



LOVISENBERG
DIAKONALE HØGSKOLE



Smertekartlegging av sykehjemsbeboere med demens

Kandidatnummer: 522
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave i
sykepleie

Antall ord: 9141
Dato: 22.04.2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høskole Dato 22.04.2019
Tittel: Smertekartlegging av sykehjemsbeboere med demens	
<p><u>Problemstilling</u> <i>”Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos beboere med demens på sykehjem?”</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Oppgavens teoretiske kunnskapsgrunnlag bygger på sykepleierfaglig kunnskapsgrunnlag som inneholder definisjon og redegjørelse av demens, kommunikasjon, smerter generelt og hos denne pasientgruppen, arbeidsdagen på et sykehjem, samt ulike smertekartleggingsverktøy. Den sykepleierfaglig referanseramme går inn på sykepleierens funksjons- og ansvarsområder, etiske og juridiske føringer.</p> <p><u>Metode</u> Litteraturstudie hvor eksisterende fag og forskningslitteratur, samt egne kliniske erfaringer skal bidra med å belyse valgt problemstilling. Artikkelsøk er gjort i databasene Cinahl og Swemed+.</p> <p><u>Drøfting</u> Sentrale funn fra forskning blir sett i sammenheng med teori og egne kliniske erfaringer for å kunne se hvordan sykepleier kan kartlegge smerter hos sykehjemsbeboere med demens. Det drøftes rundt sykepleiers kompetanse, viktigheten av tverrfaglig samarbeid, pårørendes rolle, sykepleierens observasjoner og smertekartleggingsverktøy som kan anvendes på personer med demens.</p> <p><u>Konklusjon</u> Det er en komplisert prosess å kartlegge smerter hos personer med demens. Det er mye som må være på plass. Kunnskap, opplæring og kompetanseoppbygging blant ansatte, tverrfaglig samarbeid er en sentral del av det å jobbe på et sykehjem. For å få god kontinuitet på smertekartlegging må det dokumenteres godt, i tillegg må det utarbeides felles retningslinjer for mer systematisk kartlegging. God kjennskap til beboer og godt samarbeid med de pårørende viser seg også å være avgjørende for god smertebehandling. Observasjonsverktøyet MOBID-2 viser seg å være godt egnet. NRS kan være et alternativ hos personer med moderat grad av demens hvor språkfunksjonen fortsatt er intakt.</p>	

(Totalt antall ord: 238)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	4
1.1 Presentasjon av problemstilling	4
1.2 Avgrensninger og begrepsavklaringer	5
1.3 Oppgavens oppbygging	6
2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag	6
2.1 Sykepleierfaglig kunnskapsgrunnlag - Demens	7
2.1.1 Kognitiv svikt ved demens	7
2.1.2 Samhandling og kommunikasjon med mennesker rammet av demens	8
2.1.3 Smerter	8
2.1.4 Smerter hos eldre personer med demens	9
2.1.5 Konsekvenser av mangelfull smertelindring	10
2.1.6 Kartlegging og vurdering av smerter	10
2.1.7 Arbeidsdagen på et sykehjem	12
2.2 Sykepleierfaglig referanseramme	13
2.2.1 Sykepleierens funksjons- og ansvarsområder	13
2.2.2 Ethiske føringer	14
2.2.3 Juridiske føringer	15
3. Metode	15
3.1 Den litterære oppgaven	16
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
3.3 Databaser	16
3.4 Søkestrategier	16
3.5 Kildekritikk og etisk vurdering	18
4. Presentasjon av forskningsresultater	19
5. Diskusjon	21
5.1 Sykepleiers kompetanse	22
5.2 Tverrfaglig samarbeid	24
5.3 Pårørendes rolle	25
5.4 Kommunikasjon med beboer med demens	26
5.5 Kartlegging av smerter hos beboer med demens	27
6. Avslutning	30
Referanseliste	33
Vedlegg 1	37

1. Innledning

Oppgavens tema er demens og smertekartlegging. Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. Formene for demens betegnes etter årsaken til sykdommer og skadene som gir symptomer. I Norge i dag er det rundt 71 000 personer som lider av en demenssykdom. I tillegg regnes det med at 10 000 får denne sykdommen hvert år. Risikoen for å få demenssykdommen øker med stigende alder (Skovdal & Berentsen, 2014), og i norske sykehjem har over 80% av beboerne en demensdiagnose (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s.7).

