

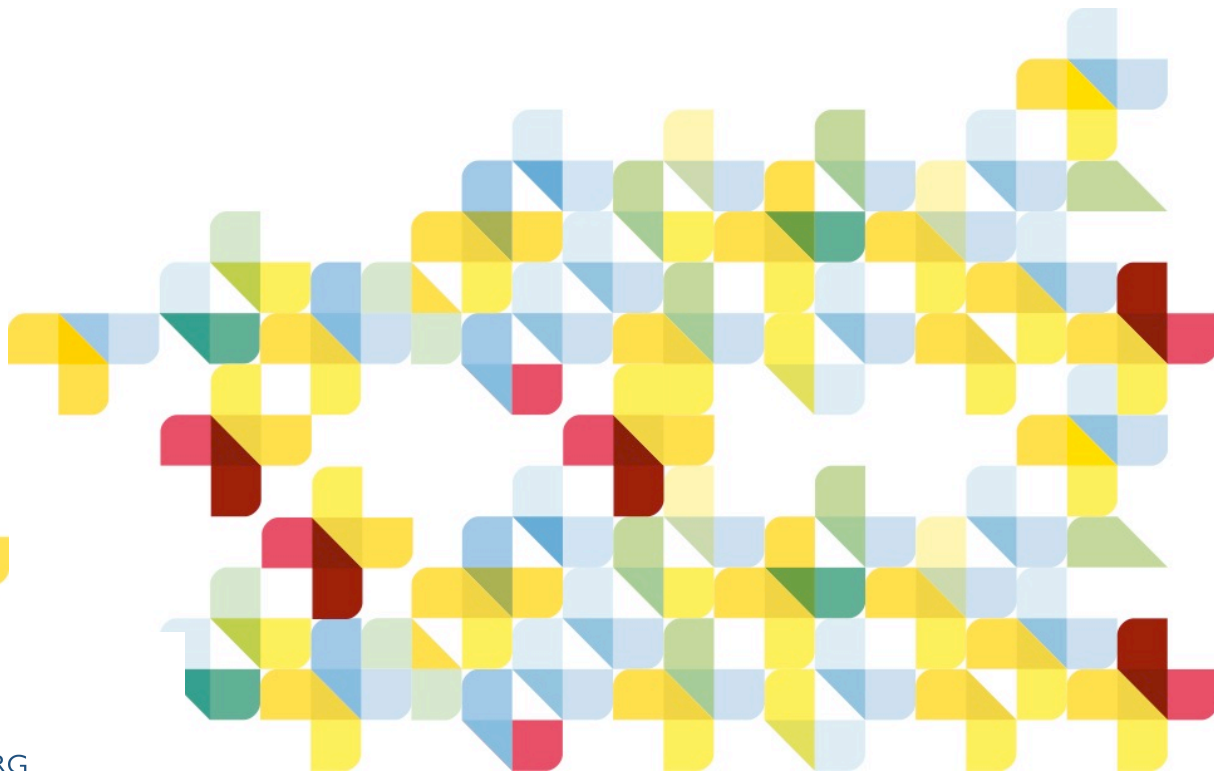


Smertekartlegging av sykehjemsbeboere med alvorlig demenssykdom

Kandidatnummer: 329
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 10503
Dato: 14.04.16



Tittel: Smertekartlegging av sykehjemsbeboere med alvorlig demenssykdom.

ABSTRAKT

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleier kartlegge smerte hos sykehjemsbeboere med en alvorlig grad av demenssykdom?*

Metode: Oppgaven er en litterær oppgave. Det anvendes eksisterende fag- og forskningslitteratur, i kombinasjon med praksiserfaringer. Fag- og forskningsartikler er innhentet fra databasene Sykepleien Forskning, Tidsskrift for Den Norske Legeforening, Cinahl, PubMed og Svemed+.

Teoretisk perspektiv: I oppgaven benyttes sentrale deler av Joyce Travelbees sykepleieteori. Disse er henholdsvis Travelbees syn på sykepleie, menneske-til-menneske-forhold, kommunikasjon og smerte. Relevante etiske og juridiske aspekter ved tematikken blir samtidig nevnt. I tillegg gjøres det rede for demens, smerte, smertekartlegging og ulike kartleggingsverktøy.

Drøfting: I drøftedelen fremlegges og drøftes hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for at sykepleier skal være i stand til å kartlegge smerte hos sykehjemsbeboere med alvorlig demenssykdom. De ulike forutsetningene drøftes ut ifra teori, empiri og det sykepleiefaglige rammeverket. Travelbees sykepleieteori vektlegger to forutsetninger for god sykepleie og for etablering av et hjelpeforhold til andre. Dette er sentralt for drøftingen og innebærer at sykepleieren anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte og bruker seg selv terapeutisk. Det er fokus på sykepleierens rolle i kartlegging av smerte og nødvendigheten av systematisk kartlegging. I den sammenheng presenteres en kritisk vurdering av tre observasjonsbaserte kartleggingsverktøy.

Konklusjon: For at sykepleier skal kunne kartlegge smerte hos sykehjemsbeboere med en alvorlig grad av demenssykdom, er det nødvendig å utføre systematisk kartlegging med observasjonsbasert kartleggingsverktøy. Det er viktig å påpeke at uten kunnskap, daglig nærhet, kommunikasjon, observasjon og kjennskap til beboeren vil det ikke alltid være tilstrekkelig grunnlag for å kartlegge smerte.

Nøkkelord: Sykepleie, sykehjem, demens, smertekartlegging, kartleggingsverktøy

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning	2
1.4 Oppgavens hensikt	3
1.5 Oppgavens disposisjon	3
2. Metode	4
2.1 Den litterære oppgaven	4
2.2 Søkehistorikk	4
2.3 Kildekritikk	5
3. Sykepleiefaglig rammeverk	7
3.1 Menneske-til-menneske-forhold	7
3.2 Travelbees syn på kommunikasjon	8
3.3 Travelbees syn på smerte	8
3.4 Etske og juridiske aspekter	9
4. Teori	10
4.1 Demens	10
4.1.1 Atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens	10
4.1.2 Afasi	11
4.1.3 Kommunikasjon ved alvorlig demenssykdom	11
4.1.4 Holdninger til demens	12
4.2 Smerte	12
4.2.1 Konsekvenser av smerte	13
4.2.2 Smerter hos eldre i sykehjem	13
4.2.3 Smerteatferd hos demenssyke som mangler språk	13
4.2.4 utfordringer ved smertekartlegging av sykehjemsbeboere med alvorlig demens	14
4.3 Kartleggingsverktøy	15
4.3.1 Checklist of Nonverbal Pain Indicators	15
4.3.2 Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia pain scale	16
4.3.3 Doloplus-2	16
5. Drøfting	17
5.1 Sykepleierens kunnskap	17

5.2 Betydningen av kjennskap til beboeren	19
5.3 Kartlegging av smerte	20
5.3.1 Kommunikasjon	20
5.3.2 Observasjon av atferd	21
5.4 Systematisk kartlegging	23
5.4.1 CNPI	23
5.4.2 Doloplus-2	24
5.4.3 MOBID-2	25
5.4.4 Problematisering av kartleggingsverktøyene	27
5.5 Holdninger	28
6. Konklusjon	31
Referanseliste	33

1. Innledning

I følge Regjeringen (2015) antas det at mer enn 77 000 mennesker i Norge har demens og at det vil være 140 000 nordmenn med demens innen 2040. Det foregår en stor endring i sammensetningen av den eldre befolkningen, med en kraftig vekst i antallet innbyggere over 80 år (Sosial- og helsedirektoratet, 2007; Kongsgaard, Wyller & Breivik, 2008). Ettersom forekomsten av demens øker med alderen, vil en øking av antall eldre medføre at flere får demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). ”Helsevesenet må møte disse utfordringene med økt vektlegging av eldre menneskers sykdom og plager” (Kongsgaard et al., 2008, s. 590).

Smerte er et vanlig helseproblem blant eldre i sykehjem og et hyppigere forekommende symptom jo skrøpeligere den eldre er (Bjørø & Torvik, 2008a; Torvik & Bjørø, 2008). Forekomsten av sykdom og skader øker med alderen, og redusert organfunksjon og kognitiv svikt kan gjøre vurdering av smerte krevende (Kongsgaard et al., 2008). I følge Husebø (2009) er hovedårsaken til innleggelse i sykehjem i dag demenssykdom. Diagnostikk av subjektive symptomer som smerte er en særlig stor utfordring i sykehjem fordi om lag 80% av beboerne har ulike former for kognitiv svikt, derav flere med en alvorlig demenssykdom (Sandvik, 2011). Spesielt er det et forbedringspotensial med hensyn til smertevurdering hos beboere med kommunikasjonsvansker (Nygaard & Jarland, 2005). Moderat og alvorlig grad av demens medfører redusert hukommelse og nedsatt språkbeherskelse, noe som vanskeliggjør selvrapportering av smerte. Denne pasientgruppen er derfor avhengig av sykepleiernes evne til å tolke verbale og nonverbale uttrykk for smerte (Husebø, 2009). I Norge er det et mål at eldre skal bo lengst mulig hjemme, og etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012 har terskelen for å få sykehjems plass blitt høyere (Meld. St. 47. (2008-2009)). Dette medfører at det kun er de sykeste og skrøpeligste eldre som får sykehjems plass (Torvik & Bjørø, 2008).

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Begrunnelsen for at jeg velger temaet smertekartlegging av sykehjemsbeboere med demenssykdom, er at jeg anser det som et sykepleiefaglig relevant tema. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere presiserer at ”sykepleiere har ansvar for en sykepleiepraksis som

fremmer helse, forebygger sykdom og lindrer lidelse” (NSF, 2011, s. 8). Det er et aktuelt tema med tanke på nåtidens og fremtidens utfordringer. Samtidig er det en sentral oppgave i sykepleierens kjernekompetanse som kliniker, med rollen som forebyggende- og lindrende funksjon.

Sykehjemsbeboere med alvorlig demenssykdom har gjort et sterkt inntrykk på meg gjennom fire år med klinisk erfaring på lukket demensavdeling. Jeg opplever at smerteproblematikk ikke blir tilstrekkelig kartlagt, og at årsaken til dette er mangel på kompetanse og kunnskap om subjektive symptomer på smerte. Beboerne lider av en alvorlig grad av demens, og har utfordringer med å uttrykke sine behov. Jeg ønsker på bakgrunn av dette å tilegne meg ytterligere kunnskap om hvordan jeg som sykepleier kan identifisere og kartlegge smerte hos personer med demens.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier kartlegge smerte hos sykehjemsbeboere med en alvorlig grad av demenssykdom?

1.3 Avgrensning

Oppgaven avgrenses til beboere på sykehjem med alvorlig grad av demens, og tar for seg både kvinner og menn over 65 år, som er World Health Organizations definisjon av eldre (Torvik & Bjøro, 2008). Jeg forholder meg til demens som en generell sykdom og avgrenser til beboere med en alvorlig grad, som preges av global afasi. Global afasi medfører redusert evne til å forstå språk og til å bruke språket til å uttrykke seg (Eide & Eide, 2013). Smerte kan være både sensorisk og emosjonell, men i oppgaven velger jeg å fokusere på sensorisk smerte. Emosjonelle faktorer og type smerte vektlegges ikke grunnet oppgavens omfang.

Problemstillingen er et aktuelt tema som det forskes mye på i Norge for å møte nåtidens og fremtidens utfordringer (Corbett et al., 2012). Oppgaven avgrenses derfor nasjonalt ettersom forskning legitimerer formålet.

