergeland et al., 2016, s. 309). Ved skade på dette området kan pasienten ha vanskeligheter med å forstå tale. Ofte er samtalen flytende, men setningsinnholdet er med lite eller ingen mening. En pasient med sensorisk afasi vil kunne ha problemer med å svare på konkrete spørsmål.

2.2.3 Global afasi

Global afasi kommer av omfattende skade i hele språksenteret (Wergeland et al., 2016, s. 309). Det medfører at pasienten sliter med all form for språklig funksjon i forskjellig grad. Ved global afasi har pasienten nedsatt evne til å uttrykke seg og forstå språk. Ofte produseres enstavelsesord eller banneord som ikke gir mening. Logopeden kartlegger pasientens språkproblematikk, som for eksempel hvilken type afasi pasienten har. Sykepleiers oppgave er å kartlegge hvilke grunnleggende behov pasienten trenger hjelp til å dekke.

2.3 Afasi – fra den rammedes ståsted

Det kan være vanskelig å beskrive hvordan afasirammede oppfatter sin afasi. Som nevnt tidligere, kan afasi arte seg forskjellig og pasientens egen oppfatning vil være individuell (Corneliussen et al., 2006, s. 14-15). En afasirammet har beskrevet at det kommer veldig plutselig. En dag kan han snakke og alt er normalt, og den neste dagen kan det snu helt. En annen person har beskrevet at han ble fortvilet over å ikke kunne uttrykke det han ville. Han hadde mange spørsmål som han ville stille, men fikk det ikke til. Videre beskriver han at det var som et kaos hvor han selv skjønnte at noe var galt, men ikke hva det var. En annen afasirammet har forsøkt å beskrive hvordan det er å ha afasi i sosial setting. Han sier at det er vanskelig å få med seg hva andre sier når flere snakker samtidig, eller når det er bakgrunnsstøy. Samtidig er det vanskelig å vite når han skal si noe, og når det først er hans tur, så får han ikke ordene ut. Dette er bare eksempler på hvordan noen har beskrevet deres afasi, og kan gi et lite bilde av hvordan det kan oppleves.

2.4 Smerte

«Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er alltid subjektivt» (IASP, 2020). Smerter deles opp i

akutt og kronisk smerte. Akutt smerte er kortvarig, kronisk smerte er langvarig, det vil si 3 måneder og lengre (Danielsen et al., 2017, s. 382-420). At smerteoppfattelsen alltid er subjektiv, vil si at hvert enkelt menneske opplever smerten individuelt og uttrykker den på forskjellige måter. Sykepleier sin erfaring vil kunne ha innvirkning på forståelsen av smerteuttrykket til pasienten. Smertene til pasienten kan gi fysiologiske utslag, blant annet økt puls, økt blodtrykk og hurtigere respirasjonsfrekvens (Danielsen et al., 2017, s. 389). Hvis pasienten har smerter over tid, kan de fysiologiske målingene normalisere seg.

Å anerkjenne smerter hos pasienter er viktig for å unngå misforståelser i smertevurderingen (Bache et al., 2019, s. 695). I denne sammenhengen menes det at anerkjennelse er å tro på og ha respekt for pasientens kontekst og individuelle situasjon. Sykepleieren betrakter pasienten som at han er kompetent til å bidra konstruktivt til egen smertebehandling så langt det lar seg gjøre. Pasienter som opplever ubehandlede smerter over tid, er i risiko for å bli engstelige og for å utvikle depresjon (Rustøen, 2007). Depresjon over tid kan igjen føre til nedsatt smertehåndtering.

2.4.1 Smertelindring

Smertelindring er ifølge Danielsen et al. (2017, s. 388-395) en intervensjon med hovedmål å dempe eller ta bort smertene pasienten har, så langt det lar seg gjøre. Videre beskriver han at smertelindring kan utføres i form av medikamentell og ikke-medikamentell behandling. Hensikten med å utøve sykepleie i forbindelse med smerte er å medvirke til at pasienten oppnår best mulig smertelindring, med minst mulig bivirkninger, og færrest mulig negative følger av smerter (Bache et al., 2019, s. 693). Pasienten bør smertelindres på et nivå som gjør at han kan klare å bevege seg og puste adekvat, uten unødvendig smerte (Danielsen et al., 2017, s. 388).

2.5 Smertekartlegging

Når sykepleier skal kartlegge smerte, finnes det flere verktøy en kan bruke. Smertekartleggingsverktøyene brukes i forsøk på å oversette pasientens subjektive oppfattelse av smerte, til noe spesifikt som kan ses fra andres synspunkt (Danielsen et al., 2017, s. 388-390). Verktøyet bør være rettet mot pasientens forutsetning for å uttrykke smerte. Smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, varighet, variasjon og hvilken funksjonsnedsettelse den eventuelt fører til, er viktige elementer som må komme frem i smertekartleggingen. Å bruke

et kartleggingsverktøy bidrar til at observasjonene og vurderingene blir systematiske, i tillegg til at en kan sammenligne vurderingene over tid. Det kan også være nyttig når sykepleier vurderer effekten av eventuell smertebehandling. Når en smertekartlegger pasienter som ikke kan selvrappportere smerter byr det på spesielle utfordringer, og en vektlegger fysiologiske tegn og atferdsmessige endringer i større grad enn hos andre pasienter.

2.5.1 Numerisk Skala

Numeric Rating Scale (NRS) er en skala som brukes for å kartlegge smerteintensitet (OUS, u.å.). Når NRS brukes, rapporterer pasienten selv sin opplevelse av smerten. Alle pasienter som har tallforståelse, skal i teorien kunne klare å rapportere smerte med NRS. Skalaen går fra 0-10, der 0 betyr «ingen smerte», og 10 betyr «verst tenkelige smerte». Skalaen kan presenteres både grafisk og verbalt.

2.5.2 Visuell Analog Skala

Visuell Analog Skala (VAS) er relativt lik som NRS, og måler smerteintensitet på samme måte (Danielsen et al., 2017, s. 390-391). Den er forskjellig fra NRS fordi den ikke inneholder tall på skalaen. Linjen er tom, men ytterpunktene har samme utgangspunkt som NRS. Venstre ytterpunkt symboliserer «ingen smerte» og høyre ytterpunkt symboliserer «verst tenkelige smerte». Pasienten plasserer sin smerte på et fritt sted på streken.

2.5.3 PACSLAC-2

PACSLAC-2 står for Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (University of Iowa, u.å.). Det er en sjekklister som er utarbeidet for å kartlegge smerte hos eldre med demens eller med andre kognitive tilstander som har ført til nedsatt kommunikasjonsevne. PACSLAC-2 er en sjekklister som fylles ut av sykepleier eller annen observatør, og baseres på smerteuttrykk som for eksempel grimaser eller lyder. Det stilles ingen direkte spørsmål som omhandler smerte til pasienten, det er kun observasjon som blir gjort.

