



Smerte hos mennesker med alvorlig demens

Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem?

Kandidatnummer: 893

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9141

Dato: 16.04.18



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.2018
Tittel: Smerte hos mennesker med alvorlig demens	
<p data-bbox="177 383 379 421"><u>Problemstilling</u></p> <p data-bbox="177 421 1362 465"><i>Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem?</i></p> <p data-bbox="177 510 448 548"><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p data-bbox="177 548 1362 757">Oppgaven er delt inn i to teoretiske deler; en medisinskfaglig og en sykepleiefaglig. Den medisinskfaglige inneholder definisjoner og redegjørelser av demens, kommunikasjon, smerte og hvordan dette oppleves for pasienten. Videre beskrives hvilken rolle og funksjon sykepleieren har ovenfor pasienten. Sykepleieprosessens datasamling er brukt som redskap for å kunne kartlegge smerter. Det trekkes videre inn juridiske og etiske føringer.</p> <p data-bbox="177 801 284 840"><u>Metode</u></p> <p data-bbox="177 840 1378 1055">Oppgaven er en litterær oppgave. Det anvendes allerede eksisterende fag- og forskningslitteratur som settes opp mot hverandre for å finne svar på min problemstilling. Sykepleiefaglige rammer, funksjoner og teori knyttes opp mot utvalgt forskningslitteratur og egne erfaringer. Faglitteratur er hovedsakelig hentet fra sykepleiepensum, og forskningslitteratur fra databasene Cinahl og Pubmed.</p> <p data-bbox="177 1099 293 1137"><u>Drøfting</u></p> <p data-bbox="177 1137 1385 1308">For å finne svar på hvordan sykepleier kan kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem blir funn i forskning sett i sammenheng med teori og egne erfaringer. Det viser seg gjennom litteraturen at MOBID-2 er et solid verktøy når det gjelder kartlegging av denne pasientgruppen. Verktøyet blir vurdert i drøftingen.</p> <p data-bbox="177 1352 331 1391"><u>Konklusjon</u></p> <p data-bbox="177 1391 1390 1688">For at sykepleier skal kartlegge smerter hos personer med alvorlig demens må det først utføres en datasamling. Her må sykepleier være observant for atferd som indikerer smerte gjennom non-verbal kommunikasjon. Dette krever kunnskap om smertekartlegging, utvikling av pasientens diagnose og den enkelte pasients normale atferd. For å kartlegge atferden på en systematisk og presis måte kan sykepleieren ta i bruk kartleggingsverktøyet MOBID-2, som er grundig testet for pålitelighet. Samarbeid med andre yrkesgrupper og pårørende kan være avgjørende for tilstrekkelig smertekartlegging.</p>	

(Totalt antall ord: 258)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling	2
1.4 Klargjøring av kontekst	3
1.5 Oppgavens oppbygning	3
2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1 Medisinskfaglig kunnskapsgrunnlag	4
2.1.1 Demens	4
2.1.2 Kommunikasjon med pasienter med alvorlig demens	5
2.1.3 Smerte hos den eldre pasienten	6
2.2 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag	8
2.2.1 Sykepleierens funksjon ved observasjon	8
2.2.2 Observasjonsevnen til sykepleier	9
2.2.3 Sykepleieprosessen som redskap	10
2.2.4 På en sykehjemsavdeling	10
2.2.5 Smertekartleggingsverktøy	11
2.3 Lovverk og etikk	12
2.3.1 Juridiske føringer	12
2.3.2 Etske retningslinjer	12
3. Metode for oppgaven	14
3.1 Valg av metode	14
3.2 Fremgangsmåte ved utvalgt forskningslitteratur	14
3.3 Fremgangsmåte ved utvalgt teori	15
3.4 Kildekritikk	16
3.5 Etske vurderinger	16
4. Presentasjon av forskningsresultater	18
4.1 Artikkelmatrise	18
5. Drøfting	20
5.1 Kunnskapsbasert smertekartlegging	20
5.2 Observasjon av non-verbal kommunikasjon	22
5.3 Systematisk kartlegging	23
5.3.1 Bruk av MOBID-2	24
5.3.2 Holdninger ved implementering av smertekartleggingsverktøy	25
5.4 Betydning av samarbeid med pårørende og tverrfaglig samarbeid	26
6. Oppsummering	29
Referanseliste	30
Vedlegg 1	34

1. Innledning

Mye av smertekartlegging tar utgangspunkt i at pasienten gjør rede for egen smerteopplevelse på en forståelig måte. Dersom pasienten har vansker med å uttrykke seg, vil det derfor være en større utfordring å tilstrekkelig kartlegge smertene. Denne oppgaven skal handle om hvordan sykepleier, gjennom sin funksjon, kan kartlegge smerter hos mennesker som ikke lenger klarer å selv-rapportere sine behov på grunn av alvorlig demens. Alvorlig demens påvirker blant annet ulike språkfunksjoner i hjernen, noe som kan føre til redusert verbal kommunikasjon (Wogn-Henriksen, 2015). Dette gjør at sykepleier er nødt til å kartlegge smertene til denne pasientgruppen på et annet vis, og jeg skal undersøke mulighetene for det i denne oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det lever rundt 77 000 personer med demens i Norge (Regjeringen, 2015). I følge Regjeringens demensplan for 2020 vil antallet dobles i løpet av de neste 20 årene, grunnet økt innbyggertall og levealder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Studier viser at cirka 60-80% av beboere på sykehjem lider av smerter (Nygaard H.A, Jarland M., 2005 referert av Sandvik & Husebø, 2011). Ved alvorlig demens vil de kognitive og sosiale ferdighetene svekkes, noe som gjør smertekartleggingen mer utfordrende. På bakgrunn av dette viser det seg at smerter hos denne pasientgruppen er underrapportert (Husebø, Achterberg, & Flo, 2016).

Jeg har i mine praksisperioder på sykehjem erfart at urolige pasienter med alvorlig demens har fått tildelt beroligende medikamenter, til tross for at det ikke er undersøkt om pasientens adferd skyldes smerter. Jeg har opplevd at sykepleiere kan ta forhastede beslutninger grunnet mangel på tid, kommunikasjon og kompetanse om smerte og demens. Torvik og Bjøro (2015) nevner at det finnes flere verktøy for å kartlegge smerte hos denne pasientgruppen. Dette har ikke jeg observert blitt brukt i praksis. På bakgrunn av statistikk, funn i forskning og egne erfaringer oppdaget jeg at smertekartlegging ved alvorlig demens er noe som stiller krav til sykepleiers vurderingsevne og kompetanse.

Oppgavens formål er å undersøke hvordan sykepleiere kan kartlegge smerte til pasienter med alvorlig demens på sykehjem.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av begrunnelsen i kapittel 1.1 er min problemstilling:

"Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem?"

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Denne oppgaven tar for seg pasienter på sykehjem som er rammet av alvorlig demenssykdom. Ved denne typen demens stilles det krav til sykepleier om å forstå pasienten tanker, følelser og behov. Jeg har ikke lagt vekt på en spesifikk type demens, da kartlegging av smerte er nødvendig så lenge demenssykdommen er alvorlig. Oppgaven avgrenses til pasienter med alder over 65 år. Det er denne alderen som er overrepresentert i statistikk og i utvalgt forskningslitteratur.

I følge eksperimentelle og kliniske studier vil smerteterskelen for akutte smerter øke med alderen (Lillekroken & Slettebø, 2013). Kroniske smerter vil derimot kunne utspille seg i større grad hos eldre, da følsomheten for disse smertene øker med alder. Likevel tydeliggjøres det ikke forskjell mellom akutt og kronisk smerte i utvalgt forskningslitteratur, og fokus er derfor på begge disse typene. Smerte kan videre deles inn i psykologisk og fysiologisk. Psykologiske er den smerten for eksempel angst og depresjon gir og det er vanlig at eldre med demenssykdom lider av dette (Jensen & Dahl, 2013). Til tross for at personer med alvorlig demens ofte lider av dette, har valgt å fokusere på den fysiologiske smerten i denne oppgaven.

Det eksisterer flere kartleggingsverktøy for å avdekke smerter, men jeg har avgrenset til bruk av MOBID-2. Grunnlaget for dette er at det er det eneste verktøyet som har testet ut responsen på pasienter med demens (Husebø et al., 2016). Smertekartleggingsverktøyet er lagt som vedlegg til oppgaven.

Som sykepleier har man blant annet en lindrende og en behandlende funksjon. For å få utført disse er man i første omgang nødt til å kartlegge problemene (Nortvedt & Grønseth, 2015). Dette foregår for eksempel gjennom sykepleieprosessen. Sykepleierfunksjoner og sykepleieprosessen vil derfor ha en sentral rolle i denne oppgaven, for å tydeliggjøre sykepleiefaglige rammer.

1.4 Klargjøring av kontekst

Konteksten er satt til en langtidsavdeling på sykehjem. Bakgrunnen for at jeg har utelatt hjemmeboende, pasienter på sykehus eller i omsorgsbolig er at det slås fast i Helse- og omsorgsdepartementets (2015) demensplan for 2020 at hele 84% av beboerne på sykehjem har en demenssykdom. Her jobber sykepleiere med pasienten gjennom hele døgnet, noe som gir grunnlag for å kartlegge pasientenes normale rutiner og atferd. Dette er nødvendig for å kunne observere endringer som kan være tegn på at pasienten har smerter.

