

Ingrid Lippestad (10076)
Emilie Knoph (10191)

Sykepleieres erfaringer med smertekartlegging av personer med demens ("FAGARTIKKEL")

Prosjektbachelor
Emnekode: SYT2900
Kull: 2020
Eksamensdato: 01.06.23
Antall ord: 4775

Bacheloroppgave i sykepleie
Juni 2022

Ingrid Lippestad (10076)
Emilie Knoph (10191)

Sykepleieres erfaringer med smertekartlegging av personer med demens ("FAGARTIKKEL")

Prosjektbachelor
Emnekode: SYT2900
Kull: 2020
Eksamensdato: 01.06.23
Antall ord: 4775

Bacheloroppgave i sykepleie
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Introduksjon

I dag lever omtrent 101 000 mennesker med demens og antallet forventes å øke i årene fremover. Rundt en femtedel av disse lider av smerter og får mangelfull smertekartlegging i helseinstitusjoner. Dette speiler et behov for økt kunnskap relatert til smertekartlegging av personer med demens som ikke evner selvrappotering. Prosjektet belyser sykepleierens erfaringer rundt bruk av klinisk blick og observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy.

Metode

Prosjektet er et samarbeid mellom sykepleierutdanningen ved NTNU og et universitetssykehus. Kvalitativ metode er valgt og det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer av tre sykepleiere. Intervjuene ble gjennomført av to sykepleierstudenter i mars 2023. Prosjektet har en fenomenologisk tilnærming og analysen baserer seg på Malteruds systematiske tekstkondensering.

Resultat

Informantene baserer smertekartleggingen primært på sitt kliniske blick og disse ferdighetene har de tilegnet seg gjennom relevant erfaring. Kjennskap til pasientens normaltilstand, spesielt atferd, erfarer sykepleierne som sentralt. Innleggelsesårsaken har stor betydning for når og om smertekartlegging blir utført. Ingen av informantene hadde praktisk erfaring med observasjonsbaserte kartleggingsverktøy.

Konklusjon

Å basere smertekartleggingen på klinisk blick er faglig akseptert, men det kliniske blikket bør grunne i både erfaring- og forskningsbasert kunnskap. Å ta i bruk et smertekartleggingsverktøy rutinemessig kan øke forsvarligheten og bidra til å minimere variasjonene klinisk blick medfører. Dette vil gi flere pasienter en mer helhetlig smertekartlegging.

Abstract

Introduction

Currently approximately 101.000 people are living with dementia, and this number is expected to increase in the coming years. Around one-fifth of these individuals suffer from pain and receive insufficient pain assessment in healthcare institutions. This reflects a need for increased knowledge related to pain assessment for individuals with dementia who are unable to self-report. The project highlights nurses' experiences regarding the use of clinical judgment and observation-based pain assessment tools.

Method

The project is a collaboration between a university hospital and the nursing education program at NTNU. A qualitative method was chosen, and semi-structured interviews were conducted with three nurses. The interviews were conducted by two nursing students in March 2023. This project has a phenomenological approach, and the analysis is based on Malterud's systematic text condensation.

Results

The informants primarily rely their pain assessment on clinical judgment, and they have acquired these skills through relevant experience. The nurses perceive familiarity with the patient's baseline condition, especially their behaviour, as crucial. The reason for admission significantly influences when and if pain assessment is conducted. None of the informants had practical experience with observation-based assessment tools.

Conclusion

Basing pain assessment on clinical judgment is professionally accepted, but the clinical judgment should be grounded in both experiential and research-based knowledge. Using a pain assessment tool routinely can enhance the quality of care and help minimize the variations introduced by clinical judgment. This approach will provide more comprehensive pain assessment for a larger number of patients.

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

Ifølge Folkehelseinstituttet lever rundt 101 000 mennesker med demens i dag og antallet forventes å øke (1). Demens er en kronisk, uhelbredelig sykdom som skyldes skader på hjernen av ulike årsaker (2). Sykdommen kan føre til svekket hukommelse, språkbeherskelse og evne til å utføre daglige gjøremål. Ca. 20% av personer med demens (heretter forkortet PMD) lider av smerter (3). Smerte defineres som en subjektiv, ubehagelig opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell skade (4). Smerte anses som det femte vitale tegn og bør dermed vurderes regelmessig (2).

Forskning viser at mange PMD får mangelfull smertekartlegging og behandling (5,6,7). Økningen av antall PMD speiler et behov for økt kunnskap. Dette er allerede et nasjonalt satsningsområde i Regjeringens "Demensplan 2025" (8). Planens mål er å ivareta og integrere PMD i samfunnet og et element i dette er tilstrekkelig smertekartlegging. Ingen skal behøve å leve med smerter til tross for at mange eldre anser dette som en del av aldringsprosessen(1). Å leve med smerter over tid kan påvirke kroppens basale funksjoner som blant annet bevegelse, søvn, ernæring og eliminasjon. Når disse faktorene påvirkes kan det medføre redusert livskvalitet (2,4).

Sykepleieren får den mest pålitelige informasjonen om pasientens smerteopplevelse gjennom at pasienten gir verbalt uttrykk for det. Ved hjelp av verktøy som Numeric Rating Scale (NRS) kan pasienten rangere smerte på en skala fra 1-10 (2). PMD som ikke evner å selvrappportere smerte på grunn av redusert hukommelse og/eller språkvansker blir dermed en sårbar gruppe. Disse pasientene har gjerne atypiske symptomer på smerte som endret atferd, non-verbale uttrykk, tilfeldige vokaliseringer eller kroppsbevegelser (2,3). Vitale parametre kan benyttes i smertekartlegging, men denne oppgaven tar for seg smerte som observeres gjennom pasientens atferd og kroppsspråk. For tilstrekkelig smertekartlegging stilles det dermed krav til sykepleierens kliniske blikk. Klinisk blikk innebærer datasamling ved bruk av sansene og å kunne tolke informasjonen (9). Forutsetningene for et velutviklet klinisk blikk er erfaring, teoretisk kunnskap og evne til årvåkenhet. For å gi flere PMD tilstrekkelig smertekartlegging er det utarbeidet ulike observasjonsbaserte kartleggingsverktøy (2). Doloplus-2 og Mobid-2 trekkes frem som de mest anerkjente og anvendte i Norge. Verktøyene stiller samtidig krav til bruk av klinisk blikk.