Smerte er et av de vanligste helseproblemene hos eldre (Torvik & Bjøro, 2014). Det antas at 60-80% av sykehjemsbeboere har smerter (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013). Undersøkelser viser at mange ikke får god nok smertebehandling. Dette gjelder spesielt for eldre med kognitiv svikt (Torvik & Bjøro, 2014). Dette støttes av forskning som viser at personer med demens får mindre smertelindring enn kognitiv friske pasienter (Jenssen et al., 2013). Noe av forklaringen på dette kan være at det er svært utfordrende med smertekartlegging hos denne pasientgruppen. De kan ha problemer med å uttrykke smerte verbalt, da evnen til språklig kommunikasjon svekkes i tråd med at tilstanden utvikler seg (Torvik & Bjøro, 2014).

Tjenestetilbudet i sykehjem har vært kritisert i gjentatte avisoppslag. Særlig overmedisinering er et tema som det har vært skrevet om. I artikkelen med overskriften "*Tvangsmedisineres og dør alene*" kom det frem i en undersøkelse gjort av NRK at over 40 prosent av de spurte sykepleierne opplevde at beboere medisineres for at de skal bli lettere å håndtere og mer medgjørlig for personalet (Lystad, Risberg, Leine, Frøysa, Bastiansen & Higrav, 2012). Dette var stoff som ble gjengitt i de fleste av landets største aviser. I tillegg angir helsetilsynet hvert år uforsvarlig og dårlig fagutøvelse i kommunale helseinstitusjoner. Dette bidrar til å gi sykehjemmene et dårlig rykte både som behandlingsinstitusjon, som bosted for beboere, og som arbeidsplass for de ansatte (Helsetilsynet, 2014). Dette er et område hvor jeg ser viktigheten av kvalitetssikring og potensiale for forbedring, og har derfor valgt dette som et tema for denne oppgaven.

1. 1 Presentasjon av problemstilling

Etter endt praksisperiode på en skjermet demensavdeling på sykehjem har jeg selv fått se og erfare utfordringer knyttet til vurdering av smerter hos personer med demens. I tillegg har jeg

fått en del kunnskap og erfaringer knyttet til problemstillingen etter snart åtte år i ulike jobber i helse- og omsorgssektoren.

Jeg har opplevd hvor vanskelig det kan være å kartlegge smerter, særlig hos personer med demens. Denne pasientgruppen har ikke like gode forutsetninger for å uttrykke smerter og behov, da redusert hukommelse og nedsatt språkfunksjon vanskeliggjør dette. I praksis har jeg erfart at mye baserer seg på tolkninger av pasientens nonverbale kommunikasjon eller adferd. Jeg har opplevd tilfeller hvor jeg har oppfattet at pasientene ikke har vært godt nok smertelindret.

Jenssen et al., (2013) understreker at det er behov for mye kunnskap om demenssykdom og smertebehandling. Dette er et viktig og aktuelt tema, og gjennom søk i ulike databaser ser jeg at dette er et tema det også forskes mye på. Som sykepleier skal du fremme den sykes helse på best mulig måte, minimalisere ubehag og smerte og forhindre handlinger som urettmessig kan påføre pasienten skade eller unødige belastninger (Norsk sykepleierforbund, 2016). På bakgrunn av overnevnte har jeg kommet frem til følgende problemformulering:

”Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos beboere med demens på sykehjem?”

1. 2 Avgrensninger og begrepsavklaringer

Målgruppen er personer med demens som har en moderat til alvorlig kognitiv svikt. I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på både kvinner og menn over 65 år, som er World Health Organizations definisjon av eldre (Torvik & Bjørø, 2008). Jeg har valgt å forholde meg til eldre, da forskning og litteratur i hovedsak er knyttet til denne gruppen. Konteksten er på skjermet avdeling for beboere med demens på sykehjem, da det er her den aktuelle pasientgruppen i all hovedsak befinner seg. Demens er ikke bare en sykdom, men er mer å regne som en paraplybetegnelse for flere ulike former (Skovdahl & Drivdal Berentsen, 2014). Jeg velger å ikke skille mellom de ulike demensformene i denne oppgaven, da relevant forskning ofte bruker paraplybetegnelsen ”demens”. Befolkningen som rammes av en demensdiagnose er ikke en homogen gruppe, men jeg går ikke inn på drøfting av hvordan smerte viser seg i for eksempel ulike kulturer grunnet oppgavens omfang.