1.5 Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven er delt i to deler; teori og drøfting. I kapittel 2 gjør jeg først rede for medisinskfaglig kunnskapsgrunnlag som demens, smerter og kommunikasjon ved alvorlig demens. Deretter kommer redegjørelse for sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag. Dette innebærer sykepleiefunksjoner, sykepleieprosessen og relevante juridiske og etiske føringer. Kapittel 3 omhandler metoden jeg har anvendt for oppgaven. Kapittel 4 presenterer funn i forskningsartiklene ved hjelp av en artikkelmatrise. Kapittel 5 er drøftingskapittelet. Her knyttes sykepleie- og medisinskfaglig kunnskapsgrunnlag og funn i forskningsartikler jeg har valgt opp mot hverandre. Dette gjøres i samsvar med rammene man jobber innenfor som sykepleier. Kapittelet gir grunnlag for å identifisere svar på min problemstilling. Avslutningsvis i kapittel 6 danner jeg en konklusjon av drøftingen jeg har utført.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet skal jeg gjøre rede for utvalgt teori sett i lys av min problemstilling. Den utvalgte teorien i denne oppgaven skal gi svar på hvorfor min problemstilling er relevant for utøvelse av sykepleie. Dette gir grunnlag til å drøfte seg frem til svar på min problemstilling.

2.1 Medisinskfaglig kunnskapsgrunnlag

Som sykepleier er du pliktig til å basere faglige avgjørelser på kunnskap om pasientens behov og diagnose (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Dette kapittelet gjør derfor rede for medisinskfaglige kunnskaper om pasienten og diagnosen, som er nødvendig å ha for å kunne kartlegge smerter til pasienter med alvorlig demens.

2.1.1 Demens

Flere sykdommer som rammer hjernens funksjoner går inn under paraplybetegnelsen demens (Skovdal & Berentsen, 2015). De ulike typene er primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer. Primærdegenerative demenssykdommer (Alzheimers sykdom, frontotemporal demens, lewylegemedemens og Parkinsons sykdom med demens) ødelegger eller dreper hjerneceller. Menneskene som er rammet lider av stadig mer omfattende funksjonstap etterhvert som sykdommen utvikler seg. Vaskulær demens skyldes oftest store og små hjerneinfarkter og sykdom i arterioler dypt i hjernevevet. Pasientene med denne sykdommen kan bli oppfattet som passive og trege. Mange har Alzheimers sykdom og vaskulær demens samtidig. Ubehandlet alvorlig B12-mangel, aids, rusmisbruk (særlig alkoholmisbruk), hjernesker eller svulster kan føre til demens, og når det er noen av disse tilstandene som skyldes demensen kalles det sekundære demenssykdommer (Skovdal & Berentsen, 2015). I følge SBU (2006) og Brækhus mfl. (2013) er alle demenssykdommer progredierende og den som er rammet vil bli dårligere over tid og vil til slutt være avhengig av hjelp (Skovdal & Berentsen, 2015).

For å kunne se nærmere på hvilke symptomer som bestemmer om pasienten har diagnosen demens kan man se nærmere på hvilke kriterier sykdommen har i International Classification of Diseases and Related Health Problems i 10. versjon (ICD-10). Dette er et klassifikasjonssystem som brukes for å kunne diagnostisere en pasient med denne sykdommen, og er derfor relevant å se på for å få en forståelse for hva demens innebærer. ICD-10 tar også for seg hva alvorlig demens er;

- «I Svekket hukommelse, især for nyere data.
Svikt av andre kognitive funksjoner (dømmekraft, planlegging, tenkning, abstraksjon)
 - Mild: Påvirker daglige aktiviteter
 - Moderat: Kan ikke klare seg uten hjelp fra andre
 - Alvorlig: Nødvendig med kontinuerlig pleie og overvåking
- II Klar bevissthet
- III Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd; minst ett av følgende:
 - Emosjonell labilitet
 - Irritabilitet
 - Apati
 - Unyansert sosial atferd
- IV Tilstanden må ha en varighet på minst seks måneder» (Rokstad, 2015, s. 29).

Som ICD-10 klargjør vil demens påvirke hukommelsen og læringsevnen til pasienten. Ved demens kan deler i hjernen ha skader som svekker oppmerksomheten (Skovdal & Berentsen, 2015). Dette vanskeliggjør tolkninger av inntrykk og dermed påvirkes evnen til å lære.

Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD), inkluderer blant annet agitasjon, aggitasjon, aggresjon, apati, angst, depresjon, hallusinasjoner og vrangforestillinger (Skovdal & Berentsen, 2015). APSD øker ved utviklingen av demenssykdommen og kan misforstås med smerter da fler av disse symptomene også atferd som også kan relateres til smerte. Skovdal & Berentsen (2015) viser til en studie av Sælbæk (2008) som viser funn på at 70% av beboere i norske sykehjem har APSD.

2.1.2 Kommunikasjon med pasienter med alvorlig demens

Kommunikasjon handler om to mennesker som prøver å forstå og bli forstått.

«Kommunikasjon er en grunn dimensjon i alt menneskeliv og i alt helsearbeid, og det å bli bedre til å kommunisere er en sentral utfordring for god kvalitet i tjenestene våre» (Wogn-Henriksen, 2015, s. 88). Wogn-Henriksen (2015) viser til Kringlen og Finstad (2001) som har funnet ut at mennesker ønsker å bli sett, hørt og forstått akkurat slik vi føler det inni oss, og det er ingenting som tyder på at dette forandres ved en demensdiagnose. Dessverre er

vanskeliggjort kommunikasjon den største påkjenningen og utfordringen for mange med demens (Wogn-Henriksen, 2015).

Språkfunksjonen er en kompleks prosess som påvirker mange av hjernens områder. Demens vil dermed påvirke pasientens språklige evner på grunn av hjerneorganiske skader og patologiske prosesser som gjør at både sender- og mottakerfunksjonen blir påvirket (Wogn-Henriksen, 2015). Afasi er et resultat av dette og er ofte et av de første sykdomstegnene ved for eksempel Alzheimers sykdom (Eide & Eide, 2016). Afasi er en fellesbetegnelse på svikt i evnen til å bruke og forstå ord. Dette gjør at evnen til å uttrykke seg blir redusert (Eide & Eide, 2016). Språkvanskene avhenger av stadier i sykdomsforløpet, og vil være mest påvirket ved alvorlig demens. Sykepleier må derfor i større grad tilstrebe å forstå budskapet pasienten prøver å dele, og samtidig forsøke å få pasienten til å forstå sykepleierens budskap.

Mye av kommunikasjonen mellom sykepleier og pasienten med alvorlig demens går via non-verbal kommunikasjon. Dette innebærer å gjenkjenne og tolke ansiktsuttrykk, blikk, kroppsholdning og kroppsspråk, stemmebruk, berøring, stillhet og ikke-ord, samt tempo (Eide & Eide, 2016).

2.1.3 Smerte hos den eldre pasienten

Et av det vanligste helseproblemene til eldre er smerte (Torvik & Bjørø, 2015). Det antas at 60-80% av pasientene på sykehjem lider av dette helseproblemet (Manfredi et. al. 2003 referert av Rokstad, 2015). Rustøen et al., (2004) gjorde en studie på hvor vanlig kronisk smerte er. Funnene tydet på at ca. hver 4. nordmann og nesten hver tredje nordmann over 60 år har smerte som har vart i tre måneder eller lengre (Torvik & Bjørø, 2015). Den kognitive svikten til mennesker med demens gjør at de har problemer med å gjenkjenne sine smerter og rapportere om dem på en forståelig måte (Rokstad, 2015). Dette gir sykepleierne en utfordring når det gjelder utøvelse av lindrende og behandlende sykepleiefunksjon. I følge denne studien er slitasjegikt i muskel-og skjelettsystemet, ulike sykdommer som kreft og nevrologiske sykdommer, ulykker og senfølger etter kirurgi de vanligste årsakene til smerte hos eldre. Over halvparten hadde ikke en spesiell situasjon eller hendelse å referere til ved sin smerte (Torvik & Bjørø, 2015). Når det gjelder vanligste lokalisasjon for smerte hos eldre er dette ryggen, bein/kne, hofte eller andre ledd (British Geriatrics Society, 2013 referert av Torvik og Bjørø 2015).

Torvik og Bjørø refererer til International Association for the Study of Pain (IASP, 2013)

sin definisjon av smerte: «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevskade» (Torvik & Bjøro, 2015, s. 390). I tillegg har McCafferey (1968) definert smerte: «Smerte er det som personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte» (Torvik & Bjøro, 2015, s. 390). Begge definisjonene viser at det kun er pasienten som kan gjengi sin opplevelse av smerte. Dette fører til at sykepleieren må ha et helhetlig menneskesyn – se hele pasienten, ved smertekartlegging til pasienter som ikke kan selv-rapportere smertene sine (Torvik & Bjøro, 2015).

Fysiologisk smerte kan deles i flere ulike typer. Rustøen og Stubhaug (2011) beskriver fem typer smerte. Disse er akutt og kronisk nociseptiv smerte, nevropatisk smerte, visceral smerte og muskulær smerte. Førstnevnte er smerte som er utløst av vevskade. Den akutte nociseptive smerten fungerer som et varsel for at det har oppstått skade, og varer kun noen dager eller uker. Dersom skaden vedvarer vil det oppstå forsterkende mekanismer både perifert og sentralt (Rustøen & Stubhaug, 2011). IASP (2013) beskriver akutt smerte som noe som nylig har oppstått og sannsynligvis vil ha begrenset varighet (Torvik og Bjøro, 2015). Vanligvis ved akutt smerte har det oppstått vevskade i forbindelse med sykdom, skader eller kirurgisk inngrep. Akutt smerte kan utløse autonom respons noe som kjennetegnes ved kvalme, økt blodtrykk, puls og temperatur.

IASP (2013) har definert kroniske smerter: «Langvarige smerter vedvarer utover den tildelingstiden som er vanlig etter en skade, som regel utover tre måneder» (Torvik & Bjøro, 2015, s. 391). Smertetilstandene bli vanligvis utløst av skade eller sykdom, men det kan være andre forhold som gjør at smerten vedvarer. Dette kan for eksempel være at kroppens evne til tilheling ikke er optimal i forhold til skaden som har oppstått. Dette oppstår oftere hos eldre mennesker (Torvik & Bjøro, 2015). Et eksempel på kronisk nociseptiv smerte er artrose i leddene, noe som forekommer hyppig hos eldre (Torvik & Bjøro, 2015).