Sykepleieren har en selvstendig funksjon og et stort ansvar i smertekartleggingen. I Helsepersonelloven §4 (10) er det forankret at sykepleieren skal utføre sin praksis i samsvar med forsvarlighetskravet og gi omsorgsfull hjelp ut ifra kvalifikasjoner og situasjon. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (11) legger også føringer for sykepleieren til å ivareta den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg. For å gi forsvarlig hjelp og helhetlig omsorg må sykepleiere sørge for tilstrekkelig smertelindring av PMD. Sykepleieren har likevel ikke eneansvar da kartleggingen er en tverrfaglig prosess med forordning av legemidler, behandling og evaluering.

Funnene i prosjektet belyses med forskning basert på litteratursøk. Lichtner, Dowding og Allcock (5) konkluderer med at det er behov for en mer systematisk metode av smertekartlegging av personer med redusert selvrapporteringsevne. Den fremhever at

fremtidige smertekartleggingsverktøy må få frem kompleksitet i pasientgruppen med fokus på personsentrert omsorg. Minaya-Freire, Subirana-Casacuberta, Puigoriol-Juventeny og Ramon-Aribau (12) er kritisk til variasjonen som oppstår i smertekartleggingen når den baseres på sykepleierens kliniske blikk og mener det er behov for standardisering. Studien peker også på sammenhengen mellom innleggelsesårsaken, antall smerteindikatorer og pasientens selvrapporingsevne. Sampson, White, Lord, Leurent, Vickerstaff, Scott og Jones (6) fremhever også at smertekartlegging skjer hyppigere hos pasienter med smerterelatert innleggelsesårsak. Videre vises det at under en tredjedel av PMD rapporterte smerter under innleggelse og at smerteprevalensen økte betydelig ved bruk av kartleggingsverktøy som baserte seg på atferdsobservasjoner. Forskning av Tsai, Browne og Inder KJ (7) konkluderer med at sykepleiere foretrekker å gjøre individuelle vurderinger i smertekartleggingen. Et kartleggingsverktøy vil uansett være avhengig av klinisk blikk da smerteatferden til PMD kan tolkes på mange ulike måter.

1.2 Hensikt

Hensikten med prosjektet er å undersøke sykepleieres erfaringer rundt smertekartlegging av PMD som ikke evner selvrapporing. Prosjektet vil undersøke hva sykepleiere vurderer som viktige i smertekartleggingen og om det benyttes kartleggingsverktøy. Samtidig vil organisatoriske forhold, med fokus på ledelsens rolle og organisasjonskulturen i avdelingen bli belyst. Dermed vil prosjektet undersøke problemstillingen:

Hvilke erfaringer har sykepleiere på sykehus med smertekartlegging av pasienter med demens som har redusert selvrapporingsevne?

2.0 Metode

2.1 Valgt metode

For å undersøke sykepleiernes erfaringer rundt smertekartlegging av PMD har vi valgt kvalitativt intervju som metode (13,14). Kvalitativ metode er valgt for å få frem informantenes erfaringer, tanker og følelser. Det ble utformet en semistrukturert intervjuguide med forhåndsbestemte kategorier (se vedlegg 1). Intervjuguiden er dannet på bakgrunn av eksisterende forskning, litteratur og praksiserfaringer vi har tilegnet oss gjennom sykepleiestudiet. Intervjuguiden gir struktur på intervjuet, men åpner samtidig for dybde i svarene og spontane innspill fra både informantene og intervjuer. Intervjuene ble gjennomført i et lukket rom på avdelingen og hadde en varighet på 45-60 minutter. En student førte samtalen mens den andre transkriberte, da taleopptak ikke var tillatt. Prosjektets resultater vil bli presentert på samarbeidende avdeling med et ønske om å belyse tematikken.

2.2 Utvalg av informanter

Denne prosjektbacheloren er et samarbeid mellom sykepleieutdanningen ved Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet og et universitetssykehus. Utvalget av informanter foregikk gjennom en kontaktperson for gjeldende sykehusavdeling. Det ble valgt ut tre informanter basert på våre kriterier. Inklusjonskriterier er at informantene har en stillingsprosent over 75%, for å gi størst mulig sannsynlighet for at informantene har relevant erfaring knyttet til pasientgruppen. De skal også være sykepleiere og har dermed mest mulig lik bakgrunnskunnskap samtidig som de har ulike personlige erfaringer. For å få et bredere perspektiv på datamaterialet ønsket vi også informanter med varierende ansiennitet og ulikt kjønn. Eksklusjonskriterier for studien er sykepleiere som kun har nattevaktstilling, da disse gjerne har mindre pasientkontakt.

2.3 Analyse

Analysen baserer seg på systematisk tekstkondensering fra Malterud (14). I analysen tilstrebes en fenomenologisk tilnærming da den undersøker subjektive erfaringer fra sykepleiere. Dette innebærer å legge egen forforståelse til side, men samtidig forholde seg til problemstillingen. Det transkriberte materialet ble bearbeidet ved å lese gjennom gjentatte ganger. Materialet fra intervjuet ble først delt inn i foreløpige temaer basert på funn som sammenfalt og funn som skilte seg fra hverandre. Temaene var også en videreutvikling av de forhåndsbestemte temaene i intervjuguiden. I kombinasjon med dette ble det utført meningsfortetting der utsagn fra informantene ble forkortet. Deretter identifiserte vi meningsbærende enheter fra materialet ved å se på funn som sannsynligvis vil belyse problemstillingen. Videre ble det benyttet induktiv tilnærming med fargekoding for å tolke funnene fra informantene som kan sammenfalle. Analysen var en prosess der vi jobbet frem og tilbake mellom stegene i tekstkondenseringen. Se tabell 1 under for eksempel på analysen.

Tabell 1: Eksempel fra analysen. Transkribert materiale med meningsfortetting, meningsbærende element og fargekoding.