I denne oppgaven velger jeg å bruke begrepet kompetanse som et resultat av de kunnskapene og ferdighetene sykepleier har.

Pasientbegrepet er omdiskutert og kritiseres blant annet for å være stigmatiserende (Hem, 2013). På sykehjem er det vanlig å bruke betegnelsen ”beboer”. Jeg velger i denne oppgaven å bruke betegnelsen ”beboer” om personer med fast plass i langtidsavdeling på sykehjem. Jeg har også valgt å bruke betegnelse «personen med demens», «hun» eller «han». Pasient er allikevel et mye brukt begrep i litteraturen, så jeg vil i de tilfellene det ikke er snakk om personer på et sykehjem og der det er naturlig benytte pasientbegrepet. Sykepleier blir omtalt som ”hun” da dette ofte er brukt i litteraturen. I tillegg benytter jeg begrepet pårørende, som er beboers nærmeste, da de har en så sentral rolle i arbeid med smertekartlegging av personer med demens.

Når jeg i denne oppgaven benytter begrepet smertekartlegging innebærer dette personer som ikke har blitt kartlagt tidligere, samt personer som allerede er under behandling for sine smerter. Jeg velger å ikke gå i dybden på behandlingen av smerter, men det vil bli nevnt i noen sammenhenger der dette er relevant i forbindelse med problemstillingen.

Øvrige begreper i problemstillingen kommer der de hører hjemme i teoridelen.

1.3 Oppgavens oppbygging

I Kapittel 1 presenteres bakgrunn for valg av tema, problemstilling, avgrensning og begrepsavklaring. Videre i kapittel 2 vil jeg presentere teoretisk kunnskapsgrunnlag som omhandler sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag og sykepleiefaglig referanseramme med sykepleierens funksjons- og ansvarsområder, samt etiske og juridiske føringer. Kapittel 3 inneholder valg av metode, litteratursøk og kildekritikk. Kapittel 4 presenterer forskningsresultater som anvendes i oppgaven. I kapittel 5 vil jeg drøfte problemstillingen opp mot teori, forskning og egne kliniske erfaringer. Avslutning med hovedfunn og oppsummering finnes i kapittel 6.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet legges det frem teoretisk sykepleiefaglig kunnskap som er nødvendig i møte med beboere med en demenssykdom, samt referanserammene sykepleier arbeider ut i fra for å sikre god og forsvarlig sykepleie. Herunder funksjonsområder, etiske føringer og lovverk.

2.1 Sykepleierfaglig kunnskapsgrunnlag – Demens

Demensbegrepet blir brukt som en fellesbetegnelse på flere lidelser, og brukes uansett alder. I Norge brukes WHO's diagnosesystem for sykdommer (ICD-10), og de gir følgende beskrivelse av demens:

«Demens er et syndrom som skyldes sykdom i hjernen, vanligvis av kronisk og progressiv natur, med forstyrrelse av flere høyere kortikale funksjoner som hukommelse, tenkeevne, orienteringsevne, forståelse, regneferdighet, læreevne, språk og dømmekraft. Bevissthetsnivået er ikke redusert. Svekkelser av kognitive funksjoner blir vanligvis ledsaget av, men kan også etterfølge, svekkelser av følelsesmessig kontroll, sosial atferd og motivasjon.» (Direktoratet for e-helse, 2018).

2.1.1 Kognitiv svikt ved demens

Kognitiv svikt betyr at en person har problemer med tankeprosessen. Evnen til å oppfatte og innhente informasjon fra verden rundt, lagre den, planlegge og handle ut fra informasjonen svikter ved demens (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 409). Kognitiv svikt finnes ved alle demenstilstander, og er hovedkarakteristisk for sykdommene (Solheim, 2015).