Nevropatisk smerte skyldes skade i nervesystemet, både perifert og sentralt (Rustøen & Stubhaug, 2011). Eksempler på denne type smerte er kutting i nerver, for eksempel i forbindelse med kirurgi, hjerneslag eller ryggmargskader. Det kan også forekomme av diabetes eller helvetesild som er tilstander som skader de perifere nervene (Rustøen & Stubhaug, 2011).

Visceral smerte tar for seg smerte i indre organer, for eksempel hjertet, tarmene eller underlivet. Disse smertene kan være mer diffuse enn de andre type smertene. For eksempel er smerte i hjertet ofte lokalisert i hals eller arm (Rustøen & Stubhaug, 2011). Smerter i muskulaturen er en vanlig form for smerter i alle aldre, men stiger med alder. Muskelsmerter er også en naturlig del av fysisk aktivitet, men kan oppstå av forskjellige underliggende sykdommer som isjias eller slitasjegikt (Rustøen & Stubhaug, 2011). Alle disse formene for smerte kan være relevant for eldre personer. Jeg har derfor tatt for meg kartleggingsverktøyet MOBID-2 som gir mulighet til å kartlegge smerter i muskel- og skjelettsystemet, i indre organer, hodet og i huden (Husebø, Strand, Moe-Nilssen, & Husebø, 2009)

Smerter hos personer med alvorlig demens er et underdiagnostisert helseproblem (Sandvik & Husebø, 2011). Smerte hos eldre som ikke blir oppdaget og behandlet kan føre til alvorlige helsemessige problemer for pasienten. Videre kan ubehandlet smerte gi en rekke sekundærkomplikasjoner. Dette innebærer kvalme, søvnvansker, ernæringsmessige problemer, angst og depresjon (Torvik, et al., 2014). Uoppdaget smerte kan også gi økt fare for inaktivitet og tap av selvstendighet (Torvik & Bjørø, 2015). For eksempel vil en pasient med mye smerter i beina kunne ha problemer med mobilisering noe som igjen vil føre til inaktivitet.

2.2 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag

Som sykepleier jobber man med mennesker som trenger hjelp og støtte i en situasjon der en ikke mestrer å ivareta alle sine grunnleggende behov i tilstrekkelig grad på egenhånd (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2012). Sykepleiere jobber etter et teoretisk fagkunnskapsgrunnlag som gir basis for valg av konkrete handlinger ved ivaretagelse av grunnleggende behov (Kristoffersen et al., 2012). I følge Nortvedt og Grønseth (2015) er sykepleier nødt til å kombinere fagkunnskap og moralske aspekter tilpasset individuelt i møtet med pasient og situasjonen. Videre må sykepleieren ivareta sitt faglige ansvar og funksjoner i tillegg til å observere og foreta kliniske vurderinger og beslutninger som legges til grunn gjennom pålitelige og relevante data (Nortvedt & Grønseth, 2015).

2.2.1 Sykepleierens funksjon ved observasjon

På bakgrunn av reduksjon i antall liggedøgn og antall plasser i institusjon er pasientene stadig sykere i kommunehelsetjenesten, da blant annet på sykehjem (Nortvedt & Grønseth, 2015). Sykere pasienter fører til større behov for gode kliniske observasjoner, vurderinger og beslutninger (Nortvedt & Grønseth, 2015). Som sykepleier har man ulike ansvar- og

funksjonsområder som skal prege sykepleieutøvelsen. Disse er forebyggende, behandlende, lindrende, rehabiliterende, undervisende, administrative og fagutviklende funksjon (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2012). Alle kliniske observasjoner danner grunnlaget for ivaretagelse av flere av funksjonene, blant annet lindrende- og behandlende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2015). Sykepleieres lindrende funksjon handler om å begrense fysiske, psykiske og sosiale belastninger. Dette inkluderer lindring av smerte. Sykepleierens behandlende funksjon forutsetter observasjon, vurdering, planlegging, gjennomføring, evaluering og dokumentering av pleie og omsorg. Behandlende funksjon er rettet mot å redusere pasientens problemer og ubehag (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2012). Dette inkluderer derfor å administrere og observere effekt og bivirkninger av legemidler som er forordnet av lege.

Når en pasient ikke klarer å uttrykke hvilke symptomer en har, må sykepleieren i større grad basere vurderingene sine på fysiologiske tegn og målinger (Nortvedt & Grønseth, 2015). Ved akutt smerte kan dette innebære objektive tegn som økt puls og blodtrykk. Disse tegnene kan også tyde på andre ting, som for eksempel engstelse eller feber. Samtidig kan disse autonome tegnene være dempet eller utebli hos eldre pasienter (Torvik & Bjørø 2015) Ved observasjon av objektive tegn må det sees i sammenheng, helst gjennom en tidsperiode (Nortvedt & Grønseth, 2015). Ansiktuttrykk som indikerer at pasienter har smerte, eller informasjon fra pårørende kan gir mye informasjon i forhold til smertekartleggingen.

2.2.2 Observasjonsevnen til sykepleier

Som sykepleier utvikles et klinisk blikk og sanselig forståelse gjennom erfaringer en gjør i utøvelsen av sykepleie (Kristoffersen, 2012). Dette utvikles gjennom bruk av sanser som synet, hørselen, luktesansen og det å kjenne etter, samt ha samtale med pasienten. Dette setter observasjonene i en større sammenheng. I tillegg trengs det teoretisk grunnlag som gir sykepleieren muligheter til å tolke og forstå det som observeres. Utvikling av sykepleiers kliniske observasjon krever variert erfaring (Kristoffersen, 2012). Dette danner mulighet til å skille nyanser ved det samme fenomenet. Videre kreves det at sykepleier reflekterer over sine erfaringer slik at observasjonsevnen utvikles. Som sykepleier vil du kunne observere det du har fått beskjed om å observere, og for eksempel se de bivirkningene som er aktuelle for et spesifikt medikament. Et velutviklet klinisk blikk vil derimot kunne gjenkjenne det ukjente og ubestemmelige i tillegg til det som er sikkert og gjenkjennbart. I tillegg søker en god

sykepleier umiddelbart informasjon av teorien enten ved søk av relevant forskning, eller ved kommunikasjon med kollegaer (Kristoffersen, 2011).

2.2.3 Sykepleieprosessen som redskap

For å kunne legge til rette for sykepleierens lindrende og behandlende funksjon kan man bruke sykepleieprosessen som metode for å systematisere arbeidet. Sykepleieprosessen foregår ved å opprette sykepleierdiagnoser gjennom datasamling. Datasamlingen er en diagnostisk fase der sykepleier samler inn pasientens symptomer, utsagn, tegn, samt observasjoner (Nortvedt & Grønseth, 2015). Deretter utformes det en pleieplan der sykepleietiltak og mål for pasienten beskrives. Etter iverksetting av denne planen evaluerer man effekten av de iverksatte tiltakene (Eide & Eide, 2016). Flere av punktene i sykepleieprosessen krever samspill mellom fag og kommunikasjon (Eide & Eide, 2016). Smertekartlegging går under punktet datasamling som er det viktigste punktet for redegjørelse av den resterende prosessen. Dette fordi kliniske observasjoner danner grunnlaget for vurderinger som setter i gang sykepleierdiagnoser og sykepleietiltak (Nortvedt & Grønseth, 2015). Det er derfor svært viktig at disse observasjonene er så korrekte som mulig.

2.2.4 På en sykehjemsavdeling

Sykehjem inndeles i korttids- og langtidsavdelinger og skjermet avdeling ved spesielle behov (Hauge, 2015). Pasienter som bor på langtidsavdeling på sykehjem har et så omfattende pleie- og omsorgsbehov at de er avhengig av hjelp gjennom hele døgnet. Funksjonsnivået til de som bor på sykehjem kontra de som bor i andre bemannede boliger er adskillig lavere (Gabrielsen et al., 2010 referert av Romøren, 2015). I tillegg har de fleste pasientene på sykehjem somatisk lidelse i tillegg til hukommelsessvikt eller forskjellige former for demenssykdom. Videre er de vanligste somatiske lidelsene hjerneslag, hjertesykdom og lungesykdom (Romøren, 2015). Det bor rundt 40 000 mennesker på sykehjem. Av disse er gjennomsnittsalderen 84 år, og svært få er under 67 år (Romøren, 2015). På et sykehjem er det flere forskjellige yrkesgrupper og sykepleiere samarbeider blant annet med helsefagarbeidere, leger, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer og ergoterapeuter. Det jobber i tillegg ufaglærte på sykehjem, uten krav om relevant utdanning. Behovet for samarbeid med andre yrkesgrupper baseres på enkeltpasienters problem (Kristoffersen, 2012).

På sykehjem blir sykepleierens helhetlige kompetanse utfordret (Hauge, 2015). Her skal sykepleierne foreta aktiv medisinsk behandling til skrøpelige pasienter med flere forskjellige sykdommer (komorbiditet). Sykdommene krever ofte flere ulike medikamenter (polyfarmasi),

som blant annet krever kunnskap om håndtering av disse og hva deres forskjellige bivirkninger er. I tillegg skal det tilbys et godt og helsefremmende helse- og omsorgstilbud til beboere med svært redusert evne til å ivareta sine behov (Hauge, 2015). Avdelingen skal også preges av et hyggelig miljø med mulighet til meningsfull sysselsetting for beboerne. Videre skal beboerne ha et privatliv som ivaretar pasientens vaner og preferanser (Hauge, 2015). Sykepleieren har et mangfoldig ansvar på sykehjem både på individnivå i møtet med pasienten, på avdelingsnivå i form av faglig leder, og i tverrfaglig samarbeid (Hauge, 2015). Sykepleieren har ansvar for dosering og utgivelse av medikamenter, samt ha et overordnet faglig overblikk over pasientene. Sykepleieren fungerer også som faglig leder. Dette vil si at sykepleieren har ansvar for at beboerne blir tilbudt faglig forsvarlig helse og omsorg.