Transkribert materiale	Meningsfortetting	Meningsbærende element og fargekoding
<p>“Når jeg smertekartlegger bruker jeg mest mitt kliniske blikk. Dersom du er en fersk sykepleier vil det være mye vanskeligere å kartlegge, da det kliniske blikket utvikler seg over tid. Jeg tror nok dette speiler behandlingen pasienten får” - Informant 1</p>	<p>Kartleggingen baseres på klinisk blikk. Utfordring å være fersk sykepleier. Klinisk blikk utvikles med erfaring. Pasientbehandlingen påvirkes av sykepleiers erfaring.</p>	<p>Klinisk blikk. Erfaringsbasert. Individuell kartlegging.</p>
<p>“Dersom innleggesårsaken ikke assosieres som smertefull, faller det ofte langt bak i lekse, om ikke helt bort. Hver enkelt sykepleier har jo et ansvar for å oppdage det, så noen ganger oppdages det tilfeldig. Det er ofte en sammenheng med hvor mye erfaring man har” - Informant 2</p>	<p>Innleggesårsak i fokus. Smerte oppdages tilfeldig. Sykepleieren har individuelt ansvar for kartlegging. Det baseres på erfaring.</p>	<p>Innleggesårsak. Individuelt ansvar for kartlegging. Ikke systematisert. Erfaringsbasert.</p>

2.4 Forskningsetiske betraktninger

Informantene har krav på tilstrekkelig informasjon om prosjektet før de samtykker og fikk på forhånd tilsendt et informasjonsskriv (13,15) (se vedlegg 2). Informantene ble her informert om temaet, anonymisering av sensitive opplysninger og muligheten for å trekke seg. Informantene skal ikke få personlige følger av å delta i prosjektet. Funn fra prosjektet skal kun brukes til forskning og fordypning i fagfeltet.

3.0 Resultat

Analysen førte sammenfallende funn inn i to hovedkategorier og fire underkategorier. Hovedkategorien "Sykepleierens perspektiver på smertekartleggingen" dreier seg om hvilke vurderinger hver enkelt sykepleier gjør. Hovedfunnene her er at sykepleierne benytter sitt kliniske blikk og at de vektlegger å innhente informasjon om pasientens normale atferd fremfor å skape en relasjon. Hovedkategori "Organisatoriske forhold i smertekartleggingen" tar for seg sykepleierens erfaringer rundt ledelsen og avdelingens tilrettelegging i smertekartleggingen. Sykepleierne erfarte at innleggelsesårsaken hadde størst betydning for hvor stort fokus de hadde på smertekartlegging. Informantene har liten erfaring rundt bruk av kartleggingsverktøy tilpasset PMD og de erfarer ikke noe eksplisitt tilrettelegging fra ledelsen eller avdelingen. Videre reflekterer de rundt fordeler og ulemper ved å innføre smertekartleggingsverktøy.

Tabell 2: Oversikt over hovedkategorier og underkategorier.

Hovedkategori	Underkategori
Sykepleierens perspektiver på smertekartleggingen	Klinisk blikk og erfaring
	Kjennskap til pasientens normaltilstand
Organisatoriske forhold i smertekartleggingen	Innleggelsesårsakens betydning for smertekartlegging
	Smertekartleggingsverktøy

3.1 Sykepleierens perspektiver på smertekartleggingen

3.1.1 Klinisk blikk og erfaring

Funn fra samtlige informanter viser at de benytter sitt kliniske blikk i smertekartleggingen av PMD. I dette legger de en tolkning av pasientens kroppsspråk. De observerer blant annet ansiktsmimikk, om pasienten vrir seg unna, tar seg på bestemte kroppsdelene eller om de "uttrykker smerte i blikkontakten". Det påpekes av informant 3 at observasjoner er den eneste måten å kartlegge denne pasientgruppen på, da de ikke kan selvrappotere smerte.

"Du blir nødt til å tolke kroppsspråk. Det er det vi har når pasienten ikke sier fra selv"
- Informant 3

Samtlige informanter mener at et godt klinisk blikk i størst grad utvikles gjennom erfaring. Det er enighet om at erfaringen til hver enkelt sykepleier er avgjørende for tilstrekkelig smertekartlegging og dermed oppfølgingen pasienten får for sine smerter.

"Dersom du er en fersk sykepleier vil det være mye vanskeligere å smertekartlegge, da det kliniske blikket utvikler seg over tid. Dette speiler nok behandlingen pasienten får"
- Informant 1

Flere informanter forteller at kroppstell av pasienten er en god mulighet for å benytte sitt kliniske blikk til å gjøre en helhetlig smertevurdering. Det de hovedsakelig observerer er kroppsspråk og atferd. Gjennom dette innhentes mye informasjon om pasientens smertetilstand.

"Hvis jeg skal vurdere om en pasient har smerter eller ikke så gjør jeg det gjennom stell"
- Informant 1

"Først og fremst er det viktig å ha kunnskap og kartlegging av smerte ved demens.. og dersom man har god kunnskap får man mye info i stell. Dette er erfaringsbasert"
- Informant 2

Informant 2 påpekte at for å kunne gjøre gode observasjoner av pasienten må en ha generell kunnskap om kartlegging av PMD. Dersom en ikke har kunnskap blir kartleggingen utfordrende. Informanten synes det er vanskelig å sette ord på hva som vektlegges i kartleggingen.

"Magefølelsen er det jeg vektlegger mest i smertekartleggingen" - Informant 2

3.1.2 Kjennskap til pasientens normaltilstand

På gjeldende sykehusavdeling er pasientene i hovedsak innlagt over kort tid, oftest fra to til syv dager. Som informantene har fortalt er smertekartleggingen av PMD i stor grad observasjonsbasert relatert til atypiske symptomer. Derfor ønsket vi å undersøke betydningen av å få kjennskap til pasientens normaltilstand. En informant oppgir at det ikke er av betydning for smertekartleggingen å kjenne til pasientens tidligere liv. Likevel sier samtlige informanter at de tilstreber å innhente informasjon om hvordan pasientens atferd er til vanlig og uten smerter for å gjenkjenne atferd som avviker fra normalen. *"Det er viktig å få informasjon om pasientens tidligere aktivitetsnivå og smerteterskel. Om det er en hardfør type eller en som lett får vondt for eksempel"* - Informant 2

Enkelte av informantene gir uttrykk for at det kan være utfordrende å kartlegge smerte med tanke på det korte oppholdet på sykehus. De ønsker derfor å skape en relasjon med tiden som er tilgjengelig. Det blir sagt at det er lite tid til å bli kjent med pasienten, men at de benytter de anledningene de kan.