Kartlegging av smerte hos beboere med demens er omfattende. Jeg velger å ha et hovedfokus på sykepleierens rolle i kartlegging av smerte til beboere som formidler smerte via nonverbal

kommunikasjon. Pårørendes rolle og betydningen av tverrfaglig samarbeid i en smertekartleggingsprosess vektlegges ikke. Jeg avgrenser samtidig til kartleggingsverktøy som er oversatt og utprøvd i norske sykehjem til personer med kognitiv svikt. Medikamentell behandling for vurdering av smerte utelukkes. Jeg tar utgangspunkt i at sykehjemsbeboerne opprinnelig har behersket norsk.

Oppgavens sykepleiefaglige rammeverk er deler av Joyce Travelbees (1999) sykepleieteori, som bygger på et eksistensialistisk menneskesyn. Travelbee tar sterkt avstand fra generaliserte oppfatninger av mennesket og anvender derfor ikke begrepet ”pasient”. For å holde oppgaven ryddig omtaler jeg sykepleier som ”sykepleier” og ”hunkjønn”, og personer med alvorlig demenssykdom som ”beboer, ”person” og ”hankjønn”. I oppgaven er det ikke en begrepsavklaring ettersom ord som er nødvendig å definere presenteres forløpende i oppgaven.

1.4 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier kan observere og kartlegge smerte hos sykehjemsbeboere med demenssykdom. Det innebærer å undersøke hvilke forutsetninger som må være til stede for å kunne kartlegge smerte hos beboerne. Formålet med dette er å øke min kompetanse, slik at jeg kan utvikle min praksis ved å integrere ny kunnskap i mine daglige gjøremål som sykepleier. Ved å utvikle min praksis vil jeg kunne videreformidle kunnskapen til mine medarbeidere.

1.5 Oppgavens disposisjon

I kapittel to skal jeg gjøre rede for metoden jeg anvender i oppgaven. Kapittel tre presenterer deler av Joyce Travelbees sykepleieteori, samt etiske og juridiske aspekter. I kapittel fire presenterer jeg teori om demens, smerte, smertekartlegging og ulike smertekartleggingsverktøy. I kapittel fem drøfter jeg mitt sykepleiefaglige rammeverk, teori, empiri og egne erfaringer. Kapittel seks avslutter oppgaven med en oppsummering av hovedpoengene i drøftedelen og en konklusjon. Til slutt presenterer jeg referanser som anvendes i oppgaven.

2. Metode

I dette kapittelet presenteres valg av metode. En metode er en systematisk fremgangsmåte og et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Det er et redskap som bidrar til å samle inn data om noe som undersøkes (Dalland, 2014).

2.1 Den litterære oppgaven

Den litterære oppgaven er en oppgave som bygger på skriftlige kilder. Det anvendes eksisterende litteratur, ved å utføre litteratursøk og en litteraturgjennomgang (Dalland, 2014). De skriftlige kildene kombineres i denne oppgaven med praksiserfaringer. Metoden bidrar til en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør (Thidemann, 2015).

Forskningslitteraturen som inngår i oppgaven består av kvalitative og kvantitative studier. Kvantitativ metode er systematiske og strukturerte studier, som gir data i form av målbare enheter. Metoden går i bredden ved å innhente et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter, som utgjør det felles representative (Dalland, 2014). Kvalitativ metode har som formål å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Metoden går i dybden, som vil si at studien får mange opplysninger om få undersøkelsesenheter, som bidrar til å få frem det særegne, og eventuelt det avvikende. Jeg har lagt vekt på å anvende forskning med ulike metodiske tilnærminger for å danne et mer helhetlig perspektiv og bedre forståelse av problemstillingen (Dalland, 2014).

2.2 Søkehistorikk

I en litterær oppgave anvendes ikke en bestemt metode, men man beskriver fremgangsmåten (Dalland, 2014). Litteraturen er hentet fra lærebøker og fagbøker, fra pensumlitteratur og selvvalgt litteratur fra studiestedets bibliotek. For å finne aktuell litteratur har jeg søkt i databaser og tidsskrifter, samt lest innholds- og referanselister fra relevante tidsskrifter, bøker og bacheloroppgaver. I søket etter fag- og forskningsartikler har jeg anvendt databasene Sykepleien Forskning, Tidsskrift for Den Norske Legeforening, Cinahl, Pubmed og Svemed+. Søkeordene jeg har benyttet er *demens, smerte, holdninger, kunnskap, sykepleie*

smertekartlegging, kartleggingsverktøy, sykehjem, nursing home, dementia, pain, knowledge, pain behaviour, pain assessment, MOBID-2, Doloplus-2 og CNPI. Da de fleste fag- og forskningsartiklene ikke skiller mellom de ulike demenssykdommene, forholder jeg meg til demens som en generell sykdom. Jeg har ikke anvendt afasi/aphasia som søkeord, ettersom tilstanden har blitt omtalt med ulike begreper i forskningslitteraturen. Jeg har utført flere søk der jeg har kombinert søkeord ved å benytte meg av AND slik at jeg får treff på artikler som inneholder begge søkeord. Ved å benytte OR har jeg fått treff på ett av de nevnte ordene, dette har blant annet angått bruk av synonymer.

Inklusjonskriteriene for litteratursøket er fagfelleverderte forskningsartikler publisert fra år 2005 i free fulltext/PDF, sykehjemsbeboere med diagnosen demenssykdom med og uten taleevne, i en alder av 65 år og eldre. Temaene i inklusjonskriteriene er studier om smerteatferd, smertevurdering, smertekartleggingsverktøy og studier om sykepleiernes erfaringer, kunnskaper og holdninger til smerte og smertevurdering hos personer med demens, samt rammefaktorer i sykehjem. Inklusjonskriteriene for kartleggingsverktøy er at de er oversatt til norsk, er basert på observasjon av atferd og testet ut på sykehjem i Norge til personer med kognitiv svikt. Eksklusjonskriteriene er publikasjoner som er eldre enn 10 år, studier som ikke er på engelsk eller norsk og studier som har hovedfokus på behandling av smerte og medikamentelle forhold. Søkene ga mange treff, til tross for inklusjons- og eksklusjonskriterier. Ved å lese sammendragene fikk jeg et inntrykk av artiklene, og avgjorde om jeg ville undersøke artiklene nøyere. Jeg anser å ha funnet mange relevante artikler, men en mangel er brukerperspektivet på smerte og smertevurdering.

2.3 Kildekritikk

Det metodiske redskapet i en litterær oppgave er vurdering av de skriftlige kildene i form av kildekritikk (Dalland, 2014). Forskningsartiklene som anvendes er fagfelleverderte, som vil si at redaktøren i tidsskriftet har vurdert og godkjent artiklene sammen med en eller to eksperter innen forskningsfeltet (Thidemann, 2015). Artiklene som anvendes anser jeg å være relevant i forhold til problemstillingen ved at de bidrar til å belyse hvordan sykepleier kan kartlegge smerte hos sykehjemsbeboere.

De kvalitative studiene har et begrenset antall informanter, som gir en indikasjon på problemer og erfaringer som er felles for informantene. Til tross for at det er en indikasjon kan sykepleiere på andre sykehjem ha lignende opplevelser (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013). Jeg har tatt sikte på å anvende forskning som er tilstrekkelig oppdatert i lys av dagens situasjon. Jeg har inkludert tre studier som er publisert i 2005. Studien har kritisk vurdert kartleggingsverktøyene i Norge, og anses derfor som relevante (Hølen et al., 2005; Songe-Møller, Saltvedt, Hølen, Loge & Kaasa, 2005; Nygaard & Jarland, 2005). Forskning benyttet i oppgaven har et faglig fokus på sykepleieprofesjonen. Likevel omhandler enkelte av studiene helsepersonell generelt. Studien består av engelske- og norskspråklige artikler, og det vil derfor være rom for feiltolkning i oversettelsen. I oppgaven anvendes oversiktsartikler og systematiske oversiktsartikler. Slike artikler er bearbeidet og presentert av en annen enn de opprinnelige forfatterne og inneholder en tolkning av andres studier (Dalland, 2014). Dette kan være en svakhet, ved at de kan bære preg av forfatternes holdning eller tolkning. Styrken er at slike artikler gir en samling av funn fra studier med samme problemstilling, som medfører et sikrere grunnlag for å trekke en konklusjon (Thidemann, 2015).

Jeg anvender litteratur som er eldre enn ti år, som er blitt henviset til i nyere litteratur. Dette gjelder blant annet boken *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* av Marit Kirkevold (1992). I oppgaven anvendes første utgaven som ble utgitt i 1992. Det er utgitt en andre utgave, men denne har jeg ikke tilgjengelig. Boken til Joyce Travelbee (1999) er et annet eksempel på litteratur som er eldre enn ti år. Boken anvendes for å presentere det sykepleiefaglige rammeverket. Travelbees sykepleieteori ble først presentert i hennes bok *Interpersonal Aspects in Nursing*, som kom først ut i 1966 og ble revidert i 1971. Sykepleieteorien har hatt, og har fortsatt stor innflytelse på den norske sykepleierutdanningen, og anses som en klassiker innenfor grunnlagstenkingen i sykepleie. Boken *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* er en oversatt versjon av Kari Marie Thorbjørnsen (Travelbee, 1999). Jeg anvender relevant stoff fra denne boken, for å benytte grunnkilden til å belyse mitt tema. Det vil være rom for feiltolkning ettersom boken er oversatt fra engelsk til norsk.

3. Sykepleiefaglig rammeverk

Travelbee (1999) definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess der sykepleiepraksisen hjelper et individ med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Teorien vektlegger to forutsetninger for god sykepleie og for etablering av et hjelpeforhold til andre. Det første er at sykepleieren må anvende en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte, som vil si å sitte med en kunnskapsbase og med en tilhørende evne til å bruke denne. Den andre forutsetningen er evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Det innebærer evnen til å bruke sin egen personlighet og kunnskap bevisst og målrettet i forsøk på å etablere et forhold til beboeren. Denne forandringen er terapeutisk når den bidrar til at personens plager avtar (Travelbee, 1999).

3.1 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbees grunntanke er at sykepleieren har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Dette er et virkemiddel som gjør det mulig å møte beboerens behov for pleie og dermed oppfylle sykepleierens mål og hensikt. Menneske-til-menneske-forholdet blir av sykepleieren målbevisst etablert og opprettet, og utvikles gjennom fire interaksjonsfaser (Travelbee, 1999).

Den første interaksjonsfasen er *det innledende møtet*, og er sykepleierens første møte med beboeren. Begge vil danne seg et førsteinntrykk ved å observere, bygge på antakelser og gjøre seg opp en mening om hverandre. Sykepleierens oppgave er å oppfatte mennesket, det unike individet bak rollen ”pasienten”. I den andre fasen oppstår *fremvekst av identitet*.

Sykepleieren og beboeren etablerer et bånd til hverandre, ved å oppfatte og verdsette hverandre som unike menneskelige individer. Sykepleierens oppgave i denne fasen er å bli bevisst på å oppfatte og erkjenne det unike individuelle ved det andre mennesket. Dette bidrar til fremvekst av *empati*, som er den tredje fasen. Travelbee definerer empati som evnen til å leve seg inn i eller ta del i, og forstå den andres aktuelle psykiske tilstand. Empatifasen resulterer i evnen til å kunne forutsi den andres atferd. Den fjerde fasen, er en empatisk prosess, som resulterer i *sympati og medfølelse*. Det gjør sykepleieren i stand til å forstå personens plager og dermed et ønske om å hjelpe. Sykepleieren kan i fjerde fase omsette medfølelse til intelligente, konstruktive sykepleiehandlinger, som i dette tilfellet innebærer å kartlegge smerte. Gjennom de fire forutgående fasene har det utviklet seg en gjensidig

forståelse, kontakt og tillitt, som innebærer realisering av menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 1999).