Sykehjem er en svært spennende arena sykepleiefaglig, men dessverre er lav bemanning et problem som forekommer. En stor rapport regissert av Norsk sykepleierforbund har dokumentert stor mangel på sykepleiere på flere sykehjem (Gautun, Øien, & Bratt, 2016). Det kommer frem at mange av sykepleierne som er med i undersøkelsen har vurdert å slutte i jobben på sykehjem grunnet tidspress. Mangel på tid og bemanning førte til at flere sykepleiere mente de ikke fikk gjort arbeid som var etisk og faglig forsvarlig (Gautun et al., 2016)

2.2.5 Smertekartleggingsverktøy

Kartlegging er et hjelpemiddel i vurdering av pasientens behov. Dette hjelpemiddelet må vurderes i forhold til hvilke løsninger og virkemidler som kan møte behovet (Kristoffersen, 2012). Videre beskriver Kristoffersen (2012) at kartleggingen må utføres av personale med relevant kompetanse.

For å kunne utføre tiltak som er rettet mot pasientens grunnleggende behov er man i første omgang nødt til utføre en datasamling som ledd i sykepleieprosessen. I datasamling inngår blant annet kartlegging av pasientens helseproblemer. I denne oppgaven er det smerte som er helseproblemet, og for å kartlegge dette kan man ta i bruk smertekartleggingsverktøy.

Det er tre av disse ulike verktøyene som er oversatt til norsk. Det er Checklist of Nonverbal Pain Indicators, Doloplus-2 og MOBID -2. Jeg har valgt å bruke kartleggingsverktøyet MOBID-2 i denne oppgaven, da verktøyet er laget spesielt for pasienter med alvorlig demens og fordi forskning viser at denne er pålitelig og viser høy reliabilitet (Husebø et al., 2009). Dette smertekartleggingsverktøyet er delt i to deler. Del 1 kartlegger smerte under fem

standardiserte bevegelser som er typisk i en hverdag på sykehjem. Dette fanger opp smerter fra muskulatur, ledd og skjelett. Del to skal fange opp smerte i indre organer, hodet og hud. Dette kan skyldes sykdom, sår, ulykker eller infeksjon. Både del 1 og 2 innebærer en tolkning av smerteintensitet på en skala fra 0-10, der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerte (Husebø et al., 2009).

2.3 Lovverk og etikk

For at sykepleier skal støtte og hjelpe pasienter på en mest mulig profesjonell måte, er vi nødt til å ha kunnskap om etikk og lovverk. Disse påvirker og styrer sykepleiers tilnærming til pasientene.

2.3.1 Juridiske føringer

I Helsepersonelloven § 4 (1999) om forsvarlighet står det blant annet at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Videre er en kjerneoppgave når det gjelder pleie og omsorg at sykepleier ivaretar de grunnleggende behovene (Molven, 2014). Her skiller det mellom objektive og mer subjektive behov. De objektive innebærer det som enkelt kan observeres eller måles som drikke/diurese eller matinntak. De subjektive er derimot mer utfordrende. Dette gjelder blant annet smertekartlegging, trygghet og velvære. Det forventes at sykepleier, i større grad enn andre, kan avdekke og forholde seg til disse behovene på bakgrunn av sin kompetanse (Molven, 2014).

Pasient- og brukerrettighetslovens (2001) § 1-1 ivaretar pasientens rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten, og bidrar til å sikre lik tilgang på tjenester av god kvalitet. I tillegg sørger denne loven for å fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasientens liv, integritet og menneskeverd.

2.3.2 Etiske retningslinjer

Norsk sykepleierforbunds etiske retningslinjer klargjør hvilke etiske, faglige og personlige ansvarsområder sykepleieren står ovenfor.

I dagens medisinske etikk anses pasientautonomi som et sentralt etisk og juridisk prinsipp. Dette betyr at pasientens selv skal kunne medvirke og bestemme beslutninger i sitt liv (Brinchmann, 2016). Når psykisk eller fysisk sykdom påvirker pasientens evne til å uttrykke

sine følelser eller behov betyr ikke dette at de ikke er likeverdige. Når en pasient lider av alvorlig demens innebærer dette at sykepleier i stor grad må forsøke å tydeliggjøre pasientens behov, til tross for at dette ikke alltid kommer tydelig frem. Sykepleieren må da benytte seg av sin faglige kyndighet og moralske kompetanse (Kristoffersen & Nortvedt, 2012). Dette avhenger i stor grad av sykepleierens evne til å leve seg inn i pasientens situasjon (Kristoffersen & Nortvedt, 2012).

Yrkesetiske retningslinjer lyder som følger: «Grunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter og skal være kunnskapsbasert» (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Videre er det beskrevet sykepleierens forhold til pasienter i følge Yrkesetiske retningslinjer (2011); «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket». Dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres. Sykepleieren ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie- og/eller omsorgsfunksjoner (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

Sykepleie er et fag som er i kontinuerlig utvikling og siden det er mennesket som står i fokus vil alle situasjoner være ulike (Graverholt, Jamtvedt, & Nortvedt, 2015). Dette krever at sykepleier jobber kunnskapsbasert. Ved kunnskapsbasert praksis er fler kunnskapskilder satt i sammenheng. Dette står oppført i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere om sykepleieren og profesjonen, punkt 1.1. Dette innebærer at sykepleier tar faglige avgjørelser som er basert på oppdatert pålitelig og relevant forskning, erfaringsmessig kunnskap og pasients perspektiv, ønsker og behov i enhver situasjon (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

3. Metode for oppgaven

Metode er fremgangsmåten for hvordan man tilegner seg kunnskap for å finne svar på oppgavens problemstilling (Dalland, 2017).

3.1 Valg av metode

Denne oppgaven er en litterær oppgave. Den litterære oppgaven kjennetegnes ved at det samles data fra eksisterende faglitteratur – både teori og forskning for å finne svar på en problemstilling (Dalland, 2017). Sammen drøftes dette opp mot hverandre og blir sett i et sykepleiefaglig perspektiv for å undersøke hvilken betydning dette har for sykepleier. Jeg har også anvendt egne erfaringer i drøftingen.

Jeg har valgt forskningsartikler som enten bruker kvantitativ eller kvalitativ metode. Begge metodene presenterer sider av samfunnet, men hovedforskjellen er måten man har samlet inn data på (Dalland, 2017). Ordet kvantitativ metode betyr å tallfeste. Man går i bredden og ser på det store bildet. Man får et systematisk perspektiv ved bruk av spørreskjemaer for eksempel. Kvalitativ metode gir mulighet til å gå i dybden på et bestemt tema. Dette gjøres som regel ved intervjuer mellom informant og forsker. Forskeren må i større grad fortolke funnene (Dalland, 2017).

3.2 Fremgangsmåte ved utvalgt forskningslitteratur

I min søken etter forskningslitteratur oppdaget jeg at det er mye forskning på smertekartlegging hos pasienter med alvorlig demens. Jeg valgte derfor å bruke flere søkeord for å få færre forskningsartikler og samtidig øke relevansen for min problemstilling. Ordene jeg brukte var forskjellige kombinasjoner av «pain assesement», «identifying pain», «nursing home», «challenges» og «nurse», ved bruk av AND. Flere av forskningsartiklene jeg fant ved bruk av disse søkeordene oppga MOBID-2 som det mest pålitelige kartleggingsverktøyet for denne pasientgruppen. Derfor gjorde jeg videre søk kun med «MOBID-2». Databasene jeg har brukt har jeg funnet på skolens nettside «databaser og nettressurser». Jeg har hovedsakelig brukt databasen Cinahl da jeg her kunne finne mye relevant forskning for sykepleie, både norsk og internasjonal. To av artiklene jeg har valgt ut er litteraturgjennomganger der de går gjennom relevante forskningsartikler om tematikken. Dette har gjort at noe av forskningen jeg skriver om i kapittel 5 er basert på kjedesøk. Kjedesøk vil si at jeg har brukt en referanse til å finne andre.

Nedenfor presenterer min søkestrategi i en tabell. Alle søkene er avgrenset til årstallene 2008-2018.

Søk	Database	Søkeord og søkekombinasjoner	Antall treff	Funn
1	Cinahl	Pain assessment AND dementia AND nursing home AND nurse	8	Artikkel nr. 1: Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain? Artikkel nr. 3: Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards painassessment.
2	Cinahl	Pain assesement AND dementia AND challenges	32	Artikkel nr. 1: Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer...PAINASSESSMENT AND PAIN MANAGEMENT IN PATIENT WITH DEMENTIA: CHALLENGES AND DILEMMAS
3	Cinahl	Dementia AND nursing home AND assess pain	27	Artikkel nr. 2: Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia
4	Pubmed	Pubmed: Identifying pain, dementia	34	Artikkel nr. 9: Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review
5	Pubmed	Mobid-2	13	Artikkel nr. 9: The MOBID-2 pain scale: reliability and responsiveness to pain in patients with dementia Artikkel nr. 11: Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting.