"Det er viktig å bli godt kjent med pasienten (...), vite noe om hvem de er. Da ser man det lettere dersom det er noen endringer hos dem, men det er vanskelig siden de er her så kort" - Informant 3

Informant 1 tydeliggjør at relasjonen må ha nytteverdi for behandlingen:

"Å skape en relasjon med terapeutisk hensikt er helt avgjørende" - Informant 1

3.2 Organisatoriske forhold i smertekartleggingen

3.2.1 Innleggelsesårsakens betydning for smertekartlegging

Alle informantene forteller at ved innleggelse kan det ta lang tid før smertekartleggingen starter fordi hovedfokuset er på den primære innleggelsesårsaken. Informantene fremhever at avdelingen ikke har noen eksplisitte smertekartleggingsrutiner og at hver enkelt sykepleier har et eget ansvar. Dersom innleggelsesårsaken assosieres som smertefull eller pasienten har kroniske smerter som oppdages ved legemiddelsamstemningen, kartlegges det tidlig i innleggelsen. En av informantene forteller ærlig at i noen tilfeller tenker man ikke på det i det hele tatt og at dette er en stor utfordring når pasienten ikke selvrapporterer.

"Dersom innleggelsesårsaken ikke assosieres som smertefull, faller det ofte langt bak i lekse, om ikke helt bort. Hver enkelt sykepleier har jo et ansvar for å oppdage det, så noen ganger oppdages det tilfeldig. Det er ofte en sammenheng med hvor mye erfaring man har" - Informant 2

"Hvis pasienten har synlige smerter som for eksempel operasjonssår eller brudd vil jeg nok være mer opptatt av smerter, enn om pasienten legges inn av en annen medisinsk grunn" - Informant 3

3.2.2 Smertekartleggingsverktøy

Ingen av informantene nevner kartleggingsverktøy spontant som en del av smertekartleggingen av PMD. Informanter bruker ofte NRS for å smertekartlegge pasienter, men at denne ikke egner seg til PMD. Informantene bekrefter at de har hørt om kartleggingsverktøyene Doloplus-2 og Mobid-2, men har ingen praktisk erfaring. Informantene forteller også at det ikke er lagt noen føringer fra ledelsen angående smertekartleggingen av PMD. Informant 1 ytrer et ønske om at ledelsen i avdelingen setter av tid til opplæring. Informant 3 støtter også forslaget om å ta i bruk kartleggingsverktøy.

"Burde vært høyaktuelt her. Dersom det hadde vært brukt ville nok alle ble flinkere på å smertekartlegge" - Informant 1

"Vi har mange pasienter det kunne vært nyttig for" - Informant 3

Informant 1 forteller at de prøver å få kontinuitet gjennom innleggelsen ved at samme sykepleier følger pasienten. Informanten uttrykker at dette fører til at endringer som kan være smerterelaterte oppdages lettere og tidligere. Informant 1 og 2 vektlegger at atferden er svært sentral for smertekartleggingen. Informantene legger til at atferd ofte relateres til manglende grunnleggende behov eller relateres til deres kognitive funksjon.

"Jeg tror vi er dårligere enn vi burde på utagering. Mange er sinte når de har vondt. Det er jo en pasientgruppe som har mer vondt enn vi tror. Det er en vanskelig vurdering" - Informant 2

Informantene forteller at ettersom at de ikke har kjennskap til pasientens normaltillstand er det viktig å dokumentere for å etablere kjennskap for å oppdage endringer.

Informantene uttrykker at det ikke er en bestemt struktur i dokumenteringen som kan gjøre det vanskelig å oppdage atferdsavvik hos pasienten. De presiserer at det er spesielt vanskelig nå etter at det nye journalsystemet er innført. Hva som dokumenteres er opp til hver enkelt sykepleier og om tiden strekker til.

"Journalføring er viktig for å kartlegge smerte. Jeg opplever god dokumentering av smerte hvis man har tid." - Informant 1.

Informant 2 er tilfreds med smertekartleggingen som gjøres på avdelingen per nå og mener at sykepleierne har god nok kunnskap og et godt klinisk blikk som sikrer tilstrekkelig smertevurdering. Informanten uttrykker at systematisering kan føre til unødvendig screening som vil være en tidstyv for sykepleieren, unødvendig belastning for pasienten og at det kan føre til overbehandling. Informanten fremhever at kartleggingsverktøy vil kreve opplæring. Ettersom at det er mye personale fra bemanningspool vil det bli problematisk å oppnå kontinuitet. En understreker også at standardiserte verktøy er vanskelig for PMD på grunn av store individuelle forskjeller.

"Jeg tror vi er gode på å kartlegge smerte på avdelingen. Jeg ser ikke behovet for å innføre noe system, men man kan ikke vite sikkert at det ikke ville blitt bedre. Det finnes kartleggingsverktøy, men jeg oppfatter det som vanskelig å benytte for denne pasientgruppen" - Informant 2

4.0 Diskusjon

Hensikten med oppgaven er å undersøke sykepleiernes erfaringer rundt smertekartlegging av PMD som har redusert selvrapporteringsevne. Hovedfunnene er at sykepleierne benytter klinisk blikk i smertekartleggingen og at dette er utviklet gjennom erfaring. Sykepleierne prioriterer å bli kjent med pasientens normaltilstand for å oppdage avvik fra vanlig atferd som dermed kan være tegn på smerte. Informantene påpeker at innleggelsesårsaken har betydning for smertekartleggingen. Ingen av informantene hadde erfaringer med Doloplus-2, Mobid-2 eller andre observasjonsbaserte kartleggingsverktøy. I diskusjonen vil hovedfunnene drøftes systematisk opp mot relevant forskning og litteratur.

4.1 Sykepleierens perspektiver på smertekartleggingen

4.1.1 Klinisk blikk og erfaring

I funnene kommer det frem at informantene hovedsakelig benytter klinisk blikk og individuelle observasjoner i smertekartleggingen. Samtlige informanter sier også at kvaliteten på det kliniske blikket utvikles gjennom erfaring. Dette funnet fremkommer også i forskning fra Tsai m.fl (7). Deltakerne i prosjektet mener at de har god nok klinisk erfaring til å gjøre tilstrekkelig smertevurdering av PMD uten kartleggingsverktøy. Det er liten tvil om at en sykepleiers erfaring er betydningsfull og skal anerkjennes. Kari Martinsens omsorgsteori beskriver nettopp dette (16,17). Hun belyser at medisinsk lærebokkunnskap alene er lite verdifullt, men at erfaringsbasert kunnskap er vel så viktig. Erfaringsbasert kunnskap er også en viktig del av grunnlaget for faglige beslutninger ifølge begrepet "kunnskapsbasert praksis" (18). Det er forventet av norske sykepleiere at de skal arbeide kunnskapsbasert (18,19).