2.6 Smertetrappa

Smertetrappa, utviklet av Verdens Helseorganisasjon (WHO), er en modell som viser hvilke legemidler som bør administreres, ut fra smertens intensitet (Danielsen et al., 2017, s. 395-

396). Den er et generelt utgangspunkt for anbefalt smertebehandling. Sykepleier må behandle hver pasient individuelt ut ifra den enkelte situasjon. Eksempelvis kan en se forskjeller i valg av legemidler til behandling av smerter ved kreft og postoperative smerter som ligger på samme trinn i smertetrappa. Smertetrappa sier i utgangspunktet at smerter først skal behandles med paracetamol eller et NSAID-preparat (Slørdal, 2018, s. 327). Dersom effekten av dette ikke er tilfredsstillende, går en videre til neste trinn, som er en kombinasjon av paracetamol eller NSAID-preparat med et svakt opioid. Hvis heller ikke dette er smertelindrende nok, iverksettes tredje trinn av trappa som er sterkt opioid.

2.7 De fire prinsippers etikk

De fire prinsippers etikk er utviklet av en gruppe filosofer, teologer, jurister og leger fra Amerika på slutten av 1970-tallet (Brinchmann, 2017, s. 83-92). Den tar for seg fire etiske prinsipper; rettferdighet, ikke skade, velgjørenhet og autonomi. Gruppen var medlemmer av en etisk komité hvor deltakerne hadde ulik religiøs bakgrunn. Hensikten med gruppen var å svare på etiske spørsmål av medisinsk art. De fire prinsippers etikk har ingen rett eller gal rekkefølge. Det vil si at alle de fire prinsippene er like viktige. Ifølge Brinchmann (2017, s. 85) kan man velge å utelate noen av prinsippene, men at det bør tilstrebes å få med alle fire. Sykepleier kan for eksempel velge å tilsidesette et prinsipp dersom pasienten ikke er i stand til å svare for seg.

3 Metode

Dette kapittelet handler om søkeprosessen som er gjort, for å finne relevant fag- og forskningslitteratur. Her blir valg av metode, søkestrategi, databaser og kildekritikk presentert.

3.1 Valg av metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Aubert, 1985, referert i Dalland, 2020, s. 53). Å være metodisk er viktig fordi det stiller krav til sannhet, systematisering av tankene våre og å overholde standarder i argumentasjonen vi tar for oss (Dalland, 2020, s. 53). Metoder brukes for å få frem ny kunnskap, men også til å etterprøve sannhet, gyldighet og holdbarhet i allerede eksisterende informasjon. Denne teksten er en litterær oppgave som systematiserer kunnskap fra ulike kilder. Det innebærer at problemstillingen besvares med data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Denne metoden systematiserer kunnskap, som gir oversikt og innblikk fra forskjellige synsvinkler. Vi mener derfor at den passer best til å besvare vår problemstilling.

3.2 Fremgangsmåte for søk

Vi oversatte søkeordene på SveMed+ og brukte funksjonen «MeSH». Det første søket ble gjort 09.12.2020 i databasen PubMed. Vi startet med søkeordet «self-report». Det gav oss 142 201 treff. Deretter brukte vi søkeordet «acute stroke», som førte til 357 423 treff. Tredje søkeord var «pain», som gav 872 862 treff. Vi kombinerte søkeordene med «AND», som gav 131 treff. Til slutt avgrenset vi til artikler som var publisert mellom 2010 og 2020. Vi endte da opp med 66 treff. Vi leste titlene og abstraktene til de artiklene som virket mest appellerende til vår problemstilling. Slik fant vi artikkelen “Use of analgesics in acute stroke patients with inability to self-report pain: A retrospective cohort study”.

Andre søk ble også gjort 09.12.2020. Vi tok i bruk søkemotoren Cinahl og det første søkeordet var «aphasia», det gav 6 248 treff. Andre søk var «pain measurement», som gav 49 059 treff. Deretter kombinerte vi de to søkeordene med «AND», og avgrenset søket til årstall 2010 til 2020. Vi endte da opp med 8 treff. Vi leste alle titlene og fant to artikler vi mener passer til vår problemstilling. Den ene heter «Pain and pain assessment in stroke patients with aphasia: a systematic review». Den andre heter «Experimental pain assessment

in patients with poststroke aphasia”.

Det tredje søket ble foretatt 10.03.2021, i PubMed. Første søkeord var «pain assesment», som gav 149 559 treff. Neste søkeord var «nurse», det gav 5 569 treff. Tredje søkeord var «patient» som resulterte i 4 227 treff. Siste søkeord var «NRS» det gav 70 treff. Vi kombinerte alle søkeordene med AND og endte opp med 33 artikler. Vi gjorde som tidligere, og leste gjennom titlene og abstraktene som var interessante. På denne måten fant vi artikkelen “Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study”. Tabell 1 viser oversikt over søk.

Søk	Dato	Database	Søkeord	Avgrensning	Treff	Brukte	Artikkelnavn
1	09.12.2020	PubMed	S1: Self-report	-	142 201	-	-
		PubMed	S2: Acute stroke	-	357 423	-	-
		PubMed	S3: Pain	-	872 862	-	-
		PubMed	S1 AND S2 AND S3	-	131	-	-
		PubMed	-	Årstall: 2010-2020	66	1	Use of analgesics in acute stroke patients with inability to self-report pain: A retrospective cohort study (2020)
2	09.12.2020	Cinahl	S1: Aphasia	-	6 248	-	-
		Cinahl	S2: Pain Measurement	-	49 059	-	-
		Cinahl	S1 AND S2	Årstall: 2010-2020	8	2	Pain and pain assessment in stroke patients with aphasia: a systematic review (2017) Experimental pain assessment in patients with poststroke aphasia (2018)
3	10.03.2021	PubMed	S1: Pain assesment	-	149 559	-	-
		PubMed	S2: Nurse	-	5 569	-	-
		PubMed	S3: Patient	-	4 227	-	-
		PubMed	S4: NRS	-	70	-	-
		PubMed	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Årstall: 2011-2021	33	1	Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study (2018)

Tabell 1 – Oversikt over søk.

3.3 Kildekritikk

Dalland (2020, s. 152) definerer kildekritikk som en karakterisering og evaluering av litteratur som er funnet. Kildekritikk handler om å gi leseren innblikk i refleksjonene som er gjort ved

valg av kilder (Dalland, 2020, s. 152). Det handler også om redegjørelse for kriteriene for utvelgelsen av litteratur, og at vi viser hvordan vi har vurdert om kildene kan anvendes.

Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health) er en database som refererer til artikler i engelskspråklige tidsskrifter innenfor sykepleie og tilgrensende fag (Underdal, 2013). Databasen er relevant når en leter etter kvalitativ forskning og forskning som tar for seg pasienterfaringer. Vi har søkt i Cinahl fordi den retter seg spesifikt mot blant annet sykepleiefaget og det er lett å avgrense søkene til det som er relevant.

PubMed er en database som linker til artikler om biomedisinsk vitenskap, altså forskningsartikler som har som formål å utvikle kunnskap, inngrep eller teknologi som er nyttig for helsetjenester eller folkehelse (PubMed, u.å.). Vi valgte å søke i PubMed fordi den inkluderer svært mye stoff på ett sted på en oversiktlig måte, som gjør det enklere å luke ut litteratur som er relevant for vår problemstilling.

Skolens pensumlister har vært nyttige når vi har lett etter relevant litteratur. Vi har også undersøkt kilder som fagbøkene har referert til, i tillegg til at vi har latt oss inspirere av kildehenvisninger i artikler og tidligere bacheloroppgaver. På denne måten har vi kommet frem til litteratur som vi mener er relevant for vår problemstilling. Fagbøkene vi har uthentet informasjon fra er siste utgave, så langt det har latt seg gjøre, for å sikre de nyeste oppdateringene. En svakhet med å bruke fagbøker i innhenting av informasjon, kan være at det ofte er sekundærkilder (Dalland, 2020, s. 152). Det vil si at forfatterne av fagbøkene allerede har bearbeidet materialet, og at perspektivet dermed kan være forandret fra utgangspunktet. Vi har i hovedsak brukt fagbøkene, men den opprinnelige forfatteren er også kreditert. «Afasi og samtale» av Corneliussen et al. er fra 2006, og er relativt gammel. Vi har likevel valgt å ta den i bruk på grunn av dens relevans. Så vidt vi vet, finnes det ikke mange bøker som dreier seg om det samme som Corneliussen har skrevet om. Boka til Bache et al. (2019) er skrevet på dansk, som kan medføre at vår oversettelse kan ha blitt feil. På den annen side er det danske skriftspråket et språk vi mener vi forstår godt.

I artiklene vi har søkt opp er det både styrker og svakheter som bør tas i betraktning. At artiklene ikke er eldre enn fem år gamle, ser vi på som en styrke. De er skrevet på engelsk, som kan være en svakhet fordi vi må oversette innholdet. Oversettelsen kan føre til feiltolkninger, men vi har, så godt vi kan, prøvd å se helhetlig på artiklene for å bevare deres

opprinnelige perspektiv. At forskningen er utført i andre land enn Norge, kan være en svakhet fordi sykepleieutøvelsen kan avvike fra norsk standard. Pasientenes erfaringer kan også være annerledes enn hva de ville vært i Norge, på grunn av kulturelle forskjeller. Likevel mener vi at erfaringene fra andre land kan være inspirerende og fremme kreativitet i vårt helsevesen. En av artiklene vi har anvendt, handler ikke om afasi i det hele tatt, men hadde et perspektiv som vi mener er overførbart til vår problemstilling da den belyser en utfordring innenfor smertekartlegging og sykepleie.

I søkeprosessen har det vært viktig for oss at alle artiklene er fagfellevurdert, og at tidsskriftene enten er validert til nivå 1 eller nivå 2 i Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Fagfellevurdering og validering i NSD kan fungere som en kvalitetssikring av litteraturen vi har funnet. Det stiller krav til kvalitet i forskningen som er blitt gjort, og at visse retningslinjer ligger til grunn for hvordan forskningen er utført. At en artikkel er fagfellevurdert betyr at den er vurdert og godkjent av uavhengige fagpersoner (Dalland, 2020, s. 145). At et tidsskrift har validering på nivå 1, betyr at NSD har vurdert tidsskriftet til «normal uttelling» (UiO, 2020). Nivå 2 gir ekstra uttelling, men omfatter kun tidsskrifter som publiserer den mest ledende forskningen i brede fagsammenhenger (NSD, 2021). De fire forskningsartiklene vi har anvendt er skrevet i tidsskrifter som er fagfellevurdert. Tre av tidsskriftene er validert i NSD til nivå 1, og et tidsskrift til nivå 2.

4 Presentasjon av forskningsresultater

4.1 Bearbeidet syntese av forskningsresultater

Hovedartiklene har gjort funn på at det ikke finnes et smertekartleggingsverktøy direkte tilknyttet afasipasienter. En artikkel tok i bruk PACSLAC-2, og gjorde funn på at den kunne skille mellom ingen smerter og smerter hos pasienter med afasi. Andre funn viser til at det er forskjeller mellom pasientens smerteoppfattelse og sykepleiers tolkning av pasientens smerter. Forskningen vi har brukt har funnet at sykepleiere gir mer smertestillende til pasienter med fokale symptomer og uten evne til å selvrappportere smerter etter hjerneslag, enn pasienter som kan selvrappportere smertene etter hjerneslag. Tre av artiklene konkluderer med at temaet krever mer direkte forskning. En artikkel foreslår også at smertekartleggingsverktøyene som allerede eksisterer og brukes til pasienter som kan kommunisere normalt, kan brukes i kombinasjon med observasjonsverktøy. Observasjonsverktøyet de henviser til bør rettes mot pasienter med afasi, men eksisterer ikke for øyeblikket, så vidt vi vet. En mer detaljert oversikt over funnene blir presentert i Tabell 2.

4.2 Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter/ Årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/Metode	Funn
1	Schuster J, Hoyer C, Ebert A, Alonso A (2020)	Use of analgesics in acute stroke patients with inability to self-report pain: a retrospective cohort study.	<i>BMC Neurology.</i> 2020; 20(1): 18	Hvordan nedsatt kommunikasjon hos pasienter med hjerneslag kan påvirke smerte- vurderingen og - behandlingen.	Retrospektiv kohortstudie. Studien tok for seg 909 pasienter fra slagenhet. Pasientene var delt opp i fire grupper, basert på kommunikasjons nivå. Gruppen med bevisløse pasienter ble ekskludert. Smertene ble kartlagt med NRS, og i fritekst, hovedsakelig av sykepleiere.	Resultatene viste at pasienter som ikke kunne kommunisere verbalt, brukte mer analgetika, enn de som kunne kommunisere verbalt. Pasientene som fikk mer analgetika, som ikke kunne kommunisere, hadde fokale symptomer. NRS er ikke optimalt i møte med pasienter med afasi, fordi de ikke alltid er i stand til å kunne bruke det. Andre smertekartleggings verktøy som er designet for pasienter med nedsatt evne til å kommunisere, er ofte problematiske i