3.2 Travelbees syn på kommunikasjon

Travelbee (1999) betrakter kommunikasjon som en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Målet med interaksjonen er å bli kjent med beboeren, kartlegge og observere hans behov for sykepleie ved å anvende en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte og terapeutisk bruk av seg selv. I en kommunikasjonssituasjon der det ikke anvendes verbal kommunikasjon, vil en gjennom observasjon av tegn fra den andre oppfatte følelser, inntrykk og grunnleggende intervensjoner. Travelbee påpeker at det er mulig å være en god observatør uten å nødvendigvis være god i kommunikasjonsferdigheter, men at det er umulig å kommunisere meningsfylt og målrettet uten å være en dyktig observatør. Sykepleieren skal ikke observere sykdomstegn, men observere en syk person med symptomer på en bestemt sykdom, og som underbygger hans subjektive opplevelse. I følge Travelbee er det oppstått kommunikasjon når budskapet er oppfattet og tolket korrekt (Travelbee, 1999).

3.3 Travelbees syn på smerte

Travelbee forklarer smerte som et begrep om en menneskelig erfaring. Hun mener smerte er en uunngåelig del av livet, og dermed en felles livserfaring som kommer til alle mennesker. Men smerte er samtidig et personlig fenomen og en intens ensom erfaring. Hvert enkelt menneske er unikt og reagerer forskjellig på smerte. I følge Travelbee er det svært vanskelig å formidle smerteerfaringer til andre på en slik måte at andre skal kunne forstå hva den består i. Smerten i seg selv lar seg ikke observere, det er kun virkningen av den vi registrerer. Travelbee mener at beboerens opplevelse av smerte er viktigere å forholde seg til enn diagnosen eller den objektive vurderingen som sykepleier utfører (Travelbee, 1999).

3.4 Etiske og juridiske aspekter

Etiske retningslinjer og lovverk er styrende for sykepleieprofesjonen. Helsepersonelloven (1999) presiserer plikter og krav som stilles til tjenesten og helsepersonellet. I følge § 4 plikter helsepersonell å ”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” (Helsepersonelloven, 1999). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er det etiske fundamentet for sykepleie og skal prege praksis. Retningslinjene presiserer at ”grunnlag for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (NSF, 2011, s. 7). Videre sier retningslinjene at ”sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert” (NSF, 2011, s. 7). Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse, forebygger sykdom, lindrer lidelse og ivaretar den enkeltes behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011, s. 8). Pasientautonomi er et sentralt etisk og juridisk prinsipp. Autonomi er ofte gradert, oppgavespesifikt og dermed ikke konstant. Autonomien vil variere ved kognitiv svikt, mens derimot menneskeverdet og integritet er konstant (Brinchmann, 2013a).

4. Teori

I kapittelet presenterer jeg teori som bidrar til å belyse problemstillingen. Kapittelet omhandler demens og smerte, samt de forhold som vil kunne ha betydning ved vurderingen av smerte. I tillegg presenteres tre kartleggingsverktøy.

4.1 Demens

Demens er en ervervet hjerneorganisk sykdom, som skyldes fysiske skader og sykdommer som primært eller sekundært påvirker hjernen (World Health Organization, 2015).

Sykdommen medfører endringer i mental funksjon, som vil si endringer i kognitive, atferdsmessige og emosjonelle funksjoner (Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013).

Demenssykdom er kronisk og som regel progressiv, og medfører svikt i kognitive funksjoner som for eksempel hukommelse, oppmerksomhet, orienteringsevne, atferd, forståelse og språkevne (Gjerstad et al., 2013; WHO, 2015). Ved alvorlig grad av demens blir konsekvensene det samme uavhengig av type demenssykdom, ettersom språkfunksjon, hukommelse og handlingsevne blir redusert (Sandvik, 2011). Personen er fullstendig avhengig av andre, da han ikke husker hvem han er i familie med og vil ikke alltid gjenkjenne ansikt eller stemmene deres. Evnen til å orientere seg for tid, sted og situasjon er borte. Personen kan ha utfordringer med å styre bevegelser og vil bli inkontinent for urin og avføring. Ordforrådet og evnen til å forstå hva andre sier er begrenset og personen vil ha utfordring med å skille stimuli, som gjør det usikkert om personen har evne til å tolke og gjenkjenne syns-, hørsel- og taktileintrykk (Berentsen, 2008).

4.1.1 Atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens

Atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD) er en del av symptombildet, ved sykdommen. Det fremtrer av hjerneorganiske forandringer og som en reaksjon på endret livssituasjon og mangel på kommunikasjon. Symptomene øker med forverring av demenssykdommen. Atferden er en form for kommunikasjon som oppstår når de tradisjonelle kanalene som verbalt språk svekkes. Atferden kan skyldes en reaksjon på udekkede behov, samt indre og ytre stimuli. Eksempler på de vanligste forekommende atferdsendringene er

fysisk aggresjon, irritabilitet, vandring og rastløshet, samt psykiske symptomer som ustabil humor, angst, søvnløshet og depresjon (Rokstad, 2008b).

4.1.2 Afasi

Afasi er en fellesbetegnelse for redusert evne til å forstå språk og til å bruke språket for å uttrykke seg. Dette som følge av hjerneorganiske skader og patologiske prosesser (Eide & Eide, 2013). Ved demens oppstår det ofte blandingsformer av afasi, fordi hjerneskaden omfatter flere områder av hjernen. Alvorlig demenssyke utvikler ofte en global afasi, som skyldes skade i begge språksentrene (Gjerstad et al., 2013; Berentsen, 2008). Kvaliteten ved språkproduksjonen og forståelsen er affisert. Setningene består av meningsløse lyder og talen er fullstendig opphørt (Gjerstad et al., 2013; Eide & Eide, 2013).

4.1.3 Kommunikasjon ved alvorlig demenssykdom

Kommunikasjon er en forutsetning for god demensomsorg (Wogn-Henriksen, 2008). Ansvaret for å opprettholde kommunikasjonen ligger på sykepleieren og stiller krav til kunnskap om personens lidelse og et særlig relasjonsetisk ansvar (Wogn-Henriksen, 2008; Eide & Eide, 2013). Relasjonsteorien tilsier at i kommunikasjon med personer med kognitiv svikt er det viktig å tone seg inn på den andre, ta utgangspunkt i den andres oppmerksomhetsfokus og anvende bekreftende kommunikasjonsferdigheter. Det krever at sykepleier er tålmodig og viser interesse, kunnskap, empati, omsorg og respekt i samhandlingen (Eide & Eide, 2013).

Demenssykdommen fører til en endring i måten personer med demens oppfatter andres kommunikasjon på. Nonverbale aspekter ved kommunikasjonen er vanligvis fortsatt funksjonelle og medfører behov for større vektlegging av kroppsspråket og sanser i samhandlingen, og mindre vekt på stemmeføring og stemmebruk (Wogn-Henriksen, 2008). Kommunikasjonen omfatter ansiktsuttrykk, øyekontakt, kroppsspråk, stemmebruk og berøring (Eide & Eide, 2013). Nonverbal kommunikasjon er et sentralt virkemiddel og nødvendig for mest mulig helhetlig kommunikasjon (Wogn-Henriksen, 2008).

4.1.4 Holdninger til demens

Den danske psykiateren Nils Gulmann beskriver fire oppfatninger av demens i samfunnet (Rokstad, 2008a). *Den filosofiske holdningen* er et syn på en person med demens som ”ikke-person”. Dette er et menneskesyn der demenssykdom blir betraktet som et uverdige liv, ettersom menneskesynet betrakter at det å være ”person” forutsetter intakte kognitive evner og at livskvalitet forutsetter autonomi og selvstendig handling. *Den eldrepolitiske holdningen* innebærer at personer med demens oppfattes som ”ikke-demente”. Det politiske fokuset er i liten grad på de hjelpetrengende og ressurskrevende, og i større grad på den friske, spreke eldre. Dette fører til at samfunnet rettes bort fra behovet for større kunnskap om, og erkjennelse av hvilke behov mennesker med demens har i sykdomsutviklingen. *Den dementofobe holdningen* er en holdning til personer med demens som ”ikke-levende”. Ordet dement kan oversettes til ”uten sjel”. Denne oppfattelsen kan i dagligtalen fremtre dersom en person med demens beskrives som ”grønnsak”. *Den terapeutiske holdningen* innebærer en holdning som retter seg mot at personer med demens ikke er riktig demente. Det handler om urealistiske forventninger og målsettinger om gjenopptreningspotensiale (Rokstad, 2008a).

4.2 Smerte

Smerte er en subjektiv, ubehagelig opplevelse og et personlig fenomen (Stubhaug & Ljoså, 2008). Smerte er personlig i den forstand at det bare er den som opplever smerte som kjenner smertens karakter og intensitet. International Association for the Study of Pain (IAPS) definerer smerte som ”en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade” (Bjørø & Torvik, 2008a, s. 333). Definisjonen tilsier at kun personen selv kan definere og beskrive sin smerteopplevelse (Stubhaug & Ljoså, 2008). Smerte er et sammensatt fenomen som inneholder både en sensorisk, en emosjonell og en kognitiv komponent. Den kognitive komponenten omfatter personens evne til å forstå og tolke smerteopplevelsen (Stubhaug & Ljoså, 2008; Torvik, 2013). Den totale smerteopplevelsen og smertereaksjonen hos den enkelte kan forsterkes eller reduseres av flere faktorer. Personens sosiale tilstand og kulturelle forhold vil blant annet påvirke (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013). IAPS påpeker at smerte ikke avhenger av at personen kan uttrykke smerte verbalt. Smerte kan rapporteres både verbalt og nonverbalt, og det er sykepleierens ansvar å observere og tolke beboerens uttrykksform for smerte (IAPS, 2012). I møte med beboere med smerte må sykepleier ha en profesjonell tilnærming som

innebærer å tro på personen og ikke tvile på hans opplevelse av smerte. Sykepleier kan ikke vite, objektivt, hvordan beboeren opplever smerte. Det er derfor avgjørende for behandling av smerte at sykepleier tar beboerens formidling og opplevelse av smerte alvorlig (Stubhaug & Ljoså, 2008).

4.2.1 Konsekvenser av smerte

Fysiologiske aldersforandringer medfører redusert evne til å oppfatte smertestimuli og kan medføre større risiko for sykdom og skade, som følge av forhøyet smerteterskel.

Tilhelingsprosessen går langsommere, noe som gjør eldre mer sårbare for smertens innvirkning på liv og helse. Smerte som ikke blir oppdaget eller behandlet tilstrekkelig kan forårsake alvorlige helsemessige konsekvenser og medføre redusert livskvalitet. Smerte kan blant annet føre til redusert kognitiv og emosjonell funksjon, immobilitet, inaktivitet, delirium, depresjon og søvnforstyrrelser (Bjæro & Torvik, 2008a).