På den andre siden kan en argumentere for at erfaringsbasert observasjon alene ikke er nok. Observasjonene som er innlemmet i det kliniske blikket må også være basert på teoretisk kunnskap (9). Kunnskapsbasert praksis innebærer ifølge definisjonen å ha vitenskapelig kunnskap basert på forskning (18). Å ta i bruk kartleggingsverktøy kan være én måte å jobbe forskningsbasert på da de er utviklet gjennom vitenskapelige tilnærminger (9). Eksempelvis konkluderer forskning med at Mobid-2 og Doloplus-2 er valide og reliable verktøy (2,20). Disse verktøyene har som hensikt å kunne identifisere smerte basert på systematiske atferdsobservasjoner. Flere studier konkluderer dessuten med at smerte hos PMD oppdages i flere tilfeller med bruk av observasjonsbaserte kartleggingsverktøy enn ved sykepleierens kliniske blikk alene (2,7,21). Argumentene støttes av sykepleieteoretikeren Patricia Benner (22). Hun lanserte teorien om at sykepleiere med kompetanse basert på et gjensidig forhold mellom teori og praksis tar de beste faglige vurderingene. Disse kan kalle seg eksperter, ifølge Benner.

Det påpekes riktignok av informantene at generell kunnskap om smertekartlegging er viktig i tillegg til det kliniske blikket. Generell kunnskap kan være uttrykk for vitenskapelig tilegnet kunnskap. Samtidig uttaler informanten at kunnskapen tilegnes gjennom erfaring og kartleggingsverktøy blir ikke nevnt som kilde til kunnskap. Dette underbygger funnene om at sykepleierne i tråd med kunnskapsbasert praksis, trolig jobber mer erfaringsbasert enn forskningsbasert (18).

På bakgrunn av funnet om at erfaring er avgjørende for utvikling av klinisk blikk, vil sykepleieren tillegges et stort individuelt ansvar for å utføre god smertekartlegging. Informantene mener en nyutdannet sykepleier har mindre erfaring og dermed et mangelfullt klinisk blikk. Erfaringen kan variere med år i yrket eller i hvor stor grad de har arbeidet med PMD. En sykepleiers erfaring i fagfeltet kan også være påvirket av grunnholdning og personlig engasjement for fagfeltet (16). En informant påpeker også at pasientene sannsynligvis får ulikt utgangspunkt for behandling når kartleggingen baseres på erfaring i så stor grad. Forskning viser også at sykepleierens erfaring vil påvirke pasientsikkerhet og kvalitet i smertekartlegging av PMD (12). Riktignok vil utfordringen med at sykepleiere har varierende erfaring alltid eksistere. Benner (22) hevder at en sykepleier med lite erfaring ikke så lett ser sammenhenger og vil i større grad være avhengig av prosedyrer. Derfor bør nyutdannede i større grad benytte et observasjonsbasert kartleggingsverktøy. Torvik og Sandvik (2) presiserer at smertekartleggingsverktøy ikke skal brukes alene, men som supplement til klinisk blikk fordi PMD er like forskjellig som alle andre pasienter.

4.1.2 Bruk av magefølelse

Funnene viser også at sykepleiere benytter magefølelsen i smertekartleggingen av PMD. Begrepet magefølelsen knyttes gjerne opp "intuisjon", som betyr å ha en umiddelbar forståelse av noe uten at det forekommer en bevisst vurdering (9). Intuisjon innebærer å sette sammen enkeltbiter fra langtidsmindet, gjenkjenne mønstre og trekke effektive konklusjoner basert på kunnskap. Funnet om at smertekartlegging baseres på magefølelse viser seg også i forskning. I studien gjort av Tsai m.fl. (7) kom det frem at sykepleierne ikke så nytten av å benytte smertekartleggingsverktøy, da deres intuisjon og kliniske skjønn var godt nok i seg selv. En annen mulig forklaring på fenomenet magefølelse kan være å se det i lys av "taus kunnskap". Begrepet ble lansert av Michael Polanyi (23) og defineres som kunnskap du tar for gitt eller som ikke kan uttrykkes med ord. På bakgrunn av definisjonene på taus kunnskap og intuisjon er det rimelig å anta at sykepleiere som utfører smertekartlegging basert på magefølelse innehar kunnskap og erfaringer som er vanskelig å sette ord på i et intervju. Når det er sagt bør man likevel være forsiktig med å basere en sykepleiefaglig vurdering på intuisjon uten å gjøre en kritisk vurdering i etterkant (9). Dette vil være uheldig da det kan føre til misforståelser, poengterer Kristoffersen.

4.1.3 Betydningen av å kjenne pasienten

Informantene i prosjektet er opptatt av å få kjennskap til pasientens normaltilstand og å skape en relasjon med terapeutisk hensikt. Med dette menes å samle informasjon som er relevant for behandling og gir bedre helse (9). De fokuserer ikke på å ha "god kjemi" med pasienten eller å kjenne livshistorien til pasienten. Av relevant informasjon i smertekartleggingen nevnes pasientens smertetoleranse og kroppsspråk til vanlig. I litteraturen fremheves viktigheten av å kjenne pasienten for å kunne se sammenhenger i atferd og dermed kunne oppdage smerte (3). Ved å kjenne til pasientens normaltilstand kan sykepleieren tidligere oppdage avvik som kan være et tegn på smerte. Eksempelvis kan en pasient som motsetter seg hjelp tolkes på ulike måter, forklarer Blomquist. Det kan bety at pasienten er redd eller opplever krenking av sin identitet, men kan også være uttrykk for smerte. Jonsdottir og Gunnarsson (24) understreker også i sin forskning viktigheten av å kjenne til pasientens normalatferd i smertekartleggingen. Det samme

synspunktet har Lichter m.fl. (21). Det poengteres at det er avgjørende at sykepleieren som kartlegger smertetilstanden har god kjennskap til pasienten.