						<p>møte med pasienter med hjerneskade i klinisk sammenheng.</p> <p>De konkluderte med at smerter hos slagpasienter med nedsatt evne til å kommunisere ikke får nok oppmerksomhet, ikke blir kartlagt godt nok og dermed ikke tilstrekkelig behandlet.</p>
2	N.J.de Vries, P.H. Sloom & W.P. Achterberg (2016)	Pain and pain assessment in stroke patients with aphasia: a systematic review	<i>Aphasiology</i> . 2016; 31(6): 703-719	Undersøke prevalens og insidens av smerte hos slagrammede med afasi, etablere smertekartleggingsverktøy som blir brukt og undersøke om de er gjennomførbare, gyldige og pålitelige.	Systematisk litteraturstudie som tar for seg ti artikler om smertekartlegging hos pasienter med afasi etter hjerneslag.	<p>Prevalens av smerter hos slagrammede med afasi var 43.8-87.5%. Studien fant at flere av kartleggingsverktøyene var mindre effektive enn andre, blant annet VAS og NRS.</p> <p>Funnene understreker vanskeligheten med å identifisere smerte hos pasienter med afasi. Artikkelen fremhever at videre forskning på temaet er nødvendig.</p>
3	Soares CD, Panuganti PK, Shrivastava A, Aroor S, Keinath KM, Bromagen MC, Howard ME, Carlson C, Smith JH (2018)	Experimental pain assessment in patients with poststroke aphasia	<i>Departments of Neurology</i> . 2018; 91(9): 793-799	Evaluere eksperimentell smertekartlegging ved hjelp av adferdsobservasjoner hos slagpasienter med afasi.	Dobbelt-blindet RCT studie med 36 pasienter og 3 sykepleiere, som bevisst ikke skulle vite om forskningens innhold. Pasientene ble delt inn i tre grupper. En gruppe fikk placebo, og de andre gruppene fikk mekanisk smertestimuli i ulik grad.	<p>Smerte og ubehag er behov som ofte ikke blir møtt hos slagpasienter som ikke kan kommunisere verbalt.</p> <p>PACSLAC-2-verktøyet, klarte å skille placebo fra smertestimuli, men ikke mellom de forskjellige nivåene av mekanisk smertestimuli.</p>

4	Giusti GD, Reitano B, Gili A (2018)	Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study	<i>Acta biomedica.</i> 2018; 89(4):64-70	Sammenligne pasientens og sykepleierens oppfattelse av pasientens smerter.	Beskrivende tverrsnittstudie som tok for seg pasienter som kom til akuttmottaket primært grunnet smerter, og et utvalg sykepleiere som jobbet ved avdelingen. Pasientene og sykepleierne fylte ut hvert sitt skjema som angikk både personlige opplysninger og opplysninger om pasientens smerte. Kartleggingsverktøyet NRS ble brukt i rapporteringen.	Gjennomsnittlig vurderte pasientene sin smerte til 6,16 på NRS. Sykepleierne hadde en gjennomsnittlig vurdering av pasientens smerter på 5. Noen pasienter hadde rapportert 10 på NRS. I ingen tilfeller hadde noen av sykepleierne rapportert smerteintensitet over 9 på NRS. I 64 tilfeller rapporterte pasienter alvorlig smerte, mens sykepleiere rapporterte 30 observasjoner av alvorlig smerte. De fant at sykepleiere ofte undervurderte pasientens smerter.
---	-------------------------------------	---	--	--	---	--

Tabell 2 – Oversikt over funnene.

5 Diskusjon

På hvilke måter kan sykepleier møte utfordringer som oppstår i forbindelse med smertekartlegging av pasienter med afasi som følge av hjerneslag?

I dette kapitlet diskuteres problemstillingen. Vi presenterer forskjellige utfordringer sykepleier kan møte på når han skal smertekartlegge afasipasienter, og hva han kan gjøre i ulike situasjoner. Med grunnlag i det teoretiske kunnskapsgrunnlaget og funn fra artiklene, har vi drøftet flere sider av sykepleiers tilnærming.

5.1 Kartlegging av smerteintensitet

Når sykepleier skal kartlegge smerte, er det flere aspekter som bør undersøkes (Bache et al., 2019, s. 699). En bør blant annet finne ut av smerteintensiteten. Dette vil kunne gi en indikasjon på om pasienten har smerter eller ikke. Erfaringsmessig brukes smertekartleggingsverktøyet Numeric Rating Scale (NRS) ofte på sykehusavdelinger for å måle pasientens smerteintensitet. I utgangspunktet mener vi at NRS er lettfattelig og raskt å bruke. Vries et al. (2017) fant at pasienter som har afasi kan ha problemer med å forstå instruksjoner som følger med verbale kartleggingsverktøy. Eksempelvis kan pasienter som har afasi blande enkle ord som «ja» og «nei» (Corneliussen et al., 2006, s. 15). De kan derfor si én ting, men mene noe annet. Vanligvis bør sykepleier møte pasienten som en kompetent person som bidrar konstruktivt til egen behandling (Bache et al., 2019, s. 695). Derimot når sykepleier spør en pasient med afasi om han har smerter og pasienten svarer «nei», kan han ha ment «ja». Når pasientens svar ikke samsvarer med det han mener, mener vi det kan være en utfordring. Det er fordi smerte er en subjektiv opplevelse, og pasientens oppfattelse av smerte er viktigst (Danielsen et al., 2017, s. 383).

Ifølge Bache et al. (2019, s. 695) er pasientens erfaringer av egen smerte en viktig del av pasientens tiltro til at smertene kan lindres. Dersom en pasient sier at han har vondt, på et nivå som krever mer analgetika, er det viktig at personen blir trodd og ikke blir møtt med stigmatiserende fordommer, som for eksempel at pasienten misbruker tilgangen på smertestillende. Dersom vi ser til de fire prinsippers etikk (velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet) vil vi se at dilemmaet ikke nødvendigvis gir noe klart svar (Brinchmann, 2017, s. 83-92). For det første viser etikkens velgjørenhetsprinsipp at sykepleier har en plikt til å gjøre godt mot andre. Vi kan se på dette som at sykepleier har en plikt til å gjøre det han kan for å hjelpe pasienten med smerteomfanget. For det andre kan vi se til sykepleiers