4.2.2 Smerter hos eldre i sykehjem

Det er vanskelig å angi smerteforekomsten i sykehjem ettersom mange beboere har en kognitiv svikt. Smerteforekomsten minker ved økende grad av kognitiv svikt, noe som trolig skyldes beboernes svikt i evnen til å verbalt formidle smerte (Bjæro & Torvik, 2008a). De største sykdomsgruppene hos eldre er hjerte- og karsykdommer, sykdommer i skjelett- og muskelsystemet og øye- og øresykdommer. Mange av disse sykdommene har smerte som et dominerende symptom (Torvik & Bjæro, 2008b). De vanligste årsakene til kronisk smerte hos eldre er nevrologiske sykdommer, ulike typer kreft, ulykker, senfølger etter operasjon og smerte i muskel- og skjelettsystemet (Bjæro & Torvik, 2008a). De hyppigste smertelokalisasjonene er hender, knær, fotblad, ankel og rygg (Sandvik, 2011).

4.2.3 Smerteatferd hos demenssyke som mangler språk

Når evnen til verbal kommunikasjon svikter ved alvorlig demenssykdom vil smerte kunne komme til uttrykk gjennom atferd og kroppsspråk (Jenssen et al., 2013). Det er stor variasjon i uttrykket for smerte, og fra individ til individ. American Geriatrics Society (AGS) har

utarbeidet en oversikt over atferdsbaserte smerteindikatorer hos eldre med demens. Listen omfatter seks hovedkategorier av smerteatferd, der hver kategori er konkretisert med spesifikke atferdsytringer. Hovedkategoriene er ansiktsuttrykk, verbalisering, kroppsbevegelser, forandring i mellommenneskelig samhandling, forandring i aktivitetsmønster og rutiner, og forandring i mental status (AGS, gjengitt etter Bjøro & Torvik, 2008b, s. 189).

De vanligste observerbare uttrykksformene for smerte er forandring i ansiktsuttrykk som grimaser, kroppsbevegelser som beskyttelse av det affiserte området, samt verbalisering og vokalisering som gråting. Andre former for smerteatferd som er mer krevende å identifisere er forandring i mellommenneskelig samhandling ved for eksempel at personen motsetter seg omsorg, forandring i aktivitetsmønster og rutiner som ved endret matlyst og forandring i mentalstatus som ved økt forvirring og irritabilitet. De subtile endringene i atferd gjør det nødvendig å kjenne den enkelte personens vanlige atferdsmønster for å oppdage en mulig tilstedeværelse av smerte. Observasjon av atferdsytringer som indikasjon på smerte er utfordrende, spesielt fordi smerteatferd kan være forskjellig hos hvert enkelt person. Atferden som eldre med demens uttrykker kan i tillegg avvike fra atferden som observeres hos kognitivt intakte personer (Bjøro & Torvik, 2008b).

4.2.4 utfordringer ved smertekartlegging av sykehjemsbeboere med alvorlig demens

Målet med systematisk smertekartlegging er at den enkelte skal få individuell og optimal smertebehandling (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008). En bred smertekartlegging omfatter utredning av smertens mulige årsak og smertens lokalisasjon, intensitet, kvalitet og varighet (Bjøro & Torvik, 2008a; Torvik & Bjøro, 2008). Den viktigste indikatoren på smerte er det personen selv beskriver som smertefullt. Når personen ikke verbalt kan formidle smerte, er personens fysiologiske tegn og nonverbale atferd viktig å registrere (Berntzen et al., 2013). I Norge er det ikke utarbeidet retningslinjer for smertekartlegging av personer med demens, til tross for at det stilles krav om alternative løsninger for å kartlegge smerte (Torvik, 2013; Bjøro & Torvik, 2008b). AGS har utgitt mer omfattende retningslinjer for smertevurdering av personer med demens og svekket språkevne. Retningslinjene viser til ulike måter å kartlegge smerter på, der observasjon av atferd er en erstatning for selvrapporing, når det ikke lenger er mulig. De som ikke har evne til å formidle sin smerte verbalt, er avhengig av at sykepleier

og andre omsorgspersoner kan tolke deres verbale- og nonverbale uttrykk for smerte. AGS anbefaler å anvende et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy for systematisk vurdering av nonverbale uttrykk for smerte (Herr, Coyne, McCaffery, Manworren & Merkel, 2011; Sandvik & Husebø, 2011).

4.3 Kartleggingsverktøy

Den beste praksisen for smertekartlegging av personer som ikke kan selvrapporere smerte er observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy (Torvik, 2013). Forskning anbefaler CNPI, Doloplus-2 og MOBID-2, som er oversatt og utprøvd i norske sykehjem til personer med demens. Det er viktig at observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy kun brukes til personer som ikke er i stand til å selvrapporere smerte og kun som et supplement til klinisk vurdering (Torvik, 2013). Språkvansker fører til at sykepleier ikke får bekreftet eller avkreftet sin tolkning av observasjonene med beboeren (Jenssen et al., 2013). Ved å anvende et kartleggingsverktøy for registrering av atferd som kan indikere smerte blir tolkningen av den nonverbale uttrykksformen så objektiv og systematisk som mulig (Torvik, 2013). Anvendelse av et verktøy er en forutsetning for å kunne kontinuerlig kartlegge smerte hos beboerne, og bidrar til konsekvent registrering, avdekking av smerteproblem og god kommunikasjon om smerte og smertelindring på tvers av behandlingsskjeden (Bjørø & Torvik, 2008b).

4.3.1 Checklist of Nonverbal Pain Indicators

CNPI er et verktøy som i utgangspunktet er utviklet for å kartlegge postoperative akutte smerter etter lårhalsbrudd hos personer med språkmangel (Torvik, 2013). Skjemaet består av seks atferdsbaserte smerteindikatorer for å registrere smerteatferd. Verktøyet omfatter verbale klager og ikke-verbale uttrykk, ansiktsgrimaser, klamring, uro, massering eller gniing av det affiserte området og høylytte klager eller verbale uttrykk (Bjørø & Torvik, 2008b). Smerten vurderes både i hvile og i bevegelse, og på hvert av de seks punktene gis det skår, 1 for observert og 0 for ikke observert. Vurderingen resulterer i en poengsum fra 0-6 i henhold til hvile og bevegelse. Skårene blir til slutt lagt sammen, og resulterer i en sum på opp til 12 poeng (Galek & Gjertsen, 2011).

4.3.2 Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia pain scale

MOBID-2 er et kartleggingsverktøy utarbeidet av norske forskere, som tar utgangspunkt i at demenssyke personer med smerter lager lyder, skjærer ansiktsgrimaser og beskytter seg. Verktøyet er todelt og registrerer smerteatferd og smerteintensitet ved utførelse av systematiske guidede bevegelser av beboeren (Husebø, 2009). Del 1 fanger opp smerte fra muskulatur, ledd og skjelett og del 2 fanger opp smerte relatert til indre organer, hode og hud. Sykepleieren utfører en vurdering av beboerens respons på bevegelsene, som er kategorisert i smerterelatert atferd, som (A) lyder, (B) ansiktsuttrykk eller (C) avvergende reaksjoner. Atferden registreres og tolkes ut ifra Numeric Rating Scale (NRS), som er en skala med poeng fra 0-10, der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte. En kroppsskisse bidrar til at sykepleieren kan lokalisere observert smerte og vurdere smerteintensitet for hver lokalisasjon. Beboerens totale smerteintensitet blir til slutt vurdert på en egen NRS (Husebø, 2009; Sandvik & Husebø, 2011).

4.3.3 Doloplus-2

Doloplus-2 er et fransk kartleggingsverktøy for systematisk smertevurdering av kroniske smerter hos eldre med kognitiv svikt. Verktøyet omfatter somatiske plager, psykososiale reaksjoner og psykomotoriske endringer som indikatorer på smerte. Somatiske reaksjoner observeres via ansiktsuttrykk, klage på smerte, beskyttelse av smertefulle områder, smertelindrende hvilestillinger og forstyrret søvn. Psykomotoriske endringer observeres via nedsatt funksjon ved aktivitet i forbindelse med stell og forflytning. Psykososiale reaksjoner observeres via atferdsproblemer, endringer i kommunikasjon og sosial aktivitet (Bjørø & Torvik, 2008b; Songe-Møller et al., 2005). Sykepleieren skårer fra 0 til 3 på de punktene som er relevante for den enkelte. En skår på 0 indikerer at beboeren ikke viser tegn til den aktuelle atferden, mens en skår på 3 indikerer maksimalt nivå av atferden. Poengene summeres og kan gi en totalskår fra 0–30 (Galek & Gjertsen, 2011). Skår over 5 indikerer smerte som bør utredes videre (Songe-Møller et al., 2005).

5. Drøfting

For å fremme faglig reflektert og kritisk drøfting analyserer jeg teorien jeg har presentert opp mot empiri. Dette er for å sette det inn i en større sammenheng for å besvare problemstillingen (Dalland, 2014).

5.1 Sykepleierens kunnskap

Travelbee (1999) hevder at det viktigste for å utføre god sykepleie er at sykepleieren anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte og bruker seg selv terapeutisk. Det innebærer at sykepleieren må ha nødvendig kunnskap og innsikt for å identifisere og møte beboerens behov. Sykepleieren har ansvar for å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, som forutsetter at sykepleieren innretter seg etter sine faglige kvalifikasjoner, som presiseres i Helsepersonelloven (1999) § 4. I demensomsorgen er det i likhet med andre områder et kvalitetskrav at praksisen er kunnskapsbasert. Det omfatter at ”sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap” (Smebye, 2008; NSF, 2011, s. 7). Brukerkunnskap omfatter beboerens ønsker og behov i denne gitte situasjonen (NSF, 2008). Det er en utfordring å tilegne seg brukerkunnskap med hensyn til beboernes alvorlige kognitive svikt. Det stilles derfor større krav til sykepleieren om å ivareta beboernes autonomi og integritet (Brinchmann, 2013a). Til tross for krav om kunnskap viser studier at sykepleiere har mangelfull kunnskap om smertekartlegging, og verken kunnskap om eller kjennskap til observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy (Lillekroken & Slettebø, 2013; Jenssen et al., 2013). Dette samsvarer med min erfaring fra sykehjem, hvor smertekartleggingsverktøy ikke blir anvendt.

Forskning viser en konsensus på at god smertevurdering forutsetter gode fagkunnskaper (Jenssen et al., 2013; Lillekroken og Slettebø, 2013). Men det er ulike synspunkter på hva sykepleieren må ha kunnskap om for å kunne kartlegge smerte. Studiet av Jenssen et al., (2013) påpeker nødvendigheten av generell kunnskap om sykdommer, medisiner, demens og sykdommens utvikling, som forutsetning for å forstå beboerens signaler. Det er utfordrende å kartlegge smerte når sykepleier ikke har kunnskap om hva demenssykdommen i sin utvikling kan føre til og når sykepleier ikke kan skille mellom atferdsendringer som skyldes demensatferd og smerte (Lillekroken & Slettebø, 2013).

For å utøve faglig forsvarlig demensomsorg kreves det at sykepleieren har kunnskap om sykdommen og dens innvirkning på mennesket (NSF, 2008). Ved alvorlig demenssykdom kan beboere ha fremtredende APSD. Atferd som kan indikere smerte, kan samtidig være et vanlig symptom på den progredierende sykdommen (Rokstad, 2008b). Studien til Jenssen et al., (2013) viser at smerte som gir utslag i atferdsendringer, kan resultere i medisinerings av atferd og ikke av smerte. Årsaken til dette er at antipsykotiske legemidler blir gitt for å dempe APSD til beboere i sykehjem (Jenssen et al., 2013). Dette anser jeg viser til nødvendigheten av kunnskap om beboernes smerteuttrykk. Denne påstanden underbygges av Knudsen og Larsen (2010) som påpeker at det er nødvendig å ha kunnskap om smerte for å kunne skille demensatferd fra smerteatferd. At smerte er subjektivt, gjør at hvert enkelt individ opplever smerte forskjellig og har sitt unike smerteuttrykk, til forskjell fra andre (Stubhaug & Ljoså, 2008; Travelbee, 1999). Erfaringsmessig har jeg opplevd at uro, aggresjon og agitasjon resulterer i behandling med antipsykotiske legemidler. Dette er uttrykksformer som feiltolkes og som er et hyppig tegn på alvorlige smerter hos personer med demens (Jenssen et al., 2013; Ahn & Horgas, 2013).