Samtlige informanter forteller at de benytter stell-situasjonen i stor grad i smertekartleggingen. Dette støttes av Skaug (25) som beskriver kroppsstell som en mulighet for helhetlig observasjon av pasienten. I beskrivelsen av Mobid-2 påpekes det også at pleiepersonalet som kjenner pasienten har best forutsetning for å vurdere pasientens smerteatferd (26). Samtidig kan den korte tiden pasienten er innlagt redusere muligheten personalet har til å bli kjent med pasienten. Det kan også være utfordrende at samme pleier følger pasienten over tid, grunnet turnusarbeid og vikarbruk. Kombinasjonen av dette kan være noe av grunnen til at de ikke benytter smertekartleggingsverktøy på avdelingen.

4.2 Organisatoriske forhold i smertekartleggingen

4.2.1 Smertekartlegging ved innleggelse

I prosjektet forteller informantene at de har størst fokus på innleggelsesårsaken og dens behandling. Dersom innleggelsesårsaken assosieres som smertefull vektlegges smertekartlegging, hvis ikke er det opp til den enkelte sykepleiers årvåkenhet å oppdage det (6,12). Ved å standardisere rutinene gjennom kartleggingsverktøy kan det bidra til å oppdage smerte på et tidlig stadium. Etersom smerte anses som det femte vitale tegnet vil det være naturlig å ta stilling til smertetilstanden tidlig og jevnlig gjennom innleggelsen (2). Dette kan for eksempel gjøres ved bruk av et kartleggingsverktøy. Samtidig peker informantene i prosjektet på at kartleggingsverktøy kan føre til unødvendig belastning både for sykepleieren og pasienten. I noen tilfeller kan det også være unødvendig og føre til "falske positive" resultater (6). Likevel er prosentandelen av PMD som lider av smerter høy, som statistisk sett gir en høy treffprosent (6, 27). I forskningen kommer det også frem at smerteprevalensen økte ved bruk av kartleggingsverktøy. Samtidig er det vanskelig å vite om svarene som kommer frem er valide fordi sykepleierens kliniske blikk er sentralt.

4.2.2 Systematisering gjennom kartleggingsverktøy

Som nevnt er selvrapporing den mest hensiktsmessige metoden for smertekartlegging (2,12). Selvrapporing skal alltid prøves først, uavhengig av pasientens bakgrunn (12). Både informantene og forskning understreker at NRS er uegnet for PMD da de ofte viser smertetilstander gjennom endret atferd (2,6,12). Informantene kobler oftest atferd til allerede satt diagnose eller mot manglende grunnleggende behov som vannlatingstrang, forstoppelse, sult eller liknende. Det er sjelden atferden assosieres med smerter. Fra et annet perspektiv er det veldig bra at ikke-medikamentelle tiltak prøves først.

Helsedirektoratet anbefaler å systematisere smertekartlegging av PMD gjennom strukturerte verktøy som legger til rette for individuelle forskjeller (28). I prosjektet kommer det frem at det ikke brukes verktøy på avdelingen og sykepleierne erfarer at smertekartleggingen baseres på kliniske blikk. Det speiler et behov for intervensjon. Dette støttes også fra et lovpålagt perspektiv jf. med *forsvarlighetskravet* i Helsepersonellovens § 4 (10). Kravet om faglig forsvarlighet fordrer at tjenestene skal være kunnskapsbaserte og skal være faglig begrunnet. Mobid-2 og Doloplus-2 er eksempler på kartleggingsverktøy som kan bidra med dette, da de som nevnt tidligere er utarbeidet gjennom vitenskapelige metoder. Felles er at kartleggingsverktøyene er

flerdimensjonale, baserer seg på observerbare endringer hos pasienten og tar utgangspunkt i hvordan smertene påvirker pasientens daglige aktiviteter (2,6,29).

På den andre siden peker informantene og forskning på en rekke svakheter ved kartleggingsverktøyene (5,6,12). Verktøyene baserer seg på smerteindikatorer som ansiktsmimikk, vokaliseringer og kroppsbevegelser. PMD uttrykker smerte ulikt ut fra hvilke deler av hjernen som er affisert (30). Noen kan bli tilbaketrukket, mens andre kan bli utagerende og aggressive både fysisk og verbalt (6). Dette er ikke noe som tas stilling til i verktøyene. Informantene bruker ubevisst mange av elementene i kartleggingsverktøyene. Likevel fremstår de skeptisk til å sette det i system til tross for at de er klar over variasjonene det kliniske blikket medfører. Minaya-Freire m.fl. (12) fremmer i sin forskning at det er nødvendig å systematisere smertekartleggingen nettopp for å unngå disse variasjonene og sikre gode tjenester til alle. Påliteligheten til verktøy som baserer seg på kroppsbevegelser og vokaliseringer viser seg å være større enn verktøy som baserer seg på ansiktsmimikk. Dette fordi ansiktsuttrykk ofte er subtile og sykepleierens tolkning er derfor styrende for hvordan de oppfattes (31). En styrke ved verktøyene er at de klarer å identifisere smerte og hyppigheten av endret atferd spiller smerteintensiteten (6,12). Dette forutsetter at sykepleieren har kjennskap til pasientens normaltilstand. Da er god dokumentasjon gjennom innleggelsen et sentralt moment. Dokumentering kommer likevel frem som et svakt ledd i dette prosjektet. Det blir ofte nedprioritert på grunn av tid og kan ha store individuelle variasjoner. Informantene i prosjektet opplever også større variasjon og økt problematikk rundt dokumenteringen etter at et nytt journalsystem ble innført. Til tross for at verktøyene ikke er tilstrekkelig per dags dato anbefales det at verktøyene anvendes. Hver avdeling bør gjøre individuelle tilpasninger etter deres behov og jevnlig evaluere for å bidra til forbedring (20,31).

Jf. med *Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (32) omtales ansvaret for å kontinuerlig drive forbedringsarbeid som en plikt blant helsepersonellet. Kontinuerlig forbedringsarbeid tar for seg både klinisk og organisatorisk kompetanse (33). Ledelsen og avdelingen har et organisatorisk ansvar for å tilrettelegge for at sykepleieren kan ivareta sitt individuelle ansvar, for å ivareta kvalitet og sikkerhet i pleien. Sykepleierne i prosjektet erfarer at de ivaretar kvalitet og sikkerhet i tjenestene, men uttrykker at et kartleggingsverktøy potensielt kan bidra til forbedring. Sykepleierne argumenterer med at det må først tilrettelegges på systemnivå hvis kartleggingsverktøyene skal brukes. Dette innebærer at lederen prioriterer ressurser ved å blant annet tilrettelegge og sette av tid til opplæring, tilgjengeliggjøre verktøyene og motivere personalet til endring. Lederen bidrar dermed til å danne en sterkere organisasjonskultur. Organisasjonskultur dreier seg om felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger i organisasjonen og viser seg gjennom sykepleiernes holdninger og handlinger (33). Dette bidrar til at sykepleierne kan sørge for stabilitet, kvalitet og sikkerhet i smertekartleggingen av PMD (12).