3.3 Fremgangsmåte ved utvalgt teori

For å få kjennskap til teoretiske grunnlag for oppgavens tematikk gjennomgikk jeg i første omgang hva vi har hatt i pensum i løpet av årene på sykepleierstudiet. Her er det svært mye fagstoff som er relevant for min problemstilling. Bøkene jeg har brukt for å gjøre rede for pasienten, diagnosen og fenomenet er hovedsakelig «Geriatrisk sykepleie», «Kommunikasjon i relasjoner» og «Personer med demens» og «Sentrale begreper i klinisk sykepleie». Jeg har anvendt «Grunnleggende sykepleie – bind 1» og «Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie» for å presentere de sykepleiefaglige rammene. Jeg har også funnet noe relevant fagstoff her fra «Klinisk sykepleie 1» til tross for at denne i hovedsak tar for seg sykepleie til akutt, kritisk syke i spesialisthelsetjeneste. Juridiske føringer og etiske retningslinjer har jeg funnet i primærkilden (Lovdata og Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere), men jeg har også anvendt «Etikk i sykepleien» og «Sykepleie og jus».

3.4 Kildekritikk

Det er som nevnt tidligere gjort mye forskning på tematikken i denne oppgaven. For å kvalitetssikre funnene i artiklene har jeg derfor flere forskningsartikler som legger frem lignende resultater. Forskning som er basert på intervjuer vil kunne inneholde mistolkninger (Dalland, 2017). Når det derimot er to forskningsintervjuer som gir samme resultat er det en mer pålitelig kilde. Da jeg har valgt litteraturgjennomganger som forskningsartikler, innebærer det at jeg stoler på at konklusjonen deres inneholder riktige tolkninger av artiklene som har blitt gjennomgått. I diskusjonene i artiklene har de flere ganger nevnt andre referanser i teksten. For å bekrefte at det de har skrevet stemmer, har jeg så godt det har latt seg gjøre søkt opp primærkilden. Primærkilden er det forfatteren i min utvalgte referanse referer til (Dalland 2017). Det samme gjelder bøker jeg har valgt teori fra. Dette har derimot vært vanskeligere da forskning de har brukt i bøkene ofte har vært eldre enn 10 år og da ikke vært like tilgjengelig. Jeg har da referert til primærkilden fra sekundærkilden, som da er boka. Grunnen til at jeg fortsatt ser på dette som relevant er fordi det brukes i pensumlitteratur som er av nyere tid. Jeg har derimot utelukket statistikk fra bøker dersom jeg har funnet mer oppdaterte statistikker fra andre kilder.

Jeg har anvendt flere forskningsartikler av samme forfatter (Bettina Husebø). Jeg har derfor kritisk undersøkt hennes pålitelighet. Det jeg fant ut var at hun er en anerkjent forsker, som blant annet har mye forskning publisert i *Sykepleien forskning*. Dette tidsskriftet publiserer kun fagfellevurdert forskning som er nivå 1-tidsskrift (DBH), (Hanssen, Berg & Urstad, 2017). *Sykepleien forskning* er også indeksert i Cinhal. I tillegg brukes flere av forskningsartiklene hennes i pensumlitteratur. Dette har bidratt til at jeg ser på Husebø som en pålitelig forsker som jeg trygt kan anvende litteraturen til.

3.5 Etske vurderinger

Etske vurderinger av litteraturen handler om å tenke gjennom etske utfordringer arbeidet medfører og hvordan disse håndteres (Dalland, 2017). Alle funnene mine har vært fagfellevurdert forskning og publisert i skolens databaser. Jeg stoler derfor på at det er etisk og faglig forsvarlig å bruke disse artiklene. All informasjon om pasienten og deltagerne har vært anonymisert slik at taushetsplikten overholdes.

Jeg har sett på litteraturen med «friske øyne», der jeg har forsøkt å unngå at mine erfaringer eller holdninger påvirker funnene. Dette er i følge Dalland (2017) svært viktig når man

undersøker et felt. Jeg har også vært påpasselig med å ha korrekte tolkninger av artikler som foregår på engelsk, da det kan oppstå feil i oversettelsen (Dalland, 2017).

4. Presentasjon av forskningsresultater

Data fra forskningsartiklene som er valgt som relevant for min problemstilling, er presentert i en artikkelmatrise. Dette gir en skjematisk og systematisk oversikt over artikkelen. I artikkelmatrisen beskrives hensikt, metode og funn. Artiklene er satt inn i skjemaet i tilfeldig rekkefølge.

4.1 Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Todd B. Monroe, Abby Parish, Lorraine C. Mion (2015)	Decision Factors Nurses use to Assess Pain in Nursing Home Residents with Dementia	Arch Psychiatr Nurs	Finne ut sykepleiernes metode for å kartlegge og lindre smerter hos pasienter med demens på sykehjem	Kvalitativ metode: to fokusintervjuer med 29 sykepleiere eller hjelpepleiere på sykehjem i Nashville. Alle deltagerne hadde direkte funksjon i smertekartlegging og lindring	Det er et komplekst «puslespill» å identifisere smerter. Pasienter personalet kjente mindre hadde større risiko for å bli underdiagnostisert. Pårørende må lyttes til.
2	Bettina S. Husebø, Wilco Achterberg og Elisabeth Flo (2016)	Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review	CNS Drugs	Hvilke smertekartleggingsverktøy som viser endring i score når det gjelder smerteintensitet. Hvilke smertestillende legemidler det er testet effekten til ved pasienter med demens ved livets slutt. Hva det er som måler om en pasient er i smerter, smerteatferd og/eller effekt av smertestillende hos mennesker med demens.	Søk i flere databaser med søkeordene pain, pain treatment, og dementia. Systematisk gjennomgang av 124 sider med fulltekst, 12 sider ble inkludert.	Til tross for mer bruk av analgetika er smerter hos mennesker med demens utbredt. Nyttige og tilgjengelige smertekartleggingsverktøy er ikke nok implementert på sykehjem. Det er mangel på retningslinjer for smertekartlegging og behandling av smerte hos pasienter med demens på sykehjem.
3	Stephan Lautenbacher, Elizabeth L. Sampson, Sonja Pähl og Miriam Kunz (2016)	Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person With Dementia Is in Pain	Pain Medicine	Undersøke hvilke ansiktsuttrykk sykepleiere stoler på for å identifisere tilstedeværelse og intensitet av smerter hos pasienter med moderat til alvorlig demens på sykehjem.	Kvantitativ studie: spørreskjema med 13 ansiktsuttrykk ble sendt til 366 sykehjem i Tyskland. 79 sykehjem deltok. Totalt 284 spørreskjemaer ble fullført.	Alle ansiktsuttrykkene i spørreskjemaet ble brukt for å kartlegge smerte, men noen skilte seg betydelig ut i grad av bruk.
4	Mechelle Burns og Sonja McIlfatrick (2015)	Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes toward pain assessment	International Journal of Palliative Nursing	Å utforske sykepleieres kunnskap og holdninger til å smertekartlegge mennesker med demens på sykehjem.	En systematisk gjennomgang av fagfellevurdert forskning som er gjort mellom 2000-2014.	Det er utfordrende å kartlegge smerte hos mennesker med demens og det er mangler i smertekartleggingsverktøy. Det er mangel i tid, tverrfaglig samarbeid, opplæring og kommunikasjon. Arbeidsmessige belastninger påvirker smertekartleggingen.

5	Daniel Lillekroken og Åshild Slettebø (2013)	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer	Vard i Norden	Å utforske erfaringer sykepleierne har med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens på sykehjem.	Kvalitative metode: tre fokusgruppeintervjuer med seks, fem og syv sykepleiere. Tematikken var sykepleierens erfaringer med smertekartlegging, smertelindring og evaluering av smertelindring.	Sykepleierne må ta hensyn til en rekke faktorer når det gjelder smertekartlegging og smertelindring; pasientens høye alder, kormobiditet og polyfarmasi, rutiner for smertekartlegging og smertelindring og etiske betraktninger ved behandling av pasientens smerte
6	Bettina S. Husebø, Liv I. Strand, Rølg Moe-Nilssen, Stein B. Husebø, Anne E. Ljunggren (2009)	Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Behavior-Intenit-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting	Scandinavian Journal og Caring Science	Å teste validiteten på smertekartleggingsverktøyet MOBID-2.	MOBID-2 ble testet ut på pasienter med alvorlig demens av 28 sykepleiere. Smertenes egenskaper ble også undersøkt av pasientenes leger.	På grunnlag av smerteoppførsel, standardiserte bevegelser og tegningene av smerter ble MOBID-2 smerteskala vist å være tilstrekkelig pålitelig, gyldig og tidsbesparende for sykepleiere å vurdere smerte hos pasienter med alvorlig demens.
7	Bettina S. Husebø, R. Ostelo, L.I. Strand (2014)	The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia	European Journal of Pain	Undersøke pålitelighet ved MOBID-2 og eventuelle feil ved verktøyet.	Smertekartleggingssverktøyet Mobid-2 ble brukt etter at pasientene mottok smertestillende medikamenter.	Smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 ble vurdert til å ha god validitet

5. Drøfting

I dette kapitlet drøfter jeg hvordan sykepleier kan kartlegge smerte hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem, opp mot utvalgt teori, egne erfaringer og funn i utvalgt forskning.

5.1 Kunnskapsbasert smertekartlegging

For at sykepleier skal kunne kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens som ikke lenger kan rapportere om smertene sine, er man nødt til å ha kunnskap om alle faktorer som spiller inn i kartleggingen. I Helsepersonellovens (1999) er det nedfelt at sykepleiere har ansvar for å yte forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Dette innebærer at sykepleier innretter seg sine faglige kvalifikasjoner. Helsepersonell på sykehjem jobber med syke mennesker som ikke lenger mestrer å opprettholde alle sine grunnleggende behov på egenhånd.