prinsipp om å ikke skade andre (Brinchmann, 2017, s. 83-92). Dersom pasienten har vondt, og sykepleier ikke gjør det han kan for å lindre smertene, så kan det skade pasienten, uansett om det ikke er direkte. For det tredje kan vi se til autonomiprinsippet, som går ut på at sykepleier skal respektere pasientens egen beslutning (Brinchmann, 2017, s. 83-92). I denne situasjonen, hvor pasienten sier eller uttrykker «nei» til at han har smerte, når han egentlig mener «ja», ser vi at det å ikke høre på pasientens mening, kan gå mot autonomiprinsippet. Fjerde og siste prinsipp er rettferdighet (Brinchmann, 2017, s. 83-92). Det går ut på at sykepleier skal behandle like tilfeller likt. Dette kan bli et problem i smertekartleggingen da det, som nevnt tidligere, kan være store forskjeller i pasienters smerteopplevelse (Danielsen et al., 2017, s. 383). For å behandle like tilfeller likt, bør sykepleier, etter vår mening, i denne situasjonen godta pasientens svar som et «ja» eller «nei». Vi mener dette fordi i andre tilfeller der pasienten har afasi, kan sykepleieren ha godtatt svaret. Kort sammenfattet gjør sykepleier det han kan for å hjelpe pasienten, han gjør det han kan for å ikke skade pasienten, han respekterer pasientens autonomi, og han behandler pasienten slik han ville behandlet andre pasienter i like tilfeller. Basert på de fire prinsippers etikk, mener vi at det er vanskelig å si at sykepleieren gjør noe galt ved å ta et «ja» og et «nei» for det det oppfattes som. Hos en pasient uten noen form for språkproblemer, mener vi det ville vært naturlig for sykepleier å tro på pasientens svar. Basert på Corneliussen et al. (2006, s. 14) tolker vi det som at sykepleier bør undersøke om svaret til pasienten er troverdig eller ei, når pasienten har afasi. Sykepleier kan observere fysiologiske tegn som høy puls, økt blodtrykk og hurtig respirasjonsfrekvens (Danielsen et al., 2017, s. 389). Slike observasjoner kan underbygge om pasienten har smerter eller ikke.

Når personer kommuniserer, kan de ofte både se og høre hverandre (Corneliussen et al., 2006, s. 28). Det vil si at dersom en ser bort fra den verbale delen, så er kroppsspråket en stor del av kommunikasjonen. For en pasient med afasi kan det å uttrykke seg verbalt til tider være vanskelig. Når sykepleier skal kartlegge smerteintensitet hos pasienter som har nedsatt evne til å uttrykke seg verbalt, kan de ta i bruk Visuell Analog Skala (VAS). de Vries et al. (2017) har undersøkt effekten av å bruke VAS ved smertekartlegging av pasienter med afasi. Det kommer frem at den negative siden ved å bruke VAS er at den stiller krav til at den afasirammede har forstått instruksene som sykepleier gir. Her kan sykepleier igjen møte samme problematikken som ved NRS, nemlig at troverdigheten på pasientens svar blir satt på prøve, som følger av misforståelse (Corneliussen et al., 2006, s. 15).

5.1.1 Tillit og mistillit

Som pasient innebærer det å vise tillit, å gi fra seg noe av kontrollen og makten til helsepersonell (Eide & Eide, 2017, s. 26). Vi oppfatter, på den ene siden, at en smertepåvirket pasient med afasi bør stole på at sykepleier oppfatter det pasienten uttrykker på riktig måte, slik at de kan få adekvat smertelindring. På den annen side ser vi at sykepleieren også bør vise tillit til pasienten, i form av at det pasienten sier er sant. Dette er et eksempel på gjensidig tillit, som optimaliserer smertelindringen (Danielsen et al., 2017, s. 388). Vi ser, basert på dette, at i en situasjon hvor sykepleier er usikker på troverdigheten av selve svaret, og ikke pasienten i seg selv, kan det føre til at pasienten får mistillit til sykepleier. Pasienter som har afasi, kan ifølge Corneliussen et al. (2006, s. 15), ikke alltid oppfatte selv at det de sier er feil, og derfor bli irriterte når andre oppfatter det de uttrykker feil. På sin side kan pasienten tro at de rangerer smertene sine riktig, mens på sykepleiers side uttrykker pasienten noe helt annet.

Ifølge Danielsen et al. (2017, s. 382-383) vil sykepleieres tidligere erfaringer ha betydning for hvordan de selv oppfatter pasientens smerteuttrykk, og igjen kan det ha noe å si for hvor mye smertestillende de gir til pasienten. På den ene siden viser han at sykepleiere ofte handler basert på pasientens egen oppfattelse av smerte. På den annen side viser han til at sykepleiers holdninger til å gi legemidler ikke alltid samsvarer med det som faktisk administreres. Sykepleiere kan til tider gi lavere doser smertestillende enn det som er forordnet. Danielsen et al. (2017, s. 382-383) understreker at sykepleiere til en viss grad fortolker smertene som pasienten rapporterer. Afasirammede med nedsatt evne til å selvrappotere smerter er dermed i risiko for å få mindre smertestillende, da de ikke kan rapportere smerter på samme måte. På den annen side fant Schuster et al. (2020) at bruken av smertestillende økte fra 48.7% til 76% fra slagpasienter som selv kunne rapportere smertene, til de som ikke kunne det. Sistnevnte kunne ikke selvrappotere smerte grunnet fokale symptomer. Eksempelvis kan fokale symptomer være armparese, ansiktsparese og språkvansker (Norsk legemiddelhåndbok, 2016). Vi tolker det som at smertelindringen økte når sykepleier i høyere grad måtte tolke pasientens smerter. Studien til Giusti et al., (2018), som gikk ut på å sammenligne pasienters og sykepleieres rapportering av smerter ved hjelp av NRS, er motsigende. Den fant at pasienters og sykepleiers oppfattelse av smerte ikke samsvarte med hverandre. Sykepleier rapporterte i gjennomsnitt 1 nivå lavere på NRS, enn pasienten selv.

Pasienter med afasi kan, som nevnt tidligere, ha problemer med å oppfatte det sykepleier forteller (Corneliussen et al., 2006, s. 15). Det kan bety at det antagelig er høyere

sannsynlighet for at pasienten vil kunne misforstå beskjeder som sykepleier gir. Ifølge Eide & Eide (2017, s. 26) viser pasienten tillit til helsepersonell når de antar at de får god hjelp av personer med kompetanse. Ved administrering av smertestillende har sykepleier smertetrappen som utgangspunkt (Slørdal, 2018, s. 327). Den går ut på å gi pasienten adekvat smertelindring, med færrest mulig bivirkninger. Dette kan bety at det ikke er sikkert at pasienten får den smertelindrende effekten med en gang. Vi mener at, på den ene siden, ønsker sykepleier å gi den beste smertelindringen, basert på sin kompetanse og kunnskap om smertetrappen. På den annen side kan dette misforstås av pasienten som at deres smerter ikke blir lindret nok av sykepleier, da pasienten har fått smertestillende, men likevel har vondt. Ifølge Grov (2015, s. 45) beskriver pasienter at de føler seg lei og fortvilet av helsepersonell når de ikke får behandling som de selv føler at hjelper.