4.2.3 Prosjektets styrker og svakheter

I gjennomføringen av et prosjekt vil det være viktig å ta for seg styrker og svakheter (13). En styrke ved prosjektet er valget av kvalitativ metode for å undersøke sykepleiernes erfaringer og opplevelser relatert til problemstillingen. Intervjuene ble gjennomført av begge studentene på et adskilt rom uten avbrytelser. Det ga rom for å observere kroppsspråk for å se om verbal og nonverbal kommunikasjon samsvarte. Anonymiteten og personvern er bevart gjennom hele prosjektet. Med bakgrunn i en

intervjuguide basert på litteratur og egne erfaringer fikk vi utfyllende svar. Prosjektet har forholdt seg til tentativ tidsplan slik at det ble tilstrekkelig med tid til å analysere og diskutere funnene. Det har underveis vært tett dialog mellom studentene, veilederne og avdelingen.

Svakheter ved prosjektet er det begrensede antall informanter kombinert med at alle er fra samme avdeling med under ti års arbeidserfaring. Det hadde vært ønskelig med flere og større variasjon i informanter for å få et mer pålitelig prosjekt. Valget av kvalitativt intervju med tre informanter gir dermed ikke grunnlag for å generalisere funnene (14). Informantenes personlige interesser kan også påvirke deres engasjement til å dele erfaringer (13). Intervjuene ble direkte transkribert uten lydopptak som gjør at utsagn fra informantene kan feiltolkes eller gå tapt. Sammen med begrenset tid og ressurser kan nevnte faktorer påvirke troverdigheten og overførbarheten av resultatene og konklusjonen.

4.3 Konklusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer sykepleierne på sykehus har med smertekartlegging av PMD som har redusert selvrapporingsevne.

Funnene viser at sykepleiere i størst grad benytter egne erfaringer og subjektive observasjoner ved smertekartlegging av PMD. Dette kan resultere i ulik kvalitet i pasientens tjenester ut ifra sykepleierens individuelle erfaringsbakgrunn. For å unngå dette bør sykepleierne kombinere sitt kliniske blick med forskningsbaserte kartleggingsverktøy. Avdelingen og ledelsen må motivere til endring og bidra ved å tilgjengeliggjøre verktøyene, sørge for tilstrekkelig opplæring og skape gode rutiner. Tiltakene kan bidra til å oppdage smerter oftere og tidligere hos PMD.

Videre hadde det vært interessant å undersøke sykepleieres erfaringer av å bruke observasjonsbaserte kartleggingsverktøy i sykehus og se på hvilken rolle den kortvarige relasjonen har å si for smertekartleggingen. Både gjennom prosjektet og etter fremlegg på avdelingen kommer det frem at tematikken er svært aktuell og kan være et grunnlag for kvalitetsforbedring.

Referanseliste

1. Strand BH, Vollrath MEMT, Skirbekk VF. Demens [Internett]. Folkehelseinstituttet. 2014 [sitert 15. mai 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
2. Torvik K, Sandvik R. Smerte. I: Geriatrisk sykepleie. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2020. S. 416-441
3. Blomqvist K. Att känna igjen och lindra smärta hos personer med demenssjukdom In: Edberg A-K, editor. Att möta personer med demens. 2.uppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 2011.
4. IASP - International Association for the Study of Pain. IASP Announces Revised Definition of Pain [Internett]. IASP. 2022 [Hentet 9. mai 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
5. Lichtner, V, Dowding D, Allcock, N. *et al.* The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision making perspective. *BMC Health Serv Res* 2016 Aug;427
6. Sampson, EL, White, N, Lord, K, Leurent, B, Vickerstaff, V, Scott, S, & Jones, L. (2015). Pain, agitation, and behavioural problems in people with dementia admitted to general hospital wards: A longitudinal cohort study. *Pain*, 2015 Apr;156(4):675-683
7. Tsai YI, Browne G, Inder KJ. Nurses' perspectives of pain assessment and management in dementia care in hospital. *Australas J Ageing*. 2022 Nov.
8. Helsedirektoratet. Om Demensplan 2025 [internett]. Oslo: Helsedirektoratet 02.05.2019 [oppdatert 19. mars 2021; hentet 02. mai 2023]. Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/demens/demensplan-2025>
9. Kristoffersen NJ. Sykepleie - kunnskap og kompetanse. In: Grimsbø GH, redaktør. *Grunnleggende sykepleie* bind 1. 4. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2021. s.169-223
10. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr.64
11. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer [Internett]. 2018. [Oppdatert 22.03.21; Hentet 26.04.23]. Tilgjengelig på: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
12. Minaya-Freire A, Subirana-Casacuberta M, Puigoriol-Juventeny E, Ramon-Aribau A. Pain management nursing practice assessment in older adults with dementia. *Nurs Open*. 2021 Nov;8(6):3349-3357.