Helsefagarbeidere og andre ufaglærte, sammen med sykepleier, sørger for at pasientens grunnleggende behov blir ivaretatt. De observerer også tegn og symptomer på forverring av de sykdommene pasienten har, eller eventuelt nye sykdommer. Legen sin oppgave på sykehjem er blant annet å ordinere medikamenter samt diagnostisere pasientene. Legen og sykepleier har mye kontakt og samarbeider med oppfølgingen av pasientens helseproblemer. Alle disse yrkesgruppene har forskjellige roller og ansvarsområder. For eksempel har sykepleier en nøkkelrolle i forhold til smertekartlegging (Burns & McIlfatrick, 2015). Både før, og etter iverksetting av tiltak i forhold til smertelindring. Tiltakene kan være å dele ut smertestillende medikamenter forordnet av legen. Adekvat smertekartlegging oppnås kun hvis sykepleier har tilstrekkelig kunnskap om hvordan dette gjøres på best mulig måte. Dette er for eksempel ved bruk av smertekartleggingsverktøy (Husebø et al., 2009). Samtidig er sykepleieren nødt til å ha kunnskap om smerteindikatorer som kommer til uttrykk gjennom atferd, for å kunne få til en fullstendig smertekartlegging. Man bruker heller ikke smertekartleggingsverktøy før man mistenker at pasienten har smerter, noe som understreker viktigheten av å kunne tolke non-verbal atferd. Sykepleieren trenger også kunnskap om pasientens sykdommer og hvordan disse utvikler seg. Atferd relatert til smerte kan eksempelvis misforstås med demenssykdommens symptomer. I tillegg trenger sykepleier kunnskap om hver enkelt pasient som skal kartlegges for smerte (Lillekroken & Slettebø, 2013). Dette kan være utfordrende når pasienten har alvorlig demens, og krever derfor i større grad ivaretagelse av autonomi og integritet (Brinchmann, 2016).

Smertekartlegging hos pasienter med demens er et felt som er mye forsket på de siste årene (Lillekroken & Slettebø, 2013). Til tross for dette viser studier at pasienter med demens lider mer av ubehandlet smerte enn pasienter uten sykdommen (Lillekroken & Slettebø, 2013). I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) slås det fast at sykepleiere skal utøve praksis som er bygget på forskning, erfaring, samtidig som sykepleier tar pasientens synspunkter med i vurderinger og avgjørelser. Et ledd i oppnåelsen for dette er at sykepleier er oppdatert på relevant og pålitelig forskning. Studien til Lillekroken & Slettebø (2013) tydeliggjør mangel på dette. Der kom det eksempelvis frem at smertekartleggingsverktøy sjeldent var i bruk, til tross for at temaet har vært mye forsket på den siste tiden. Det var heller ingen retningslinjer eller felles rutiner for bruken av smertekartleggingsverktøy (Lillekroken & Slettebø, 2013). Min erfaring fra sykehjem er tilsvarende disse funnene, da fokus på smertekartlegging nærmest har vært fraværende. Videre hadde deltagerne ved få anledninger hadde deltagerne i studien brukt forskjellige scorere og skalaer med tall fra 0-10 eller tegninger av ansiktsuttrykk pasienten kunne peke på for å vise hvilken smerteintensivitet de befant seg i. Disse kunne man kun bruke på pasienter som kunne gjøre noe rede for seg verbalt. Deltagerne hadde med andre ord ikke kjennskap til smertekartleggingsverktøy for pasientene med demens og problemer med verbal kommunikasjon (Lillekroken & Slettebø, 2013). Litteraturgjennomgangen til Burns og McIlfratrick (2015) viser at det blir trukket frem i flere studier at det blant annet mangler trening i smertekartlegging. En annen studie har samme resultat, og får også frem at smertekartlegging hos pasienter med demens er en kompleks prosess med mange faktorer som spiller inn (Monroe, Parish & Mion et al., 2015).

Det er viktig at sykepleier har kunnskap om demenssykdommens utvikling, slik at symptomer på sykdommen (APSD) ikke blir forvekslet med smerter eller annen oppstått sykdom (Lillekroken & Slettebø 2013; Husebø et al., 2016). I følge Torvik og Bjørø (2015) blir hele 40-46% av eldre behandlet med beroligende medikamenter hvis de har en urolig atferd. Hvis vi ser på funnene i studiene sammen med mine egne erfaringer, tyder det på at det ikke er vanlig å ta smertekartleggingsverktøy i bruk. Dette vil med andre ord si at muligheten for at mange pasienter med smerter på sykehjem blir behandlet med beroligende medikamenter i stedet for smertestillende. Dette har jeg selv erfart i praksis på sykehjem. Disse pasientene kan ha vært urolige, aggressive eller rastløse. De beroligende medikamentene kan påvirke den non-verbale atferden til pasienten da slike medisiner kan gjøre pasienten sløv. På bakgrunn av dette må all smertekartlegging systematiseres (Lillekroken & Slettebø, 2013). Studiene tilsier at det er behov for undervisning, seminarer og opplæring i bruk av kartleggingsverktøy

(Burns & McIlfatrick 2015; Lillekroken og Slettebø 2013). Burns & McIlfatrick (2015) referer til en kvalitativ studie som ble gjort i Sør-Korea. Resultatet i denne studien viste at kvaliteten på smertekartleggingen avhenger i stor grad av hvilken individuell intuisjon sykepleier har. Denne intuisjonen er utviklet gjennom relasjon i arbeidet med personer med demens (Chang et al., 2011 referert av Burns & McIlfatrick, 2015). Med andre ord inneholder god smertekartlegging kunnskap basert på erfaringer sykepleier har gjort gjennom utøvelse av sykepleie. Med hensyn til dette bør det være sykepleiere som har relevant faglig erfaring i tillegg til å ha kjennskap til pasienten som foretar den endelige smertekartleggingen.

5.2 Observasjon av non-verbal kommunikasjon

Som første ledd i sykepleieprosessen gjøres det en datasamling. Dette blant annet av pasientens behov. Når sykepleier skal kartlegge smerte hos en pasient med alvorlig demens som ikke kan selv-rapportere er det nødvendig å observere tegn på non-verbale smerteindikatorer (Rokstad, 2015). Dette krever årvåkenhet av personalet, samt et velutviklet klinisk blikk. For å kunne gjenkjenne disse indikatorene er det viktig at sykepleieren vet hvordan pasienten er til vanlig, og kan gjenkjenne atferd som er utenfor normalen for den enkelte pasienten. American Geriatrics Society (2002) har utarbeidet ulike indikatorer for atferd sykepleier kan observere når det gjelder kartlegging av smerter. Smerteindikatorer man kan observere i ansiktet til pasienten er et mørkt, trist eller engstelig ansiktsuttrykk. Videre er det rynket panne, grimasering, lukkede øyne og rask blinking (Torvik & Bjøro, 2015). I følge denne rammen av smerteindikatorer er det grimasering, rynket panne og lukkede øyne som oppstår hyppigst ved smerte. Resultatet i en studie som har blitt gjort i nyere tid viser til noenlunde samme resultat. Her var det også engstelig uttrykk, rynker i pannen og at pasienten så anspent ut som ble mest brukt av sykepleiere for å identifisere smerte (Lautenbacher, Sampson, Pähl, & Kunz, 2016). Andre smerteindikatorer som hyppig ble brukt var at pasienten åpnet munnen, knipet igjen øynene eller så trist ut (Lautenbacher et al., 2016). Studien peker også på viktigheten av at det er kompetent personale som observerer smerteindikatorene. Grunnen til det er at det viste seg at en sykepleier med trening i å kartlegge smerte så flere tegn, enn de med mindre trening (Lautenbacher et al., 2016). Videre er det verbalisering og vokalisering, kroppsbevegelser, forandring i mellommenneskelig samhandling, aktivitetsmønster og rutiner eller i mental status som bør observeres i forhold til eventuell smerte (Torvik & Bjøro, 2015). For eksempel har jeg opplevd en situasjon der en pasient med alvorlig demens slo seg selv i hodet gjentatte ganger. Personalet trodde først dette kom av demenssykdommen, eller mangler på ivaretagelse av grunnleggende behov. Det ble

blant annet diskutert om pasienten hadde sovet godt den natten. Etter samtale med pårørende viste det seg at pasienten led av hyppig hodepine. Etter utgivelse av smertestillende medikamenter stanset denne atferden. Dette eksempelet understreker viktigheten av å ha kunnskap om non-verbal atferd relatert til smerte og god kommunikasjon med pårørende eller andre som kjenner pasienten godt.

Observasjonene av smerteindikatorer gjennom non-verbal atferd vil ikke alltid være tilstrekkelig ved kartlegging av smerter. Disse tegnene kan tyde på andre helseproblemer som kan misforstås med smerte. Man vil sannsynligvis heller ikke alltid kunne lokalisere smerten, med mindre det tydeliggjøres som i eksempelet over. Det er derfor nødvendig med smertekartleggingsverktøy for å kartlegge om det er smerter som er grunnen til en urolig atferd. Samtidig er det viktig å merke seg at ved mangel på åpenbare smerteindikatorer kan det resultere i at sykepleiere velger å ikke administrere smertestillende. Enhver uvanlig oppførsel hos personer med demens bør derfor trigge systematisk smertekartlegging (Monroe et al., 2015).

5.3 Systematisk kartlegging

Uten å systematisk kartlegge smerte ved bruk av smertekartleggingsverktøy, vil sykepleieren basere vurderingene sine i stor grad ut fra egne tidligere erfaringer. Dette kan påvirke hvor korrekte dataene er. For å kunne sette i gang sykepleietiltak rettet mot sykepleierens grunnleggende behov er man i første omgang nødt til å utføre kliniske observasjoner. Ved bruk av sykepleieprosessen gjør man dette ved en datasamling. Datasamlingen inneholder kliniske vurderinger av pasientens situasjon når det gjelder helsetilstand, behov og ressurser (Rotegård, Solhaug, & Grov, 2015). Dette vil systematisere arbeidet på en sykehjemsavdeling. Når en pasient har smerter og ikke klarer å rapportere om disse selv er dette et subjektivt behov, og dette krever systematisk kartlegging (Molven, 2014). Da smerte er en sammensatt opplevelse, er det mange faktorer som blir påvirket. Ved sterke smerter kan sykepleier for eksempel observere symptomer fra det autonome nervesystemet (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2015). Symptomene kan være forhøyet puls, blodtrykk, svette og blek hud (Berntzen et al., 2015). Samtidig trenger ikke disse tegnene å bety at pasienten har smerter. Det kan også komme av eldre pasienters komorbiditet og polyfarmasi (Lillekroken & Slettebø, 2013). Videre er det slik at grundig og korrekt datasamling inneholder opplysninger om andre sykdommer pasienten har og dette kan bidra til å redusere smerte, for eksempel når pasienten har smerte ved vannlatning på grunn av urinveisinfeksjon. Hvis det for eksempel er

dokumentert i pleieplanen at pasienten lider av hyppige urinveisinfeksjoner vil dette kunne føre til at man først undersøker dette om pasienten har en urolig atferd.