5.2 Kartlegging av smertens lokalisasjon

Ifølge Danielsen et al. (2017, s. 388-391) er et viktig punkt i smertekarteleggingen smertens lokalisasjon. Han forklarer at kroppskart kan være et verktøy til hjelp når sykepleieren skal finne ut av hvor smertene til pasienten befinner seg. Med kroppskartet kan den afasirammede peke på egen kropp eller på kroppskartet på området som er smertepreget. Sykepleieren skraverer området på en tegning, noe som styrker den systematiske kartleggingen. I situasjoner som tillater det, kan sykepleieren også bruke forskjellige farger for å få frem hvor smertene er sterke. Eksempelvis kan rødt vise til de mest intense smertene, oransje til mindre intense smerter, og gult til lettere smerter. For hver gang sykepleieren kartlegger smerter med dette verktøyet, tar han et nytt kroppskart, og kan dermed overvåke forandringer i pasientens smerteopplevelse. Ved å kartlegge på denne måten, også etter at smertebehandlingen er igangsatt og har virket, kan en vurdere effekten av de smertestillende medikamentene over tid. Corneliussen et al. (2006, s. 55-57) beskriver at skriving og tegning kan være et godt supplement for at den afasirammede kan forstå bedre, og at budskapet sikrere kommer frem. At sykepleieren skriver ned budskapet sitt slik at pasienten kan lese det, kan også virke fordelaktig. Dette skyldes at pasienter med afasi kan ha lesekunnskapene intakt, selv om de har problemer med å snakke. At pasienten har notatet om smerter eller smertekartlegging liggende, tolker vi at kan bidra til at han lettere kan ta opp smertene på et senere tidspunkt. Altså kan det bidra til at pasienten kan ta initiativ til å selvrapportere smerter.

Ulempen med å bruke et slikt verktøy er at det kan kreve en del tid. At det er tidkrevende, kan skape problemer for sykepleieren i et hektisk arbeidsmiljø som vi kjenner godt til. Knapphet på tid er noe mange sykepleiere opplever, og kan påvirke pasientbehandlingen (Ingstad, 2013, s. 167). Det har vist seg at sykepleiere tilbringer minst tid hos de pasientene som fungerer dårligst sosialt. Det mener vi kan være svært uheldig for afasirammede, da dette er en tidkrevende pasientgruppe. Å ha afasi kan påvirke personens evne til å fungere sosialt, på grunn av hans nedsatte kommunikasjonsevne og dårligere selvbilde (Corneliussen et al., 2006, s. 18). Vi forstår det som at sykepleierens begrensede tid kan påvirke smertekartleggingen ved at en ikke får samlet tilstrekkelig med informasjon om pasientens smerter. Corneliussen et al. (2006, s. 36) peker derimot på at god tid, ikke nødvendigvis trenger å ta lang tid. Erfaringsmessig krever det dog god planlegging. Når pasienten har afasi og smerter mener vi det kan være en kompleks situasjon. Smerter kan føre til at pasienten blir stresset (Danielsen et al., 2017, s.389). Stress kan igjen føre til at den afasirammede mister ordene (Corneliussen et al., 2006, s. 29-30). Kombinasjonen av at sykepleier kan ha dårlig tid, og at pasienten er stresset, mener vi kan være en utfordrende situasjon.

5.3 Kartlegging av smertens kvalitet og varighet

Ifølge Danielsen et al. (2017, s.388-391) er en viktig del av smertekartlegging av pasienten å vurdere smertens kvalitet og varighet. Han forteller videre at punktene vanligvis vurderes ved hjelp av samtale med pasienten. Når pasienten har afasi, har vi påpekt tidligere at samtaleaspektet kan være problematisk (Corneliussen et al., 2006, s. 20-21). Ifølge Corneliussen et al. (2006, s. 71-72) kan en stille lukkede spørsmål som kun krever «ja» eller «nei» svar. Slike spørsmål kan også besvares med kroppsspråk som å nikke eller riste på hodet, og tommel opp eller tommel ned. Peplau (1952, referert i Heyn 2018a, s. 19) påpeker at sykepleieren bør møte alle pasienter med et åpent sinn. Det mener vi skaper et likestilt forhold mellom samtalepartene, selv om sykepleieren er den profesjonelle parten. Et problem som vi tidligere har adressert er tidsbruk. Vi mener, basert på Ingstad (2013, s. 167), at sykepleier trolig kan trenge mer tid når han skal kartlegge smertens kvalitet og varighet hos afasipasienter, enn hos pasienter uten språkproblemer. På lik linje, som tidligere nevnt, vil dette kunne gå ut over tiden til andre pasienter. Dette kan ha betydning for prinsippet om rettferdighet, da sykepleier bør fordele ressursene likt og behandle like tilfeller likt (Brinchmann, 2017, s. 85).

5.4 Funksjonsnedsettelse som følge av smerte

Smertekartlegging, for å smertelindre tilstrekkelig, mener vi kan ha noe å si for den afasirammedes videre forløp. Smertelindring, med god smertekartlegging i bunn, er viktig for blant annet mobilisering og søvn (Wergeland et al., 2016, s. 317). Når et hjerneslag inntreffer, er tidlig mobilisering en viktig faktor for å forebygge komplikasjoner som dyp venetrombose, lungeemboli, kontrakturer og trykksår. Mobilisering på et tidlig stadium kan også legge til rette for at pasienten kan rehabiliteres best mulig. For at pasienten skal kunne delta aktivt i mobiliseringen, må han være tilstrekkelig smertelindret (Berntzen et al., 2017, s. 356). At pasienter mobiliseres tidlig, kan bidra til bedre rehabilitering, som kan være med på å forebygge smerter. God smertelindring kan også bidra til at pasienten får bedre søvn, og dermed er mer opplagt. At den afasirammede er opplagt, kan ha noe å si for kommunikasjonen hans (Corneliussen et al., 2006, s. 29). Vi forstår det slik, at opplagte afasipasienter har bedre forutsetninger for å kunne delta i samtale og mobilisering, noe som krever riktig smertekartlegging. Smertelindring har også innvirkning på andre kroppslige funksjoner, som å klare å hoste og puste dypt (Berntzen et al., 2017, s. 356). Mobilisering og søvn er ledd som kan fungere bedre dersom pasienten er smertelindret, noe som krever at sykepleieren smertekartlegger på en god måte.

Vi tolker Slørdal (2018, s. 331) slik at, på den annen side, er det viktig at pasienten ikke får for mye smertestillende. Alle smertestillende legemidler har bivirkninger og forhåndsregler som sykepleier må sette seg inn i. Eksempelvis kan opioider ha en hemmende effekt på respirasjonen, som i verste fall kan føre til pustestans. Kvalme, oppkast og avhengighet er også kjente bivirkninger av opioider. Balansen mellom nok og for mye smertestillende mener vi derfor er essensiell, og til grunn for dette er smertekartleggingen viktig. Ved at sykepleier smertekartlegger grundig, slik at pasienten får riktig dose smertestillende, kan det forebygge uheldige bivirkninger.