13. Dalland O. Hva er metode? I: Metode og oppgaveskriving. 7. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020. s.257
14. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforl; 2017. s.254
15. NTNU. Behandle personopplysninger i student- og forskningsprosjekt. [Internett]. Trondheim: NTNU; 2019 [sist endret 31.03.23; hentet 02.05.2023]. Tilgjengelig fra: <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Behandle+personopplysninger+i+student-+og+forskningsprosjekt>
16. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays. 2. utg. Oslo: Universitetsforl; 2003. s.278
17. Fonn M. Kari Martinsen - Pleien tar den tiden den tar [internett]. Sykepleien.no; 14.02.2019 [hentet 26.04.23] Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>
18. Nortvedt P. Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.
19. Meld. St. 7. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019-2020.
20. Husebø BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Ljunggren AE. Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scan J Caring Sci.* 2009;23(1):180-9.
21. Lichtner, V, Dowding, D, Esterhuizen, P. *et al.* Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatr* 2014 Dec 17;14;138.
22. Benner P. From novice to expert : excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley; 1984. s.1479
23. Polanyi M, Ra E. Den tause dimensjonen : en innføring i taus kunnskap. Oslo: Spartacus; 2000. s.108
24. Jonsdottir T, Gunnarsson EC. Understanding Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review. *Pain Manag Nurs.* 2021 Jun;22(3):281-292.
25. Skaug EA. Kristoffersen. Kroppspleie. In: Grimsbø GH, redaktør. Grunnleggende sykepleie bind 1. 4. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2021. s.45-86
26. Barlindhaug SF. Smerter og demens Legehandboka.no: Norsk Elektronisk Legehåndbok; 12.07.2021 [oppdatert 29.10.2021; hentet 09.05.2023]. Available from: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/alders--og-sykehjemsmedisin/symptomer-og-tegn/smertevurdering-og-smertebehandling-ved-demens>.
27. Herr K, Coyne PJ, Ely E, Gélinas C, Manworren RCB. Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Clinical Practice Recommendations in Support of the ASPMN 2019 Position Statement. *Pain Manag Nurs.* 1.oktober 2019;20(5):404-17.

28. Helsedirektoratet. Lindrende behandling til personer med demens [Internett] Helsedirektoratet 2019 [Oppdatert 03.05.2022; Hentet 9. mai 2023] Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/lindrende-behandling-til-personer-med-demens#personer-som-viser-atferdsmessige-og-psykologiske-symptomer-ved-demens-apsd-eller-andre-symptomer-pa-ubehag-utilpasshet-bor-vurderes-for-smerte-praktisk>.
29. Sirsch E, Gnass, I, & Fischer, T. (2015). Diagnostics of pain in old age. *Perspectives on a Multidimensional Phenomenon. Schmerz*, 2015 Aug;29(4):339-48
30. Skovdahl K. Kognitiv svikt og demens. I: Geriatrisk sykepleie. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2020. s. 397-415.
31. de Waal MWM, van Dalen-Kok AH, de Vet HCW, Gimenez-Llort L, Konstantinovic L, de Tommaso M, Fischer T, Lukas A, Kunz M, Lautenbacher S, Lobbezoo F, McGuire BE, van der Steen JT, Achterberg WP. Observational pain assessment in older persons with dementia in four countries: Observer agreement of items and factor structure of the Pain Assessment in Impaired Cognition. *Eur J Pain*. 2020 Feb;24(2):279-296.
32. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2020-02-04-119. [Oppdatert 01.03.2022; Hentet 24.05.2023]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
33. Orvik, A. (2022) Organisatorisk kompetanse. Oslo: Cappelen Damm AS. 3.utgave. s.405

Vedlegg 1

Intervjuguide

Introduksjon

- Fortelle hvem vi er
- Fortelle om prosjektbacheloren og valgt tema
- Informere om taushetsplikt og personvern

Innledningsspørsmål

- Hvor lenge har du jobbet ved avdelingen?
- Hvor mange år har du jobbet som sykepleier?
- Har du annen erfaring eller videreutdanning?

Personlige erfaringer

- Hvilke erfaringer har du med smertekartlegging av pasienter med demens?
- Hva vektlegger du i smertekartleggingen?
- Har du noen erfaringer rundt underrapportering og overrapportering av smerte?
- Hvilke personlige egenskaper anser du som viktig i smertekartleggingen?
- Hvilke kartleggingsverktøy kjenner du til? F.eks Mobid-2 eller Doloplus-2?

Relasjoner

- Hvordan oppleves smertekartlegging av en pasient som man ikke kjenner til fra før?
- Hvordan opplever du at den kortvarige og midlertidige relasjonen til pasienten påvirker kvaliteten på kartleggingen?
- Hvordan innhenter du informasjon om pasientens normaltilstand i vurderingen av smerte?

Kommunikasjon

- Hvordan kommuniserer du med pasienten for å kartlegge deres smerter?
- Hvilke utfordringer ser du ved kommunikasjon med en kognitivt svekket pasient?
- Har du noe erfaring med bruk av nonverbal kommunikasjon? (F.eks. kroppsspråk, blikkontakt, ansiktsmimikk, avstand/berøring osv.)

Etiske overveielser

- Hvordan oppleves det å bryte pasientens autonomi ved å potensielt ta beslutninger på vegne av pasienten om deres smertenivå?
- Hvordan kan dette påvirke pasientens opplevelse av verdighet?
- Hvordan opplever du vurderingen av om pasienten er urolig eller har smerter?

Journalssystem

- Hvordan er journalsystemet bygd opp for å dokumentere smertekartlegging?

- Hva opplever du som negativt og positivt med journalsystemet vedrørende smertekartlegging?

Avslutning

- Har du forslag til hvordan fagfeltet kan forbedres?
- Er det noe annet du ønsker å snakke om angående smertekartlegging av pasienter med demens?

Vedlegg 2

Prosjektbachelor sykepleie ved NTNU

Vi er to tredjeårs sykepleierstudenter ved NTNU Trondheim som skal skrive prosjektbachelor. Sykepleierutdanningen ved NTNU Trondheim har inngått en avtale med geriatrisk avdeling om å gjennomføre et prosjekt sett fra et sykepleieperspektiv. Formålet med prosjektet er å belyse vår problemstilling: *"Hvilke erfaringer har sykepleiere i sykehus med kartlegging av fysisk smerte hos pasienter med demens som har utviklet svikt i sin verbale kommunikasjon?"*

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et intervju med varighet ca. 45 min. Intervjuene gjennomføres enkeltvis. En intervjuguide er utformet i forkant. Opplysningene registreres skriftlig underveis og vil bli anonymisert. Intervjuene vil foregå på sykehuset. Det er frivillig å delta i prosjektet. Vi håper dere ønsker å dele deres erfaringer knyttet til den aktuelle problemstillingen, som kan bidra til å utvikle faget. Innsamlet data blir slettet når prosjektet avsluttes.

Ditt personvern

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Det vil kun være vi to studentene, samt våre veiledere som får tilgang på innsamlede data fra intervjuene. Dine personopplysninger blir ikke nedskrevet.

Kontaktopplysninger

Sykepleierstudenter (telefonnummer og e-post)

Veiledere (telefonnummer og e-post)

Vi setter stor pris på at dere bruker av deres tid til å delta i prosjektet. På forhånd, tusen takk! Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen Ingrid Lippestad og Emilie Knoph