Hukommelsesproblemer er et av de mest typiske symptomene ved demens. Hukommelse defineres som evnen til å hente frem det en har lært (Solheim, 2015, s. 23). Hukommelsen kan grovt deles inn i korttidshukommelse (KTH) og langtidshukommelse (LTH). KTH er evnen til å huske opplevelser eller informasjon i 20 sekunder. Ved moderat grad av demens er KTH redusert, og ved alvorlig grad er vanligvis KTH helt borte. LTH er det vi husker fra noen minutter tilbake og helt til barndommen. Den nære LTH reduseres allerede i tidlige faser av demenssykdommen, mens opplevelser fra barndommen er det som varer lengst (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 416). Svikt i hukommelsen vil gjøre at personen med demens også har vansker med å huske smerte og årsakene til smerte. Dette kan videre føre til at personen faktisk ikke vil få hjelp til smertelindring (Solheim, 2015).

2.1.2 Samhandling og kommunikasjon med mennesker rammet av demens

Kommunikasjon kommer av det latinske *communicare*, og betyr ”å gjøre felles” (Solheim, 2015, s.201). God kommunikasjon er viktig for å kunne skape trygghet og nærhet mellom sykepleier og beboer. Kommunikasjon er grunnlaget for all samhandling, men for mange personer med demens er ofte vanskeliggjort kommunikasjon den største utfordringen de møter (Wogn-Henriksen, 2008).

Vanskeligheter med å forstå språk og bruke språket til å uttrykke seg kalles afasi, noe som er forårsaket av en skade i hjernen. Senteret i hjernen som bearbeider språklige symboler og senteret som knytter sammen tanker og ord er da rammet. Språkvansker er vanlig ved demens, men hvilke stadium i sykdomsforløpet og hvilke type demens er avgjørende for språkferdighetene. Ved moderat grad av demens mestrer mange fortsatt å gi uttrykk for sine ønsker og behov, men ved alvorlig grad vil kommunikasjonen mellom sykepleier og beboer stort sett gå via non-verbal kommunikasjon. Kommunikasjonen går da via for eksempel kroppslige uttrykk og bevegelser, ansiktsuttrykk og berøring (Eide & Eide, 2016).

2.1.3 Smerter

Det finnes mange ulike definisjoner for smerte, men i min oppgave har jeg valgt å bruke Den internasjonale smerteorganisasjonen, The International Association for The Study of Pain (IASP), sin definisjon.

”An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage” (IASP 1994) (Merskey & Bogduk, 1994).

I en utdypende form av definisjonen fremhever IASP (1994) at smerte ikke avhenger av at personen kan uttrykke smerte verbalt. Smerte kan uttrykkes både verbalt og nonverbalt, og det er sykepleierens ansvar å observere og tolke beboerens uttrykksform for smerte. Det er viktig at sykepleier har en profesjonell tilnærming som innebærer å tro på personen og ikke tvile på hans opplevelse av smerte. Videre poengteres det at smerte alltid er subjektivt, og det er kun beboeren selv som kan gjengi sin opplevelse av smerte (Nortvedt, Leegaard, Valeberg, & Helseth, 2016).

Ved vevsskade stimuleres ulike typer reseptorer, og det sendes impulser til hjernen hvor de blir bearbeidet og tolket. Vi vil da kunne få en opplevelse av smerte. Nervecellene som leder disse signalene kalles nociseptorer, og reagerer på ulik stimuli (Stubhaug & Ljoså, 2008).

Smerte er kroppslig, og den er stort sett ikke en viljestyrt erfaring. Vi skiller mellom ulike typer smerte, og det er flere måter å dele dem inn på. I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i inndelingen til Danielsen, Berntzen & Almås (2016). De skiller mellom akutte og kroniske smerter, samt nociseptive-, nevropatiske- og idiopatiske smerter.