Det er viktig å ha kunnskap om, og ta hensyn til beboernes høye alder og komorbiditet (Lillekroken & Slettebø, 2013). Informantene i studiet til Lillekroken og Slettebø (2013) angav beboernes høye alder som en årsak til hyppighet av smertefulle tilstander og samtidig en årsak til utfordringer med kartlegging av smerte. At Jenssen et al., (2013) påpeker at kunnskap er en forutsetning for å forstå beboernes signaler, viser til at konsekvenser ved manglende fagkunnskap kan være at smerte ikke oppdages eller feiltolkes. Sykepleieren har et yrkesetisk ansvar for å holde seg oppdatert på forskning og utvikling innen eget fagområde, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2011). Det er nødvendig at alle ansatte, inkludert ufaglærte har gode faglige kunnskaper slik at de er i stand til å videreformidle relevante opplysninger til sykepleieren (Jenssen et al., 2013). Sykepleieren har et yrkesetisk ansvar for å undervise og veilede medarbeidere. De har et ansvar for fagutvikling, men det forutsetter samtidig at ledelsen legger til rette for dette (Jenssen et al., 2013). Forskning viser at rammefaktorer som lav bemanning, ressursmangel og nedprioriteringer er en belastning for sykepleierne og medfører redusert kvalitet på utredning og diagnostikk av smerte (Jenssen et al., 2013; Torvik, 2013).

5.2 Betydningen av kjennskap til beboeren

Knudsen og Larsen (2010) påpeker at kartlegging av smerte forutsetter at sykepleieren har kunnskaper om relasjoners betydning og beboerens levde liv. Dette samsvarer med Travelbees (1999) grunntanke om at sykepleier må etablere et menneske-til-menneske-forhold for å nå mål og hensikten med pleien. I følge sykepleieteorien må sykepleier og beboer gjennom fire interaksjonsfaser, der de tre første fasene er en prosess som bidrar til at sykepleieren og beboeren blir kjent med hverandre. For å bli kjent må sykepleieren oppfatte, respondere på og respektere det unike ved beboeren. Det innebærer evnen til å oppfatte mennesket som skjuler seg under merkelappen ”pasient” (Travelbee, 1999). En rekke forutsetninger må være til stede for å etablere forholdet, deriblant at sykepleier og beboer må gå kronologisk gjennom fasene ettersom de tidligere fasene er en forutsetning for de senere fasene. Travelbee (1999) påpeker i tillegg at sykepleier og beboer må ha like erfaringer for at sykepleieren skal kunne oppleve empati. Dersom man tolker teorien ordrett er det urealistisk at sykepleieren kan ha empati med alle beboere og videre etablere sympati, fordi sykepleier og beboer som regel ikke har like erfaringer (Travelbee, 1999). Kirkevold (1992) hevder at det er manglende logisk struktur gjennom de fire fasene til Travelbee. Hun mener det ikke er logisk mulig at sympati er en etterfølger av empatisk erfaring, da det medfører at menneske-til-menneske-forholdet ikke vil kunne etableres dersom sykepleieren mangler lignende erfaringer. Kirkevold mener dette er urimelig når sympati klart avskilles fra empati ved å ikke være en fase i prosessen med å bli kjent med beboeren. Sympatifasen forklares derimot av Travelbee som en holdning og en måte å tilnærme seg beboeren på (Kirkevold, 1992).

Faglitteraturen tilsier at brukerkunnskap og brukermedvirkning forutsetter at sykepleieren har kjennskap til beboeren. Det er enklere for sykepleieren å forstå og tolke beboerens behov jo nærmere relasjonen mellom dem er (Smebye, 2008). Egen erfaring tilsier at det er en større utfordring å oppdage smerte hos beboere når en ikke er i daglig kontakt. Jenssen et al., (2013) påpeker at det er den daglige pleien med nærhet og kjennskap til beboeren som er grunnleggende for å kunne oppdage smerte. Det forutsetter kontinuitet blant personalet. Forskning viser at dette er en utfordring i sykehjem grunnet stor utskifting av ansatte (Jenssen et al., 2013). I følge Travelbee (1999) vil ikke sykepleieren kunne oppdage smerte, dersom hun ikke har innsikt i hvordan hver enkelt oppfører seg under påkjenninger. Å gjenkjenne smerteuttrykk handler derfor i stor grad om kjennskap til beboeren. Når sykepleieren kjenner beboeren vil hun lettere oppdage ikke bare innlysende forandringer, men også subtile endringer ved personens tilstand (Travelbee, 1999).

5.3 Kartlegging av smerte

Knudsen og Larsen (2010) påpeker nødvendigheten av ulike tilnæringsmåter for å avdekke smerte hos personer med demens og språkvansker. Studiet viser at prevalensen av smerte er høyere når en benytter flere tilnæringsmåter (Knudsen & Larsen, 2010). Den fjerde fasen i Travelbees (1999) sykepleieteori gjør sykepleieren i stand til å forstå beboeren, med et ønske om å hjelpe. I tillegg til et ønske om å hjelpe, må sykepleieren vite hva hun kan gjøre og ha kunnskaper og ferdigheter til dette (Travelbee, 1999). Det vil være nødvendig å tilegne seg kunnskap om beboerens sykehistorie, ettersom det kan gi en pekepinn om type smerte og lokalisasjon (Herr et al., 2011; Galek & Gjertsen, 2011). Det bør samtidig tas utgangspunkt i de smertetilstandene som hyppigst forekommer hos eldre, som plager i muskel- og skjelettsystemet og nevrologiske lidelser (Herr, 2011). Studien til Nygaard og Jarland (2005) viser at sykepleiernes oppfatning av smerteproblemer er assosiert med journalførte smerterelaterte diagnoser, som tyder på at sykepleiernes smertevurdering påvirkes av dokumenterte diagnoser. En utfordring ved dette er at smerterelaterte diagnoser er sjeldnere dokumentert hos beboere med svikt i språkevnen. Dette skyldes trolig underrapportering, i kombinasjon med sykepleiernes mangel på kunnskap om beboerens tilstand (Jenssen et al., 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013). Sykehjemsbeboere med alvorlig demenssykdom opplever like høy smerteintensitet, har like mange smertefulle tilstander og lokalisasjoner sammenlignet med personer med mild og moderat demenssykdom (Husebø et al., 2008).

5.3.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon er en forutsetning for å gi god demensomsorg (Wogn-Henriksen, 2008). Den kronisk progredierende sykdommen, det økende behovet for hjelp og svikt i evnen til verbal kommunikasjon, gjør det desto viktigere å fange opp hver enkeltes individuelle behov for sykepleie (Wogn-Henriksen, 2008). I Travelbees (1999) sykepleieteori er kommunikasjon et middel for å opprette et menneske-til-menneske-forhold. Perspektivet tilsier at kommunikasjon er et middel for å bli kjent med beboeren, forstå og møte hans behov for sykepleie på bakgrunn av sykepleierens fagkunnskaper (Eide & Eide, 2013). Sykepleieren må bruke seg selv terapeutisk ved å anvende kunnskap og sin egen personlighet bevisst og målrettet i interaksjon, i forsøk på å etablere et forhold til beboeren (Travelbee, 1999). I følge

Travelbee (1999) er det viktig å merke seg at det er mulig å være en god observatør uten å nødvendigvis være god i kommunikasjonsferdigheter, men at det er umulig å kommunisere meningsfylt og målrettet uten å være en dyktig observatør.

Det er viktig å merke seg at selv om Travelbee (1999) hevder at sykepleier kan være en god observatør uten å være god i kommunikasjonsferdigheter, tilsier det likevel ikke at sykepleieren kan gjennom kun observasjon kartlegge beboerens smerter. Dette underbygges av Lillekroken og Slettebø (2013) som hevder at en av årsakene til underbehandling av smerte hos personer med demens skyldes kommunikasjonssvikt. Dette kan være en indikasjon på at selv om en som sykepleier er god på observasjon, vil en være helt avhengig av sykepleierens evner til å ivareta en tilfredsstillende toveiskommunikasjon med personer med global afasi. Eide og Eide (2013) påpeker at global afasi medfører svikt i beboerens evne til å forstå og bli forstått. Nonverbale aspekter ved kommunikasjonen er ofte fortsatt funksjonelle og er derfor viktig å anvende i kommunikasjonssituasjonen (Wogn-Henriksen, 2008). Kommunikasjon er påvirket av sansene. Det er derfor viktig å sikre anvendelse av alle tilgjengelige hjelpemidler, som for eksempel briller og høreapparat. Nedsatt syn kan for eksempel føre til at beboeren ikke fanger opp nonverbale signaler fra sykepleieren (Wogn-Henriksen, 2008).

5.3.2 Observasjon av atferd

Sykepleiere er vant til å spørre om smerte er til stede, og mindre kjent med observasjon av atferd som tegn på smerte (Galek & Gjertsen, 2011). I følge Travelbee (1999) vil sykepleieren ikke observere sykdomstegn, men observere en syk person med symptomer på en bestemt sykdom, og som underbygger hans subjektive opplevelse. IASP påpeker at smerte er subjektivt og avhengig av personens emosjonelle og sensoriske opplevelse av smerte (Stubhaug & Ljoså, 2008). Personens kognitive opplevelse, vil samtidig ha betydning for hvordan personen opplever og tolker smerteopplevelsen. Når beboer selv ikke kan rapportere smerte, medfører det at sykepleierens opplevelse og erfaringer med smerte vil påvirke smertekartleggingen (Torvik, 2013). Forskning viser at leger og sykepleiere synes smertekartleggingsverktøy er nyttig, men bruker det i liten grad. Uten å anvende en form for systematisk kartlegging vil hver enkelt sykepleier kartlegge smerte på ulik måte. Sykepleier vil vektlegge ulike momenter avhengig av tidligere erfaringer sykepleieren har med beboere med smerte, egne opplevelser ved smerte og eget skjønn. Ved å bruke kartleggingsverktøy vil

sykepleier derfor i større grad få tak i beboerens subjektive smerteopplevelse (Torvik, 2013). Det er viktig å være bevisst på at smerte i seg selv ikke lar seg observere, det er kun virkning av den vi registrerer (Travelbee, 1999).

I følge Jenssen et al., (2013) blir ikke beboernes behov for smertelindring ivaretatt uten å gjøre faglige observasjoner. Sykepleieren må ha innsikt i hva og hvordan hun skal observere, og være i stand til å bedømme den relative betydningen av det hun har observert (Travelbee, 1999). Selv om både Jenssen et al., (2013) og Travelbee (1999) påpeker nødvendigheten av observasjon, nevner studie av Nygaard og Jarland (2006) og Galek og Gjertsen (2011) at vurdering av atferd samtidig har sine begrensninger ettersom det er lett å tolke atferd feil. Atferd sier generelt lite om smertens intensitet, lokalisasjon og karakter (Galek & Gjertsen, 2011). Demenssykdommens fremtredende APSD kan fremtre som delirium som kan skyldes en reaksjon på omgivelsene, søvnmangel eller infeksjon, men kan imidlertid også oppstå som en konsekvens av smerte (Rokstad, 2008b). Det kan derfor være vanskelig å skille uttrykkene fra hverandre (Jenssen et al., 2013).