5.5 Når pasienten ikke kan selvrapportere smertene

Som nevnt tidligere har vi adressert at ikke alle pasienter med afasi har det samme forløpet. Graden av afasi påvirkes av hvor slaget inntraff, og i hvilken grad slaget har endret språksenteret (Corneliussen et al., 2006, s. 14). Så langt i oppgaven har vi fokusert på afasirammede, som til en viss grad, har hatt forutsetninger for å selvrapportere sine smerter. For noen afasirammede er ikke dette tilfelle. Ifølge studien til Soares et al. (2018) fant de at

13.4% av slagpasienter ikke har evne til å selvrappportere smerter ved innleggelse. Basert på funnene mener vi pasientgruppen fortsatt er viktig å smertekartlegge. 50% av de 13.4% som ikke kunne rapportere smerter, fikk tilbake evnen til rapportering senere i innleggelsen (Soares et al., 2018). Pasientene uttrykte at selv om de ikke kunne selvrappportere smerten, så hadde den vært til stede.

Tidligere i oppgaven har vi tatt for oss NRS og VAS som er smertekartleggingsverktøy vi mener er vanlig på norske sykehus. Disse smertekartleggingsverktøyene stiller et krav til at pasienten kan selvrappportere om smertene. Ifølge Soares et al. (2018) mangler verktøyene pålitelighet og gyldighet for pasienter uten evne til å selvrappportere smerte. Vi tolker Danielsen et al. (2017, s. 385) slik, at dersom pasienten er hjelpetrengende og ikke er i stand kommunisere smertene, er det sykepleiers oppgave å dekke dette behovet. Et kartleggingsverktøy som har fungert på demente pasienter som ikke kan kommunisere, er Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate 2 (PACSLAC-2) (Soares et al., 2018). Det er ifølge Soares et al. (2018) ikke utviklet et kartleggingsverktøy som er pålitelige og gyldige, for pasienter med afasi etter slag. De har forsøkt å se om PACSLAC-2 kan tas i bruk hos afasirammede slagpasienter. På den ene siden er dette et oversiktlig kartleggingsverktøy med 31 punkter, som sykepleier raskt kan kartlegge pasienten med. I tillegg har PACSLAC-2 vist seg å fungere når sykepleier skal skille mellom ingen smerte, og smerte. På den annen side, viser forskningen at PACSLAC-2 ikke kan skille mellom smertenivåene. I tillegg er dette et kartleggingsverktøy hvor sykepleier forsøker å tolke pasientens subjektive smerte. Som vi har påpekt tidligere er ikke sykepleiers oppfatning og pasientens oppfatning av smerte nødvendigvis samsvarende med hverandre (Giusti et al., 2018).

5.6 Videreføring av informasjon

Heyn (2018b, s. 259) påpeker viktigheten av informasjonsformidling ved overflytting av pasienter. Vi mener at, spesielt blant afasirammede med kommunikasjonsvansker, bør sykepleier blant annet dokumentere hvilke smertekartleggingsverktøy og kommunikasjonsmåter som tidligere har fungert. Når pasienter ligger inne på sykehus har vi erfart at de gjerne mottar mye informasjon, før de blir overført til en ny avdeling eller til et annet ledd av helsetjenesten. Her møter de nytt helsepersonell, som på ny må skape en relasjon til pasienten (Heyn, 2018b, s. 259). Å skape en relasjon til afasipasienter kan være

vanskelig, og det har kommet frem at sykepleiere ofte synes det er vanskelig å snakke med afasipasienter fordi de ikke forstår hva pasientene sier (Jensen et al., 2015, refert i Heyn, 2018a, s. 19). Vi mener at dokumentasjonen av sykepleien som tidligere er utøvd, kan være et hjelpemiddel for den neste sykepleieren som møter pasienten. I følge helsepersonelloven (1999) § 39 er den som yter helsehjelp pliktig til å dokumentere opplysninger i pasientens journal. Helsepersonelloven (1999) § 40 sier videre at informasjonen i journalen skal være lettfattelig for annet kvalifisert helsepersonell. Vi tolker, ut ifra dette, at sykepleieren kan nedtegne informasjonen om hvilken kommunikasjonsmåte og smertekartleggingsverktøy som fungerte for den enkelte pasient. På denne måten kan den neste sykepleieren lettere skape en relasjon til den afasirammede.

På den annen side finnes det ingen fasit på kommunikasjon, og sykepleierne kan derfor kommunisere på forskjellige måter (Heyn, 2018a, s. 24). Dessuten har vi lært at pasientens tilstand kan ha forandret seg under overflytning, og behovet for sykepleie kan være noe annet enn det var. Dokumentasjonen om pasientens kommunikasjonsevner samsvarer nødvendigvis ikke med den aktuelle situasjonen. Likevel kan det være hjelpsomt for den mottagende avdeling, å ha et innblikk i hvilke kommunikasjonsmåter og kartleggingsverktøy som har fungert tidligere.

6 Oppsummering

Selve prosessen med å smertekartlegge en pasient med afasi har vist seg å være en kompleks oppgave. Det er flere aspekter som bør kartlegges for at pasienten skal få optimal smertelindring; smerteintensitet, lokalisasjon av smertene, kvaliteten og varigheten på smertene, og om smertene fører til noen funksjonsnedsettelse. Når pasienten er afasirammen og dermed har kommunikasjonsvansker, bør sykepleier ta i bruk forskjellige verktøy for å kartlegge disse ulike aspektene. Det kan også være fordelaktig at sykepleier tar for seg aspektene steg for steg, da det kan være utfordrende å få alle aspektene frem i én samtale. For at sykepleier skal kunne gjøre dette, har vi sett at tid kan være en utfordring. Det er rimelig å anta at prosessen med å kartlegge smerter hos en afasipasient, krever mer tid enn hos andre pasienter. Derfor bør sykepleier også beregne god tid til å samtale med den afasirammede pasienten, slik at det ikke går utover andre pasienters behov og oppfølging.

Hos pasienter med afasi, som ikke kan selvrapportere smerte, har smertekartleggingen vist seg å være mer utfordrende. Det som kan skje når sykepleier skal kartlegge smerter hos pasienter med redusert evne og uten evne til selvrapportering, er at sykepleier og pasient ikke deler den samme oppfattelsen av pasientens smerter, fordi smerte alltid er subjektivt. Dette understreker viktigheten av å inkludere pasientens smerteopplevelse i kartleggingen der det er mulig. For de pasientene som ikke har den muligheten, er det forsøkt å bruke verktøy som i hovedsak er utviklet til personer med nedsatt evne til å kommunisere grunnet demens. Dette verktøyet kan skille mellom om pasienten har smerter eller ikke, men skiller ikke mellom graden av smerte. Dette virker inn på pasientens smertelindring, fordi verktøyet ikke er spesifikt nok.