Akutt smerte varsler om skade eller sykdom, og har derfor en funksjon for å hindre ytterligere skade og vevsødeleggelse. Denne type smerte er relativt kortvarig og avtar når årsaken til smerten leges. Smerter varende lenger enn 3 måneder er det vanlig å betegne som langvarige smerter, og denne type smerte har ingen funksjon (Danielsen et al., 2016). Det kan allikevel være tegn på alvorlig underliggende patologi, og kan ha stor negativ innvirkning på livskvaliteten. Det kan føre til inaktivitet, funksjonssvikt, isolasjon og depresjon (Nortvedt et al., 2016).

Nociseptive smerter oppstår ved at reseptorer aktiveres, og er en helt normal og nødvendig reaksjon på vevsskade. Denne type smerte er oftest akutt, og oppstår ved for eksempel kirurgi, fall, slag- eller kuttskader. Nociseptive smerter kan deles inn i somatiske og viscerale smerter. Somatiske smerter deles igjen inn i overflatisk og dyp smerte, hvor overflatisk kommer fra smerte i huden, mens den dype kommer fra for eksempel skade i skjellett-muskulatur eller knokler. Viscerale smerter kommer fra indre organer, og er langsommere enn de somatiske. Det kan ofte oppleves som vanskelig å lokalisere viscerale smerter da de er diffuse (Danielsen et al., 2016).

Nevropatiske smerter skyldes skade i nervesystemet, enten perifert eller sentralt. I forbindelse med for eksempel kirurgi, slag og traumer kan også nevropatiske smerter forekomme. Den kan være langvarig og oppleves som blant annet prikkende og stikkende, intens og brennende. Fantomsmerter er en type nevropatisk smerte, hvor personen opplever smerter i et organ eller en kroppsdel som ikke lenger er tilstede. Idiopatiske smerter er smerter av uforklarlig årsak (Danielsen et al., 2016).

2.1.4 Smerter hos eldre personer med demens

Smerte forekommer hyppig hos den eldre befolkningen. Med økende alder øker risikoen for sykdom og skader som er knyttet til smerter (Monroe, Parish & Mion, 2015). Forekomsten av langvarig smerte er nesten todobbelte hos personer med demens sammenlignet med personer uten denne sykdommen. Noen studier tyder på at personer med demens kan oppleve smerte

annerledes sammenlignet med personer uten kognitiv svekkelse (Malara, Biase, Bettarini, Ceravolo, Cello, Garo, Praino, Settembrini, Sgro, Spadea & Rispoli, 2016). Torvik & Bjøro (2014) peker på ulike studier som viser at aldersforandringer kan ha betydning for smerteopplevelsen. Eldre kan ha redusert respons på stimuli som vanligvis er smertefulle. Et eksempel kan være eldre med tarmslyng som ikke har hatt smerter som symptom.

Mange eldre får ikke tilfredsstillende smertebehandling. Dette gjelder spesielt personer med kognitiv svikt, og de som ikke klarer å formidle sin smerte ved hjelp av verbal kommunikasjon (Rokstad, 2015). En studie gjort på sykehjem i Bergen viste at mengden smertestillende minket med grad av kognitiv svikt og demens. Dette viser at personer med demens diagnostiseres med smerter sjeldnere enn kognitivt intakte personer (Torvik & Bjøro, 2008).

Torvik & Bjøro (2014) skriver at de vanligste årsakene til langvarige smerter hos eldre er muskel- og skjelettskader, slitasjegikt, kreft, nevrologiske sykdommer, ulykker og senfølger etter operasjon.

2.1.5 Konsekvenser av mangelfull smertelindring

Med økende alder oppstår det normalt fysiologiske aldersforandringer. Som nevnt kan blant annet evnen til å oppfatte smerte reduseres og dermed føre til at livstruende tilstander ikke blir oppdaget. 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, ernæringsproblemer, depresjon, søvnforstyrrelser, dårligere fysisk funksjon og redusert aktivitetsnivå eller immobilitet (Torvik & Bjøro, 2014). Dette kan videre gi ytterligere medisinske komplikasjoner. Økte smerter over tid kan også føre til delirium. Delirium er en forstyrrelse i hjernens funksjon, og karakteriseres av forstyrrelser i bevissthet, orientering, hukommelse, tanker, evne til oppfatning og atferd. Tilstanden vil forverre den kognitive svikten personen med demens allerede har (Ranhoff, 2014, s. 452-453).