5.3.1 Bruk av MOBID-2

Underdiagnostisert smerte kan ha store konsekvenser for pasienten, både fysisk og psykisk (Torvik & Bjøro, 2015). For at sykepleieprosessen videre skal stemme overens med pasientens behov, bør man ta i bruk smertekartleggingsverktøy som er tilpasset pasientgruppen og helseproblemene. MOBID-2 er et kartleggingsverktøy som er utviklet for pasienter med demens på sykehjem. Dette smertekartleggingsverktøyet er basert på å måle smerte i en mobiliseringssituasjon. Sykepleier skal også observere pasienten før mobiliseringen og da grundig forklare hva som skal skje (Husebø et al., 2009). Under mobiliseringen må sykepleier kontinuerlig være oppmerksom på om pasienten gir uttrykk for smerte. Hvis det observeres tegn på smerte ved noen av aktivitetene skal sykepleieren stoppe umiddelbart. Deretter noterer sykepleieren den antatte smerteintensiteten ved denne bevegelsen. Totalt sett måler verktøyet mistenkt smerteintensitet, lokalisasjon og pasientens totale smerte. Husebø et al. (2009) oppgir at differensieringen mellom akutt og kronisk smerte ikke blir oppnådd ved bruk av MOBID-2. Videre argumenterer denne studien for at det er flere forskjellige typer atferd som kan bli påvirket av smerte. Disse bør bli inkludert i MOBID-2. Dette er blant annet endringer i mental status, sosialisering, aktivitetsmønster eller rutiner.

Det er viktig at ved vurderingen av pasientens totale smertescore blir gjort av sykepleieren som har utført alle punktene i MOBID-2. Hvis sykepleieren spør kollegaer som ikke var med på smertekartleggingen, er det risiko for at den totale vurderingen ikke blir korrekt. Det er også viktig at hvis pasienten for eksempel har en smerteintensitet på 4 i en skulder og 6 i et kne, blir den totale scoren på 6, for at den totale smertevurderingen skal gjenspeile pasientens opplevelse (Husebø et al., 2009). Det er spesielt viktig å ha dette i bakhodet da smerte er en subjektiv tilstand som kun pasienten vet hvordan er. Videre er det slik at smerte i hodet, indre organer og i huden er vanskelig å observere og sykepleiere har i utgangspunktet ikke mulighet for å undersøke disse områdene. Kartleggingen må derfor mest sannsynlig gjøres over tid (Husebø et al., 2009).

Studien til Husebø, Ostelo og Strand (2014) fant ut at smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 kan fange opp endringer i smertenivå i muskel- og skjelettsystemet, hodet, hud og indre organer. MOBID-2 egner seg også godt til å fange opp nociceptive smerter (Husebø et al.,

2009). Videre konkluderer de med at det er mobilisering i seng, bevegelser av hofte og av knær som var det som resulterte i størst smerteintensitet når det gjelder smerte i muskel- og skjelettsystemet. Når det gjelder de mest smertefulle områdene i indre organer, hodet og i hud viste det seg at dette var ved bekkenområdet og kjønnsorganer (Husebø et al., 2014). Studien indikerte bruk av MOBID-2 som lønnsomt og tidsbesparende i smertekartleggingen. Pasientene som gjennomgikk smertekartlegging med MOBID-2 fikk både kartlagt smertene sine bedre, og ble bedre smertelindret. Dette sammenlignet med de som ikke ble kartlagt med MOBID-2 (Husebø et al., 2014). Dette bekreftes også i funn i den systematiske litteraturgjennomgangen til Husebø et al. (2016). I denne studien blir det beskrevet at pasienter som ble kartlagt med MOBID-2 responderte på smertelindring etter at pasienten fikk analgetika. Dette gjør behandlingen og evalueringen av smerte både bedre og lettere. Samtidig legger også Husebø et al., (2009) vekt på viktigheten med at den som utfører kartleggingen har kjennskap til pasienten samt at sykepleieren har kunnskap om demenssykdommen sin utvikling. Hvis denne kunnskapen mangler kan man risikere at sykdommens symptomer (APSD) misforstås med smerte. Om personalet på avdelingen i utgangspunktet har fokus på smerte, vil det være lettere å implementere systematisk kartlegging av smerter ved bruk av verktøyet MOBID-2 (Husebø et al., 2009). Det samme gjelder hvis alle ansatte får grundig opplæringen fra start. Det er da større sannsynlighet for at kartleggingsverktøyet blir brukt. Det blir også anbefalt å ha en koordinator som har et overordnet ansvar for smertekartleggingen. Dette vil kvalitetssikre at smertekartlegging blir gjort jevnlig og korrekt.

5.3.2 Holdninger ved implementering av smertekartleggingsverktøy

For at sykepleier skal kunne kartlegge smertene til beboeren med demens ved bruk av smertekartleggingsverktøy, er man nødt til å ha en åpen og positiv holdning i forhold til dette. Hvis ikke er risikoen høy for at man kun bruker skjønn i kartleggingen, og det er da stor fare for at kartleggingen ikke blir optimal og ikke er basert på oppdatert kunnskap. I studien til Lillekroken og Slettebø (2013) har ingen av deltagerne erfaring med smertekartleggingsverktøy. Til tross for dette, var fler av deltagerne interessert i å implementere smertekartleggingsverktøy. Deltakerne hadde samtidig en oppfatning av at smertekartleggingsverktøy ikke kunne brukes hos pasienter med demens. De mente blant annet at det var så store forskjeller mellom pasientene at det ikke var mulig å ha samme kartleggingsverktøy til alle. Deltagerne i studien ga også uttrykk for at de var engstelige for å gi smertestillende medikamenter til skrøpelige eldre med demens (Lillekroken & Slettebø, 2013). I tillegg sto de foran etiske dilemmaer i selve smertelindringen da de blant annet hadde

erfaringer med at pasienten nektet å ta medisinerne. Det kan tenkes at dette gjør at sykepleieren vegrer seg for å kartlegge smertene. Hvis dette er tilfelle er dette også svært uheldig i forhold til komplikasjonene ubehandlet smerte kan gi for denne pasientgruppen. Samtidig har sykepleiere krav på å yte omsorgsfull hjelp på lik linje som ved andre pasientgrupper jfr. Helsepersonellovens (1999) § 4, krav til faglig forsvarlighet, samt Pasient- og brukerettighetslovens (2001) § 1-1.

På grunn av manglende personale og at sykepleier har mange andre oppgaver å til en hver tid forholde seg til, kan det tenkes at mulighetene for den grundige kartleggingen ofte blir satt til side. Dette kan også skyldes mangel på kunnskap om smertekartleggingsverktøy for personer med demens (Lillekroken & Slettebø, 2013). Samtidig har man som sykepleier et ansvar for å prioritere hvilke pasientproblemer og situasjoner som krever mest sykepleie (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Smerte er et helseproblem som kan gi store konsekvenser hvis den ikke blir behandlet, og bør derfor prioriteres i stor grad.

Hvis man er i tvil om en pasient med alvorlig demens har smerter grunnet urolig atferd, kan man prøvemedisinere (Torvik & Bjøro, 2015). Det vil si at man gir smertestillende medikamenter for å undersøke om en type atferd stammer fra smerte (Torvik & Bjøro, 2015). Denne atferden er kartlagt på forhånd, og deretter gjøres det på nytt etter medisineren. Dette vil bidra til å evaluere de igangsatte sykepleietiltakene i forhold til sykepleieprosessen.

5.4 Betydning av samarbeid med pårørende og tverrfaglig samarbeid

Pasienter med alvorlig demens kan ofte ikke uttrykke sine tanker og følelser på en måte som de rundt forstår. De kommer gjerne på sykehjem etter de har begynt å få problemer med dette, noe som gjør at sykepleieren kun kjenner pasienten med demens og de utfordringene sykdommen medfører. Familien og venner har derimot kjent pasienten et helt liv. Mesteparten av dette livet har pasienten vært klar og orientert. Monroe et al., (2015) la vekt på at kommunikasjon med familie er en viktig faktor for å kartlegge smerter hos pasienter med demens. Om pasienten hadde en operasjon for 50 år siden har sannsynligvis ikke sykepleierne på sykehjemmet denne informasjonen, noe familien kan ha. På den andre siden har personalet på sykehjem opplevd konflikt og uenighet med pårørende ved utgivelse av smertelindrende medikamenter (Lillekroken & Slettebø 2013; Monroe et al., 2015). Dette kan være fordi eldre personer ofte har flere barrierer til å ta smertestillende medikamenter. Det er vanlig at eldre er redde for bivirkninger og de kan ofte ha en holdning om at man skal tåle smerte (Torvik &

Bjøro, 2015). Det er mulig at pårørende har lyst til å viderefremde pasientens ønsker fra før demenssykdommen oppsto, og dermed påvirkes kommunikasjonen mellom pårørende og personalet på sykehjemmet. Dette kan videre påvirke personalet til å ikke kartlegge smerte. Samtidig hvis sykepleier gjør en systematisk kartlegging av smertene med resultater som indikerer tydelig at pasienten har smerter, kan dette brukes til å argumentere mot pårørende i forhold til å smertelindre. I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) står det oppført at hvis det oppstår interessekonflikt mellom pasient og pårørende, skal sykepleieren ta hensyn til pasientens behov. Når pasienten ikke kan gjøre rede for disse er det sykepleiers oppgave å sørge for de blir ivaretatt for å opprettholde pasientens autonomi (Brinchmann, 2016). Dette kan bli brukt i argumentasjon mot pårørende. Videre kan det føre til et etisk dilemma for sykepleieren hvis det oppstår en situasjon der pårørende mener at pasienten ikke skal ha smertestillende fordi det er det pasienten ville ønsket.