Herr et al., (2011) anbefaler at sykepleiere anvender AGS sine smerteindikatorer i vurdering av atferdsytringer som indikasjon på smerte. Flere av de identifiserte smerteindikatorene er imidlertid diffuse og kan være symptom på et annet udekket behov (Bjoro & Torvik, 2008b). Smerteatferd som endring i mentalstatus og samhandling med andre mennesker, kan manifestere seg som økt forvirring, delirium, irritabilitet eller motstand i stellesituasjonen. Samtidig kan endring i vanlig aktivitetsmønster bety smerte, som for eksempel ved at beboeren har endret matlyst eller endret søvnmønster. Dette kan også være en forandring som en del av den progressive sykdommen eller et symptom på annen pågående somatisk sykdom (Bjoro & Torvik, 2008b; Jenssen et al., 2013). Spesielt ved subtile og uvanlige smerteindikatorer er det en forutsetning at sykepleieren har kjennskap til personens vanlige atferdsmønster for å kunne identifisere tilstedeværelse av smerte (Bjoro & Torvik, 2013).

Atferdsendringer, redusert motorisk funksjon, avtagende ansiktsmimikk og øyekontakt, som følge av den kognitive svikten, kan medføre færre observerbare smerteindikatorer, som vil føre til ytterligere utfordringer med å kartlegge smerte (Galek & Gjertsen, 2011; Corbett et al., 2012). Demenssykdommen kan resultere i at atferd som vanligvis assosieres med smerte, som beskyttende kroppsbevegelser, verbalisering eller ansiktsuttrykk er fraværende, og

erstattes med mer subtile indikatorer, som eneste indikasjon på smerte. En person kan også ha fravær av observerbare smerteindikatorer, og samtidig ha smerte (Bjørø & Torvik, 2008b).

5.4 Systematisk kartlegging

For å overkomme utfordringen med svikt i verbal kommunikasjon, er det utviklet mange observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy for vurdering av smerteatferd (Nygaard & Jarland, 2006). I Norge er det CNPI og Doloplus-2 som først ble oversatt til norsk og godkjent i norske sykehjem. For å fange opp svakheter ved disse ble det utviklet et nytt verktøy, MOBID-2 (Sandvik & Husebø, 2011). Verktøyene baserer seg på de atferdsbaserte smerteindikatorerne som er identifisert av AGS. Indikatorene til AGS kan anvendes som et utgangspunkt for å vurdere hvor omfattende de valgte kartleggingsverktøyene er. AGS presiserer at et verktøyet må være hensiktsmessig, gyldig og pålitelig til bruk (Herr et al., 2011).

5.4.1 CNPI

Studien av Nygaard og Jarland (2006) har undersøkt CNPI sin brukbarhet i praksis. Beboernes oppførsel ble vurdert under sengeleie, morgenstell og mobilisering. Studien viser at vurdering av smerte i hvile ikke er pålitelig, på grunn av lav frekvens av atferd i ro. Dette kan skyldes at smerte kan medføre passivitet. Verktøyet bidrar til å identifisere tilstedeværelse av smerte, men bidrar ikke til informasjon om intensitet eller lokalisasjon (Nygaard & Jarland, 2006; Bjørø & Torvik, 2008b). I studiet sammenlignes pårørendes vurdering av smerte hos beboere ved hjelp av visuell analog skala, opp mot sykepleiernes vurdering ved bruk av CNPI. Dette har bidratt til å konstatere gyldigheten av verktøyet på bakgrunn av korrelasjon mellom vurderingene (Nygaard & Jarland, 2006). En svakhet ved studien er at kun 25% av deltakerne ble ansett som ikke-kommunikative. Det er en begrensning i forhold til den egentlige målgruppen som har språkmangel (Herr, Bursch & Black, 2008). Studiet indikerer at CNPI har god evne til å skille personer som har smerte fra de som ikke har det. Verktøyet har en akseptabel pålitelighet og gyldighet, og vurderes som akseptabelt til bruk i norske sykehjem (Nygaard & Jarland, 2006). Samtidig viser studie av Songe-Møller et al., (2005) at det er behov for en mer detaljert vurdering av den norske versjonen av verktøyet.

Kartleggingsverktøyet har en god instruks for bruk, men mangler instruks for hvordan resultatene skal tolkes, og dermed anvendes i klinisk praksis (Songe-Møller et al., 2005).

CNPI omfatter seks atferdsytringer som vurderes i hvile og bevegelse. Verktøyet har en begrensning i utvalget av smerteatferd ved å dekke kun tre av de seks hovedkategoriene til AGS. Dette kan skyldes at verktøyet i utgangspunktet er utviklet for å kartlegge akutte postoperative smerter etter hoftebrudd (Bjæro & Torvik, 2008b; Torvik, 2013). Verktøyet inkluderer de mest forekommende smerteindikatorerne, som i følge Herr et al., (2008) kan ha en sammenheng med at disse er mer fremtredende ved akutt smerte hos eldre. Mindre vanlige smerteindikatorer som forandring i aktivitetsmønster, mental status og mellommenneskelig samhandling er ikke inkludert. At verktøyet kun har de smertespesifikke indikatorerne kan gjøre verktøyet mer klinisk gjennomførbart. Det fører til at verktøyet feiler mindre, men medfører en risiko for at smerte ikke blir identifisert hos personer med uvanlige smerteuttrykk (Bjæro & Torvik, 2008b; Songe-Møller et al., 2005).

5.4.2 Doloplus-2

Doloplus-2 er utprøvd i tre norske studier, som viser motstridende funn. Studien fra 2005 viser tilfredsstillende gyldighet, mens studien fra 2007 viser noe lavere gyldighet (Hølen et al., 2005; Hølen et al., 2007). Tredje studien utført i 2010 har ikke undersøkt gyldigheten, men viser at anvendelse av verktøyet fører til en signifikant økning av identifisering av smerte, fremfor subjektiv vurdering (Torvik et al., 2010). Resultatene fra studien av Hølen et al., (2005) viser at Doloplus-2 kan være et nyttig hjelpemiddel til kartlegging av kroniske smerter hos sykehjemsbeboere og er brukbar i klinisk praksis. Men det kan være vanskelig å tolke totalskåren på smerten. En skår på fem eller mer indikerer at beboeren kan ha smerte. Dersom skåret er mindre enn fem, påpekes det at sykepleier likevel ikke kan utelukke smerte (the Doloplus Group, gjengitt etter Bjæro & Torvik, 2008b, s. 192). Verktøyet viser likevel å ha god sensibilitet ettersom det har god evne til å skille personer som har smerte fra de som ikke har det (Lefebvre-Chapiro & the Doloplus Group, gjengitt etter Bjæro & Torvik, 2008b, s. 192).

Verktøyet består av ti smerteindikatorer, som vurderes ut fra somatiske-, psykososiale- og psykomotoriske reaksjoner. Verktøyet har et godt begrepsmessig grunnlag ved å inneholde

fem av seks hovedkategorier til AGS. Endring i mental status er ikke adressert (Herr et al., 2008). I følge Hølen et al., (2005) er enkelte av observasjonsområdene utfordrende å tolke spesifikt som smerteuttrykk, for eksempel psykososiale reaksjoner, som er flertydig. Ved å ha et dekket utvalg av mulig smerteatferd vil verktøyet være sensitivt med større sannsynlighet for å oppdage smerte. Samtidig vil det medføre en risiko for feilaktig smertevurdering, ved at det vil være en sjanse for å identifisere smerte, som egentlig skyldes et annet udekket behov (Bjoro & Torvik, 2008b). Songe-Møller et al., (2005) påpeker at et falskt positivt svar er å foretrekke fremfor et falskt negativt svar. Beboeren vil ha lite å tape på en videre klinisk utredning, i motsetning til om smerten går uopdaget (Songe-Møller et al., 2005).

5.4.3 MOBID-2

MOBID-2 er testet i tre norske studier, blant beboere med ulik grad av demenssykdom og type smerte (Husebø et al., 2007; Husebø, Strand, Moe-Nilssen, Husebø & Ljunggren, 2010; Husebø, Strand, Moe-Nilssen, Husebø & Ljunggren, 2009). På bakgrunn av studiene konkluderes MOBID-2 smerteskala for å vise høy gyldighet, pålitelighet og klinisk gjennomførbarhet i praksis (Husebø, 2009). En svakhet ved forskningslitteraturen til dette verktøyet er at Husebø, som har deltatt i utvikling av verktøyet har samtidig bidratt i gyldigheten av verktøyet. Dette kan ha en negativ innvirkning på objektiviteten av verktøyets utvikling og gyldighet. Minimalt med forskning fra utlandet viser til utprøving av MOBID-2, kun MOBID del en. Årsaken til dette kan være at verktøyet først besto av kun en del, og har senere blitt videreutviklet til å vurdere flere aspekter ved smerte (Husebø, 2009).

Verktøyet kartlegger om smerte er til stede, samt et estimat på smerteintensitet og lokalisasjon (Husebø, 2009). Studiet av Husebø et al., (2007) viser at ved å anvende kartleggingsverktøyet under morgenstell, blir det avdekket betydelig mer smerte. Videre viser studiet at smerteintensiteten er høyere korrelert med antall observerte smerteindikatorer (Husebø et al., 2007). Men det er uklart hvordan smerteatferd vurderes og omsettes til antatt smerteintensitet (Herr et al., 2008). Ved praktisk bruk er det en utfordring å tolke smerteintensiteten, ettersom sykepleier kun vil observere smertens innvirkning på beboeren. Vurderingen vil derfor ofte ikke samsvare med beboerens egen opplevelse av smerteintensitet (Sandvik & Husebø, 2011; Bjoro & Torvik, 2008b).

MOBID-2 er et todelt verktøy, som baserer seg på at mennesker som får vondt lager lyd, skjærer ansiktsgrimaser og beskytter seg. Del en vurderer smerte fra muskel- og skjelettsystemet og del to vurderer smerte fra indre organer, hode og hud. Sykepleieren skal fange opp smertereaksjoner ved utførelsen av ti systematiske guidede bevegelser (Husebø, 2009). Skjemaet observerer de vanligste nonverbale uttrykksformene for smerte, og dekker dermed kun tre av de seks hovedkategoriene til AGS. Ved at verktøyet utfører systematisk guidede bevegelser av de tre vanligste typene, utføres en bredere kartlegging ved registrering av smerteatferd og –intensitet ved mobilisering. Gjennom guidede bevegelser vil forandring i mellommenneskelig atferd ved for eksempel å motsette seg omsorg kunne observeres. Forskning viste at det er nyttig å bruke dette instrumentet til smertevurdering, særlig med tanke på smerteintensitet (Husebø et al., 2009).

Forskningen viser at smerter som ikke er relatert til muskel- og skjelettsystemet forekommer hyppig, men er vanskelig å vurdere. Ved anvendelse av verktøyet viste 81% av tilfellene å skyldes smerte i muskel- og skjelettsystemet, ved mobilisering av ben og armer. Smerter i bekken og kjønnsorganer var hyppigst ved observasjon av smerte fra indre organer (Husebø et al., 2010). Det er vesentlig at smerte i muskel- og skjelettsystemet blir kartlagt i bevegelse, ettersom en automatisk vil holde en vond kroppsdel i ro for å hindre smertestimulering (Galek & Gjertsen, 2011). Utførelsen av de guidede bevegelsene vil samtidig bidra til å identifisere smertens lokalisasjon, samt gi en god indikator for smerteintensitet i muskel- og skjelettsystemet (Husebø et al., 2009).