Vi har også funnet at smertekartleggingen kan være avgjørende for hvilken smertebehandling pasienten får. Altså at smertekartlegging er viktig for at pasienten får riktig dose, og verken for mye eller for lite smertestillende. Dette er utfordringer som ikke oppstår under selve smertekartleggingen, men som kan oppstå i etterkant, og det er viktig at sykepleier har helhetlig kunnskap om dette. Her ser vi viktigheten av å kartlegge smerter grundig. At sykepleieren videreformidler viktig informasjon om pasientens kommunikasjonsevner, kan forenkle relasjonsbyggingen til den neste sykepleieren som skal ta seg av pasienten. Da kan sykepleier også unngå uheldige situasjoner videre, og pasienten kan få en god opplevelse i møte med forskjellige sykepleiere.

Vi har kommet frem til at essensen i møtet med en smertepåvirket afasipasient er at sykepleier etterstreber å skape en tillitsfull relasjon, å være tålmodig og å ha en kreativ tilnærming. Det vil si at sykepleier kan ha nytte av å kombinere flere smertekartleggingsverktøy og kommunikasjonsmåter. Pasientens individuelle behov står i sentrum, og ettersom afasi rammer på svært forskjellige måter i ulik grad, er individualiteten ekstra viktig å være bevisst på i møte med pasientgruppen. Det er også viktig å ta i betraktning at pasienten er smertepåvirket, noe som kan føre til stress, som igjen kan ha innvirkning på pasientens kommunikasjon.

Avslutningsvis vil vi belyse at temaet kan være komplekst. Den utvalgte forskningen på det spesifikke området vi tatt for oss, peker på at temaet må forskes videre på. Så vidt vi vet, finnes det ikke et spesifikt smertekartleggingsverktøy som retter seg mot slagpasienter med afasi. Likevel er dette en relativt stor pasientgruppe, som vi mener bør få mer oppmerksomhet, for pasientens del og for sykepleieutøvelsen.

7 Referanseliste

- Bache, N., Schmelling, W., & Tei, R. M. H. (2019). Sygepleje og smertebehandling. I *Smerter—Baggrund, Evidens og Behandling* (4. utg., s. 692–714). Fadl's Forlag.
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Eide, P. (2017). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 309–379). Gyldendal Norsk Forlag.
- Bertelsen, A. K. (2017). Sykdommer i nervesystemet. I E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 321–343). Gyldendal Norsk Forlag.
- Brinchmann, B. S. (2017). De fire prinsippers etikk—Velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81–96). Gyldendal Norsk Forlag.
- Corneliussen, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K., Lind, M., & Qvelind, E. (2006). *Afasi og samtale* (1. utg.). Novus Forlag.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2017). Sykepleie ved smerte. I *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381–427). Gyldendal Norsk Forlag.
- de Vries, N. J. (Carolien), Sloot, P. H., & Achterberg, W. P. (2017). Pain and pain assessment in stroke patients with aphasia: A systematic review. *Aphasiology*, 31(6), 703–719. <https://doi.org/10.1080/02687038.2016.1254150>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Giusti, G. D., Reitano, B., & Gili, A. (2018). Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study. *Acta Biomedica*, 89(4), 64–70. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7055>
- Grov, E. K. (2015). Å bli pasient og hjelpetrengende. I I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende Kunnskap i Klinisk Sykepleie* (5. utg., s. 37–55). Cappelen Akademisk Forlag.
- Helsedirektoratet. (2018). § 1-3 Definisjoner. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/definisjoner>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L. G. (2018a). Hvordan tilegne kommunikasjonsferdigheter. I *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (1. utg., s. 13–31). Gyldendal Norsk Forlag.

- Heyn, L. G. (2018b). Kommunikasjon for fremtidens sykepleiere—Nye roller, nye muligheter. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (1. utg., s. 256–271). Gyldendal Norsk Forlag.
- IASP. (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. International Association of Study of Pain - IASP. <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid* (1. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Norsk legemiddelhåndbok. (2016). *T8.10.1 Hjerneslag*. Norsk legemiddelhåndbok. <https://www.legemiddelhandboka.no/T8.10.1/Hjerneslag>
- NSD. (2021). *Vedtak av endringer på nivå 2 gyldig fra 2022*. REGISTER OVER VITENSKAPELIGE PUBLISERINGSKANALER. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/VedtakNiva2>
- OUS. (u.å.). *NRS (Numeric Rating Scale)*. ehandboken.ous-hf.no. Hentet 6. april 2021, fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121833>
- PubMed. (u.å.). *About*. PubMed. Hentet 6. april 2021, fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
- Redaksjonen for norsk APA-stil. (2021). *Norsk APA-manual En nasjonal standard for norskspråklig APA-stil basert på APA 7th*. Unit. <https://www.unit.no/media/2371/download?attachment>
- Rustøen, T. (2007). Sykepleie, smerte og smertelindring. I A. Aambø (Red.), *Smerter: Smerteopplevelse og atferd* (s. 127–142). Cappelen Akademisk Forlag.
- Schuster, J., Hoyer, C., Ebert, A., & Alonso, A. (2020). Use of analgesics in acute stroke patients with inability to self-report pain: A retrospective cohort study. *BMC Neurology*, 20(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-1606-x>
- Slørdal, L. (2018). Legemidler ved smerter. I O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg., s. 325–335). Gyldendal Norsk Forlag.
- Soares, C. D., Panuganti, P. K., Shrivastava, A., Aroor, S., Keinath, K. M., Bromagen, M. C., Howard, M. E., Carlson, C., & Smith, J. H. (2018). Experimental pain assessment in patients with poststroke aphasia. *American Academy of Neurology*, 91, 793–799. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000006081>
- UiO. (2020). *Publikasjonskanaler, nivåer og poeng—For ansatte—Universitetet i Oslo*. <https://www.uio.no/for-ansatte/arbeidsstotte/fa/publisering/etter-publisering/cristin/kanaler-nivaer/index.html>

Underdal, H. (2013). *CINAHL tilgjengelig i Helsebiblioteket*. Helsebiblioteket.no;
Helsebiblioteket.no. /om-oss/artikkelarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket
University of Iowa. (u.å.). *PACSLAC-II | GeriatricPain.org—The University of Iowa*. Hentet
6. april 2021, fra <https://geriatricpain.org/pacslac-ii>
Wergeland, A., Ryen, S., & Ødegaard-Olsen, T. G. (2016). Sykepleie ved hjerneslag. I *Klinisk
sykepleie 2* (5. utg., s. 303–328). Gyldendal Norsk Forlag.