Kartlegging av smerte er i utgangspunktet en selvstendig sykepleierfunksjon. Det vil si at sykepleier kan utføre dette uten å være avhengig av andre fag- eller yrkesgrupper. Samtidig er tverrfaglig samarbeid viktig når man skal løse problemer til pasienter der situasjonen er sammensatt eller uavklart (Kristoffersen, 2012). Det å finne ut om en pasient med alvorlig demens har smerter kan være en slik situasjon. For eksempel kan ikke en sykepleier, som muligvis er eneste sykepleier på vakt observere alle pasientene på avdelingen i forhold til smerte. Sykepleier vil da være avhengig av at annet personell; helsefagarbeidere eller ufaglærte. De rapporterer til sykepleier om mistanke om smerter. Legen baserer for eksempel sin ordinerings av smertestillende medikamenter blant annet på sykepleiers observasjoner (Torvik & Bjøro, 2015). Det er derfor det er så viktig at sykepleiere får denne informasjonen, slik at de kan gjøre grundige observasjoner, med tanke på kompetansen en sykepleier skal ha. Det er mulig disse faggruppene trenger veiledning i forhold til hva som bør observeres for å styrke faglig forsvarlighet ved smertekartlegging. Dette har også sykepleieren et ansvar for i henhold til Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011), der det blir beskrevet at sykepleieren må veilede andre helse og omsorgsarbeidere som deltar i pleie eller omsorgsfunksjoner.

Min erfaring fra sykehjem er at det ofte er lav bemanning. Spesielt er det få sykepleiere på vakt. En sykepleier kan for eksempel ha ansvaret for 10 pasienter. Disse er fordelt på helsefagarbeidere og ufaglærte. Dette gjør at sykepleieren er avhengig av at de kan rapportere til sykepleier om observasjoner de har gjort i forhold til ulike tegn og symptomer.

Funn i studien til Burns og McIlfatrick (2015) viser at tidligere studier har undersøkt viktigheten med effektiv kommunikasjon mellom lege og sykepleier for å kunne lindre smertene til pasienten med alvorlig demens (Martin et al. 2005). Samtidig viste det seg at legene kunne vise mistillit til sykepleierne. Det er mulig at dette resulterer i dårligere kartlegging av smertene da motivasjonen for å gjøre det kan bli redusert. Hvis man som sykepleier har observert smerter basert på kompetanse om pasientens sykdom, kjennskap til pasienten, og ved bruk av kartleggingsverktøy, vil disse observasjonene sannsynligvis være grundige og korrekte. Hvis man da blir møtt med avvisning fra lege vil det kunne oppstå frustrasjon hos sykepleier (Broson et al., 2014 referert av Burns & McIlfatrick, 2015). Kristoffersen (2012) henviser til Lauvås og Lauvås (2004) når det gjelder kriterier for et suksessfullt tverrfaglig samarbeid. I disse kriteriene er det blant annet nevnt at man er avhengig av tillit og støtte. Dette bekrefter viktigheten med funnene til litteraturgjennomgangen til Burns og McIlfatrick (2015). Videre er det slik at et tverrfaglig team oppnår suksess når målene og verdiene er klare, forstått og akseptert. I denne situasjonen vil det være at alle de involverte faggruppene er innforstått med at målet til pasienten er å unngå at pasienten har smerter. I tillegg må de involverte være klare over sin rolle og akseptere denne. De involverte må ha engasjement, åpen kommunikasjon og det må være akseptert å ha uenigheter og ulikheter (Kristoffersen, 2012).

6. Oppsummering

Smerter hos eldre pasienter med demens på sykehjem er et utbredt helseproblem. Ved alvorlig demens oppstår det kommunikasjonsbarrierer som ofte resulterer i dårlig smertekartlegging og dermed ubehandlet smerte. Dette kan føre til alvorlige fysiske og psykiske konsekvenser for pasienten og det er derfor svært viktig at smertene blir identifisert.

Sykepleierens lindrende og behandlende funksjon går ut fra kartlegging av sykepleierdiagnoser for å opprette sykepleietiltak. Kartleggingen kan foregå via en systematisk datasamling i forbindelse med sykepleieprosessen. Tilstrekkelig kartlegging av smerter til personer som ikke kan selv-rapportere disse krever at sykepleier har kunnskap om atferd relatert til smerte som foregår gjennom non-verbal kommunikasjon. Dette krever videre et teoretisk kunnskapsgrunnlag om kommunikasjon, bygget på relevant og pålitelig forskning, erfaringer om lignende situasjoner, samt kunnskap om den enkelte pasient. Et klinisk blikk hjelper sykepleieren til tolkning og vurdering av observasjonene. Sykepleieren trenger også spesifikk fagkunnskap om utviklingen av demenssykdom og konsekvenser av komorbiditet og polyfarmasi.

MOBID-2 er et smertekartleggingsverktøy som har blitt testet for validitet og respons til personer med alvorlig demens. Dette vil bidra til en systematisk og presis kartlegging av smerter til pasienter med alvorlig demens. Hvis kartleggingen med bruk av MOBID-2 gir resultater på smerte, kan man gi smertelindrende medikamenter og deretter foreta en ny vurdering med verktøyet. Dette vil validere funnene.

Smertekartlegging er i utgangspunktet en selvstendig sykepleierfunksjon, men samarbeid med andre yrkesgrupper og pårørende kan være gunstig for å oppnå et helhetlig bilde av smerteproblematikken til pasienten.

Referanseliste

- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2015). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Burns, M., & McIlfatrick. (2015). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), 400- 406. doi: 10.12968/ijpn.2015.21.8.400.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gautun, H., Øien, H., & Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende*. (NOVA Rapport 6/16). Hentet fra <https://www.nsf.no/visartikkel/3031850/539416/Underbemanning-er-selvforsterkende>.
- Graverholt, B., Jamtvedt, G., & Nortvedt, M. W. (2015). Kunnskapsbasert praksis. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sykepleien forskning. Hanssen, T. A., Berg G. V., Urstad K. H. (Red.) Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning>
- Hauge, S. (2015). Sykepleie i sykehjem. I S. Hauge, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020 – Et mer demensvennlig samfunn*

Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf.

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.

Husebø, B. S., Achterberg, W., & Flo, E. (2016). Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review. *CNS Drugs*. 30(6), 481-497. doi: 10.1007/s40263-016-0342-7.

Husebø, B. S., Ostelo, R., & Strand, L. I. (2014). The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *European Journal of Pain*. 18(10), 1419-1430. doi: 10.1002/ejp.507.

Husebø, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., & Husebø, S. B. (2009). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 24(2), 380-391. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x.

Jensen, T. S., & Dahl J. B. (2013). *Smerter. Baggrund, evidens, behandling*. E. Arendt-Nielsen (Red.) København: FADL's Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2012). Sykepleie - kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2012). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie - bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2012). Relasjon mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2012). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lautenbacher, S., Sampson, E. L., Pähl, S., & Kunz, M. (2016). Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain? *Pain Medicine*. 18(11), 2105-2115. doi: 10.1093/pm/pnw281.
- Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindning hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vard i Norden*. 33(3), 29-33 doi: 10.1177/010740831303300307.
- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Monroe, B. T., Parish, A., & Mion L. C. (2015). Decision Factor Nurses use to Assess Pain in Nursing Home Residents with Dementia. *Arch Psychiat Nurs*. 29(5), 316-320. doi: 10.1016/j.apnu.2015.05.007.
- Norsk Sykepleierforbund (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2015). Klinisk sykepleie - funksjon og ansvar. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og>.
- Rokstad, A. M. (2015). Hva er demens? I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens - møte og samhandling*. Oslo: Akribe.

- Romøren, T. I. (2015). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rotegård, A. K., Solhaug, M., & Grov, E. K. (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E. K. Grov, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Rustøen, T., & Stubhaug, A. (2011). Smerter. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie - sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe.
- Sandvik, R. K., & Husebø, B. S. (2011). Måler smerte hos personer med demens. *Sykepleien forskning*. 99(11), 62-64 doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0162>.
- Skovdal, K., & Berentsen, V. D. (2015). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torvik, K., & Bjørø, K. (2015). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torvik, K., Hårstad, L. L., Berdal, Å. B., Frønes, A., Ommeland, E., Hellenen, M., Torjuul, K. (2014). Kartlegger smerte. *Sykepleien fagutvikling*. 102(3) 62-65 doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0027>.
- Wogn-Henriksen, K. (2015). Kommunikasjon. I A.-M. M. Rokstad, & L. K. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe.

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tid: _____

Avdeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1–5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd



Smerteintensitet

Sett et eller flere kryss for hver observasjon: **smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergeraksjon, som kan være relatert til smerte**

Smertelyd «Ahh»	Ansiktsuttrykk Grinaserer	Avvergeraksjon Stivner
Stømer	Rykker pannen	Beskytter seg
Yrker seg	Strammer munnen	Skyver fra seg
Gisper	Lukker øynene	Endringer i pust
Skriker		Krymper seg

Basert på observert smerteatferd; **tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10**

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DIN(E) OBSERVASJONER

1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke anklr, knær og hofteledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10