MOBID-2 kan være en utfordring å bruke dersom det er vanskelig å få til et samarbeid med beboeren ved gjennomføring av de guidede bevegelsene. Ved utførelsen av bevegelsene skal sykepleieren observere kroppsbevegelser som avverging eller beskyttende kroppsbevegelser. Dette vil for eksempel innebære at beboeren trekker armen til seg når sykepleieren forsøker å strekke ut armen til beboeren. Avverging i denne situasjonen kan skyldes smerte, men kan også skyldes at personen ikke forstår hva som foregår eller blir redd (Torvik, 2013). Ettersom smertevurdering utføres under morgenstell ved MOBID-2 medfører det en risiko for at smerte som utløses ved andre aktiviteter eller på andre tidspunkt ikke blir kartlagt (Achterberg et al., 2013).

5.4.4 Problematisering av kartleggingsverktøyene

Torvik (2013) gir ingen anbefaling på hvilket verktøy som er best å anvende i praksis, grunnet verktøyenes ulikheter. Hun anbefaler å anvende Doloplus-2 eller MOBID-2 ved vurdering av langvarig smerte. Hvilket verktøy som anvendes avhenger av beboeren som skal kartlegges. Dersom det er vanskelig å etablere et samarbeid med beboeren, kan det være hensiktsmessig å anvende Doloplus-2, der observasjonene utføres i naturlige situasjoner, som under mobilisering i dagligstuen (Torvik, 2013). MOBID-2 vil gi bedre informasjon om muskel- og skjelettsmerter på grunn av de systematiske guidede bevegelsene (Galek & Gjertsen, 2011). Det forutsetter derimot at beboeren vil samarbeide i gjennomførelsen. CNPI vil være aktuell å anvende for å kartlegge akutt smerte, spesielt på postoperative avdelinger (Torvik, 2013). De fleste systematiske oversiktsartikler konkluderer med at de eksisterende observasjonsbaserte kartleggingsverktøyene har en begrenset klinisk anvendbarhet ved alvorlig demens (Herr et al., 2008; Hadjistavropoulos et al., 2007). Til tross for at det er betydelig rom for forbedringer, er det fortsatt anbefalt å anvende tilgjengelige verktøy (Ahn & Horgas, 2013). Ved anvendelse av et standardisert kartleggingsverktøy øker bevisstheten på hvilken atferd som skal observeres og økt refleksjon rundt smerteproblematikken, samt sensitiviteten hos sykepleieren overfor smerte (Hadjistavropoulos et al., 2007; Galek & Gjertsen, 2011).

Ved de eksisterende verktøyene er det mange svakheter. Skillet mellom akutt og kronisk smerte i det enkelte verktøyet blir ikke vurdert, verktøyene vurderer ikke smerte i flere situasjoner der smerte kan oppstå, som for eksempel i hvile, under dag-til-dag-aktiviteter, og i løpet av guidede bevegelser og det er uklart om ulike typer smerte kan identifiseres (Achterberg et al., 2013). Herr et al., (2008) påpeker at verktøyene ikke pålitelig kan skille mellom mild, moderat og alvorlig smerte eller vurdere smertens alvorlighetsgrad på en skala fra 0-10. Det er krevende å realisere et verktøy med høy sensibilitet og høy spesifisitet, grunnet at smerteuttrykk er så forskjellig fra person til person (Bjørø & Torvik, 2008b). Det viser til nødvendigheten av etablering av et menneske-til-menneske-forhold, for at sykepleier skal være i bedre stand til å oppdage endringer og mulig smerte hos hver enkelt beboer (Travelbee, 1999). Det er samtidig nødvendig å supplere kartleggingsverktøy med vurdering i henhold til kliniske observasjoner og tegn (Torvik, 2013). I følge Torvik (2013) er smertekartleggingsverktøyene testet ut ved å måle smerteadferd på gruppenivå, men beboere med alvorlig demenssykdom og språkmangel er ikke en homogen gruppe og kan ha ulike måter å uttrykke smerte på.

”Systematisk smertevurdering vil fremme kvalitet i demensomsorgen og faglig forsvarlig praksis” (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31). Det er behov for felles retningslinjer og prosedyrer. For beboere uten kjente smerterelaterte diagnoser er det anbefalt regelmessig smertevurdering to ganger i året. Beboere med smerterelaterte diagnoser må følges opp oftere, både før iverksetting av smertebehandling og regelmessig under behandling for å være i stand til å oppdage smertepåvirkning (Sandvik & Husebø, 2014). Samtidig er smerterelaterte diagnoser sjeldnere dokumentert hos personer med svikt i språkevnen (Jenssen et al., 2013). I henhold til dette er min mening at det kan tyde på behov for hyppigere smertevurdering enn kun to ganger i året.

Kvaliteten på kartleggingen vil avhenge av sykepleierens kompetanse (Larsen & Knudsen, 2013). Nygaard og Jarland (2006) påpeker at en forutsetning for smertevurdering er felles forståelse av beboernes nonverbale uttrykk. Fag og forskning viser til nødvendigheten av at kartleggingsverktøy, og oppfølging av smerteproblematikk bør implementeres som en del av kravene som stilles til tjenesten (Torvik & Bjøro, 2009; Larsen & Knudsen, 2013). Mangelen på verktøy, prosedyrer og rutiner medfører at hver enkelt ansatt sin vurdering avhenger av deres individuelle erfaringer, kunnskap og holdninger til smerte og kartlegging (Larsen & Knudsen, 2013). Det er behov for å vektlegge systematisk bruk av smertekartlegging i opplæring av sykepleiere, som må foregå med jevne mellomrom (Torvik, 2013). Ved å sikre felles systemer hvor flere tilnæringsmåter i kartlegging, vurdering, oppfølging og dokumentasjon av smerte inngår, vil det bidra til bedre kvalitet og mer systematisk vurdering av smerte (Larsen & Knudsen, 2013). Lillekroken og Slettebø (2013) viser på en annen side at smertekartlegging krever tid til å bli kjent med beboeren og tid til å reflektere sammen med ansatte til å foreta nøyaktig og sikker smertevurdering. Forskning viser at mangel på tid og tjenestens organisering er av betydning i denne sammenhengen. Dette er rammefaktorer som forskning viser er en barriere, og som påvirker sykepleierens prioriteringer og arbeidsoppgaver (Slettebø et al., 2010).

5.5 Holdninger

I tillegg til kunnskap og ferdigheter, forutsetter god sykepleie visse holdninger (Brinchmann, 2013b). Nygaard og Jarland (2006) påpeker at personalets holdninger er en årsak til utfordringer med å kartlegge smerte. Sykepleierens holdninger kommer til uttrykk gjennom

sykepleierens oppfatninger, meningsytringer og handlinger (Simonsen, 2008). Dette viser til viktigheten av å være bevisst på sine holdninger, da det vil ha innvirkning på kvaliteten på sykepleien som gis. Torvik (2013) beskriver at de aller fleste ønsket å vurdere beboernes smerte for å bedre smertebehandlingen. Dette viser at de ansatte ønsket å gjøre det beste for sine beboere, noe som er et godt utgangspunkt for å kunne heve kvaliteten (Torvik, 2013).

Sykepleierens holdninger til demens er relevant for måten personer med demens blir møtt på og i vurdering av smerte (Rokstad, 2008a). Sykepleiere er som andre individer preget av samfunnets oppfatning og holdning overfor personer med demens. De vil i tillegg være preget av sitt fagfelts beskrivelse og vinkling av demenssykdom og sykehjemsbeboere (Rokstad, 2008a). Travelbee (1999) påpeker at enkelte sykepleiere er ”tegn- og symptomorienterte”, som konsekvens av utdanningens vektlegging. Helsepersonell forstår smerte i større grad ut fra sykdom og tilstand, mens eldre forstår smerte mer allment og ut ifra sitt levde liv (Knudsen & Larsen, 2010). Nygaard og Jarland (2005) påpeker at beboere ikke nødvendigvis assosierer smerte med diagnose, mens helsepersonell vurderer smerte ut ifra om beboere har smertefulle diagnoser. Dersom observasjon av tegn og konstatering av symptomer er det eneste formålet med interaksjon, vil det hindre etableringen av et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999). Etablering av forholdet forutsetter at sykepleieren reagerer på den andres ”menneskelighet” (Kirkevold, 1992). Holdninger som bærer preg av den dementofobe holdningen, tilsier et syn på personer med demens som ”uten sjel” og sikter til oppfattelsen av at de rammede er uten menneskelige følelser. Det er nødvendig at sykepleieren er bevisst på at slike holdninger forekommer i samfunnet, og bevisst tar avstand (Rokstad, 2008a). Erfaringsmessig har jeg flere ganger hørt personer bruke uttrykket ”grønnsak” som beskrivelse av en alvorlig demenssyk person.

Når smerteatferd skal gjenkjennes og tolkes er sykepleierens forståelse og holdning avgjørende. Sykepleieren vil tolke beboerens atferd ut ifra sin egen erfaring og sitt eget skjønn (Berntzen et al., 2013). Det er viktig at sykepleieren er bevisst på at beboeren vil oppleve og respondere på smerte avhengig av tidligere erfaringer og sitt levde liv. Sykepleieren må være klar over disse forholdene, for å unngå å handle som om ens egne oppfatninger er mer objektiv, og dermed mer pålitelig enn beboerens opplevelse av sin smerte. Dersom sykepleieren anvender egen oppfatning og erfaringer av smerte som en norm som beboerens opplevelse vurderes opp mot, i stede for å tillate beboeren å oppleve smerten slik han faktisk gjør og akseptere det, kan det føre til at smerten feiltolkes eller ikke oppdages i det heletatt (Berntzen et al., 2013).

Det er viktig å unngå ensidig vektlegging av svikt hos personer med demens, til å i større grad vektlegge opplevelsesaspektene hos den enkelte som rammes, også til tross for språkmangel (Rokstad, 2008a). En god holdning vil innebære at sykepleieren kjenner til de forandringene demenssykdommen innebærer og samtidig erkjenner den enkelte beboerens ubegrensede verdi (Wogn-Henriksen, 2008). Det omhandler å vise respekt, empati og en positiv holdning til beboeren sykepleieren kommuniserer med. Empati er hovedverktøyet for å forstå den andre, og innebærer en imøtekommenhet og vilje til å fornemme den andres opplevelser, som realiseres gjennom etablering av menneske-til-menneske-forholdet (Wogn-Henriksen, 2008; Travelbee, 1999). For å være i stand til empati, må sykepleieren sitte med en holdning med vennlighet, åpenhet og undring, og uten å møte beboeren med sensur, moral og vurdering. Det er en motivert og villet handling, som forutsetter at sykepleieren er oppmerksomt til stede og har nærhet til egne følelser (Wogn-Henriksen, 2008).

Sykepleieprofesjonens handlinger og holdninger vil samtidig bli styrt av deres etiske kunnskap, som består av sykepleiefagets verdigrunnlag. Yrkesetiske retningslinjer presiserer normene for etisk forsvarlig holdning og handling for sykepleiere. ”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet”, samt ”bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene” (NSF, 2011, s. 7). Dette er retningslinjer som utgjør utøvelsens normative basis for hvordan sykepleier bør bedømme situasjoner og dermed handler moralsk riktig (NSF, 2008).

6. Konklusjon

Forskning viser en konsensus i behov for bedre smertekartlegging av personer med demens.

Denne oppgaven har derfor basert seg på problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier kartlegge smerte hos sykehjemsbeboere med en alvorlig grad av demenssykdom?*

Gjennom relevant teori og forskning har jeg søkt å belyse problemstillingen for å komme frem til en konklusjon.

At kommunikasjonsvikt er en barriere for å kartlegge smerte viser til nødvendigheten av at sykepleieren innehar kommunikasjonsferdigheter, for å ivareta de nonverbale aspektene ved kommunikasjonen. Det forutsetter samtidig at sykepleieren er i stand til å observere og tolke beboerens nonverbale uttrykk for smerte. Ved at sykepleieren har kjennskap til beboeren, hans normale atferd og uttrykksform, vil sykepleieren være i bedre stand til å oppdage endringer som kan indikere at beboeren er smertepåvirket. For å kunne skille atferd og kartlegge smerte er det samtidig en forutsetning at sykepleieren innehar kunnskap om forskning, erfaringsbasert kunnskap, etisk kunnskap og så langt det lar seg gjøre, brukerkunnskap. Det er behov for fagspesifikk kunnskap om generelle sykdommer, demens og sykdommens utvikling, komorbiditet, medisinerings, smerte og smertekartlegging, samt relasjoners betydning.

Da sykepleieren vil vektlegge ulike momenter avhengig av tidligere erfaringer sykepleieren har med beboere med smerte, egne smerteopplevelser og eget skjønn, viser det til nødvendigheten av å anvende et observasjonsbasert kartleggingsverktøy. Sykepleieren vil på den måten i større grad få tak i beboerens subjektive smerteopplevelse og en mer helhetlig vurdering. Fag- og forskning viser en konsensus på at sykepleier må være oppmerksom på de seks hovedkategoriene for smerterelatert atferd. Samtidig har vurdering av atferd sine begrensninger ettersom det sier lite om smertens intensitet, lokalisasjon og karakter, samt at det er lett å tolke atferd feil. Det viser til nødvendigheten av å supplere ulike tilnæringsmåter, for eksempel ved å utføre systematisk kartlegging ved anvendelse av et verktøy, i kombinasjon med vurdering av kliniske observasjoner og tegn. Forskning viser at verken CNPI, Doloplus-2 eller MOBID-2 kan utpekes som best anvendbar i praksis, grunnet verktøyenes ulike svakheter. Til tross for dette anbefales det at sykepleieren anvender et av verktøyene, fremfor subjektiv vurdering. Oppgaven konkluderes derfor med at for at sykepleier skal kunne kartlegge smerte hos sykehjemsbeboere med en alvorlig grad av

demenssykdom er det nødvendig å utføre systematisk kartlegging med observasjonsbasert kartleggingsverktøy. Det er viktig å påpeke at uten kunnskap, daglig nærhet, kommunikasjon, observasjon og kjennskap til beboeren vil det ikke alltid være tilstrekkelig grunnlag for å kartlegge smerte.

Referanseliste

- Achterberg, W. P., Pieper, M. J., van Dalen-Kok, A. H., de Waal, M. W., Husebø, B. S., Lautenbacher, S., Kunz, M., Scherder, E. J., & Corbett, A. (2013). Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging*, 2013(8), 1471-1482. doi: 10.2147/CIA.S36739
- Ahn, A., & Horgas, A. (2013). The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home residents with dementia. *BMC Geriatrics*, 13(14). doi: 10.1186/1471-2318-13-14
- Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka: lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Aldring og helse
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2013). Sykepleie ved smerte. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 355-395). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bjørø, K., & Torvik, K. (2008a). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 333-348). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bjørø, K., & Torvik, K. (2008b). Smertekartlegging og –behandling hos eldre mennesker med demens. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 182-201). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brinchmann, B. S. (2013a). De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brinchmann, B. S. (2013b). Dyddsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 135-150). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Corbett, A., Husebø, B., Malcangio, M., Staniland, A., Cohen-Mansfield, J., Aarsland, D., & Ballard, C. (2012). Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nat Rev Neurol*, 8(5), 264-74. doi: 10.1038/nrneurol.2012.53.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H., & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Galek, J., & Gjertsen, M. (2011). Personer med demens får bedre smertebehandling. *Sykepleien*, 99(13), 62-64. doi: 10.4220/sykepleiens.2011.0194
- Gjerstad, L., Fladby, T., & Andersson, S. (2013). *Demenssykdommer. Årsak, diagnostikk og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Turk, D., Fine, P., Dworkin, R., Helme, R., Jackson, K., Parmelee, P. A., Rudy, T. E., Lynn, B. B., Chibnall, J. T., Craig, K. D., Ferrell, B., Ferrell, B., Fillingim, R. B., Gagliese, L., Gallagher, R., Gibson, S. J., Harrison, E. L., Katz, B., Keefe, F. J., Lieber, S. J., Lussier, D., Schmader, K. E., Tait, R. C., Weiner, D. K., & Williams, J. (2007). An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clinical Journal Of Pain*, 23(1), 1-43. doi: 10.1097/AJP.0b013e31802be869
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Hentet 12.04.16 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet 31.03.16 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Herr, K., Bursch, H., & Black, B. (2008). State of the Art Review of Tools for Assessment of Pain in Nonverbal Older Adults. Hentet 02.04.16 fra <http://prc.coh.org/PAIN-NOA.htm>

- Herr, K. (2011). Pain assessment strategies in older patients. *Journal Of Pain*, 12(3), 3-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2010.11.011>
- Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S. (2011). Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230-250. doi: 10.1016/j.pmn.2011.10.002
- Husebø, B. S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 129(19), 1996-1998. doi: 10.4045/tidsskr.08.0660.
- Husebø, B., Strand, L., Moe-Nilssen, R., BorgeHusebø, S., Aarsland, D., & Ljunggren, A. (2008). Who suffers most? Dementia and pain in nursing home patients: a cross-sectional study. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 9(6), 427-433. doi: 10.1016/j.jamda.2008.03.001.
- Husebø, B., Strand, L., Moe-Nilssen, R., Husebø, S., & Ljunggren, A. (2009). Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 23(1), 180-189. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00606.x
- Husebø, B., Strand, L., Moe-Nilssen, R., Husebø, S., Snow, A., & Ljunggren, A. (2007). Mobilization-observation-behavior-intensity-dementia pain scale (MOBID): development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. *Journal Of Pain & Symptom Management*, 34(1), 67-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.10.016>
- Husebø, B., Strand, L., Moe-Nilssen, R., Husebø, S., & Ljunggren, A. (2010). 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 Sciences*, 24(2), 380-391. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x

- Hølen, J. C., Saltvedt, I., Fayers, P. M., Hjermsstad, M. J., Loge, J. H., & Kaasa, S. (2007). Doloplus-2, a valid tool for behavioural pain assessment? *BMC Geriatr*, 7(29). doi: 10.1186/1471-2318-7-29
- Hølen, J., Saltvedt, I., Fayers, P., Bjørnnes, M., Stenseth, G., Hval, B., & Kaasa, S. (2005). The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. *Palliative Medicine*, 19(5), 411-417. doi: 10.1191/0269216305pm1031oa
- International Association for the Study of Pain. (2012). *IASP Taxonomy*. Hentet 04.04.16 fra <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>
- Jenssen, G.-M., Tingvoll, W.-A., & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk Sykepleie*, 5(3), 26-34. Hentet 12.04.16 fra https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3_vitensk._artikkel_smertebehandling_2406.pdf
- Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal
- Knudsen, L. B., & Larsen, T. A. (2010). Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter - en litteraturgjennomgang. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 6(2), 29-48. doi: <http://dx.doi.org/10.7557/14.1183>
- Kongsgaard, U. E., Wyller, T. B., & Breivik, H. (2008). Eldre trenger bedre smertebehandling. *Tidsskr Nor Legeforen*, 128(5), 590-591. Hentet 31.03.16 fra <http://tidsskriftet.no/article/1662467>
- Larsen, T. A., & Knudsen, L. B. (2013). Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 3(4), 287-99. Hentet 12.04.16 fra https://www.idunn.no/nsf/2013/04/systemer_for_aa_avdekke_smertehos_eldre_personer_iutviklin

Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 33(3), 29-33. doi: 10.1177/010740831303300307

Meld. St. 47. (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen*. Hentet 12.04.16 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Norsk Sykepleierforbund. (2008). *Sykepleie- et selvstendig og allsidig fag*. Hentet 07.04.16 fra <https://www.nsf.no/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf>

Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere. Hentet 31.03.16 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nygaard, H. A., & Jarland, M. (2005). Kroniske smerter hos sykehjemspasienter - selvrappotering og sykepleiers vurdering. *Tidsskrift for Den Norske Legerforening*, 125(10), 1349-1351. Hentet 31.03.16 fra <http://tidsskriftet.no/article/1192477>

Nygaard, H., & Jarland, M. (2006). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes. *Age & Ageing*, 35(1), 79-81. doi: 10.1093/ageing/afj008

Regjeringen. (2015). *Demensplan 2020*. Hentet 12.04.16 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/demensplan-2020/id2465681/>

Rokstad, A. M. M. (2008a). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red)., *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 60-84). Oslo: Akribe

Rokstad, A. M. M. (2008b). Utfordrende atferd. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red)., *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 180-204). Oslo: Akribe

- Sandvik, R. K. (2011). Smertevurdering ved kognitiv svikt. *Kreftsykepleie*, 27(3). Hentet 12.04.16 fra https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/smertevurdering_ved_kognitiv_svikt_7303.pdf
- Sandvik, R. K., & Husebø, B. S. (2011). Måler smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, 99(11), 62-64. doi: 10.4220/sykepleiens.2011.0162
- Sandvik, R. K., & Husebø, B. S. (2014). Smertevurdering hos pasienter med demens. *Kreftsykepleie*, 30(3). Hentet 11.04.16 fra http://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/kreft_0314.pdf#Page=10
- Simonsen, N. (2008). Demens - En bedre hverdag. *Fagforbundet*. Hentet 31.03.16 fra <http://www.fagforbundet.no/sok/?q=Demens+%96+En+bedre+hverdag>
- Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M., & Nortvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(3), 533-540. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00745.x
- Smebye, K. L. (2008). Å møte personer med demens. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 13-24). Oslo: Akribes
- Songe-Møller, S., Saltvedt, I., Hølen, J. C., Loge, J. H., & Kaasa, S. (2005). Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 125(13-14), 1838-1840. Hentet 31.03.16 fra <http://tidsskriftet.no/article/1223493>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikke glemt!: om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens* (IS-1486). Hentet 12.04.16 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/ShDir_DemensRapport_KORR4.pdf

- Stubhaug, A., & Ljoså, T. M. (2008). Hva er smerte? I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 22-46). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thidemann, J.-I. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Torvik, K. (2013). *Smertelindring til pasienter og brukere av sykehjem og hjemmebaserte tjenester i Midt-Norge* (2/2013). Hentet 12.03.16 fra http://omsorgsforskning-midt.no/wp-content/uploads/2013/10/Rapport_2-2013.pdf
- Torvik, K., & Bjørø, K. (2008). Smerter hos eldre. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 105-127). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ø., Saltvedt, I., Hølen, J. C., Fayers, P., & Rustøen, T. (2010). Validation of Doloplus-2 among nonverbal nursing home patients-an evaluation of Doloplus-2 in a clinical setting. *BMC Geriatr*, 10(9). doi: 10.1186/1471-2318-10-9.
- Torvik, K., Skaugen, M., & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. Bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 51-74). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 87-112). Oslo: Akribe
- World Health Organization. (2015). *Dementia*. Hentet 31.03.16 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>