2.1.6 Kartlegging og vurdering av smerter

Kartlegging og vurdering av smerter er viktig for å kunne undersøke om personen har smerte, og for å kunne planlegge, gjennomføre og evaluere en eventuell smertebehandling. Målet med

systematisk smertekartlegging er at personen skal få individuell og optimal smertebehandling (Rustøen & Klopstad Wahl, 2008). For å kunne oppnå tilfredsstillende smertelindring trengs det informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon og varighet (Danielsen et al., 2016).

Kliniske observasjoner

Beboere kan sende ut både diffuse og tydelige tegn på smerte som sykepleier må tolke. Den viktigste indikatoren er det personen selv beskriver som smertefullt, i tillegg til det som vises av tegn til smerter gjennom non-verbal atferd. Som nevnt vil språkferdighetene til en person med demens svekkes i takt med at graden av kognitiv svikt øker. Personen vil da ikke være i stand til å uttrykke smerte verbalt, og heller ikke gi subjektiv data om smerten. Sykepleiers rolle i forhold til observasjon vil være svært viktig. Hun må observere både fysiologiske tegn og ulike atferdsendringer som ansiktsuttrykk, verbalisering og kroppsbevegelser. Dette kan være smerteindikatorer. Det er viktig å huske på at hver og en kan uttrykke smerter ulikt, noe som gjør det utfordrende for sykepleier å vite om en person med moderat til alvorlig grad av demens har smerter eller ikke. En beboer kan bli svært urolig når det oppstår smerter, mens en annen igjen kan trekke seg tilbake. Samtidig trenger ikke noen av disse atferdsendringene nødvendigvis å bety at beboeren har smerte. Endringene kan skyldes personlighetsforandringer som er en del av sykdomsforløpet ved demens (Danielsen et al., 2016; Torvik & Bjørø, 2008).

Kartleggingsverktøy

For at kartleggingen skal være systematisk, pålitelig og gyldig er det viktig å ta i bruk smertekartleggings skjemaer eller skalaer. Det finnes ulike type standardiserte verktøy som baseres på selvrapporing av smerteintensitet, i tillegg er det utviklet verktøy basert på observasjon av atferd (Danielsen et al., 2016, s.390).

Smertekartleggingsverktøy kan være endimensjonale eller flerdimensjonale. Endimensjonale verktøy kartlegger kun smerteintensitet, mens de flerdimensjonale verktøyene ser i tillegg på varigheten og hvilke påvirkning smerten har på den daglige aktiviteten (Danielsen et al., 2016).

I denne oppgaven velger jeg å bruke numerisk ratingscale (NRS) som eksempel på endimensjonale smertekartleggingsverktøy. Dette verktøyet er å finne i forskningsartikkelen til Closs, Barr, Briggs, Cash & Seers (2004) og Malara et al. (2015) som jeg har benyttet i

denne oppgaven. NRS er en tallskala som går fra 0 til 10, hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerte. Beboeren sier det tallet han eller hun mener gir best uttrykk for smerteintensiteten (Winger & Leegaard, 2016).

CNP, Dolopius-2 og MOBID-2 er observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy som er laget for personer med demens som ikke er i stand til å uttrykke seg verbalt. Disse verktøyene er oversatt og utprøvd i norske sykehjem. Jeg velger å fokusere på MOBID-2 i denne oppgaven da forskning har vist at dette er et pålitelig og gyldig verktøy. MOBID-2 er et flerdimensjonalt smertekartleggingsverktøy. Verktøyet er todelt hvor det blir målt smerteintensitet og smerteatferd ved hjelp av bestemte bevegelser beboer skal gjøre. Del 1 fanger opp smerte fra muskulatur, ledd og skjelett og del 2 fanger opp smerte relatert til indre organer, hode og hud (Husebø, Strand, Moe-Nilssen, Husebø & Ljunggren, 2009). Jeg vil gå nærmere inn på hvordan MOBID-2 brukes i drøftningskapittelet. I tillegg er MOBID-2 lagt ved som vedlegg på slutten av oppgaven.

2.1.7 Arbeidsdagen på et sykehjem

Hver enkelt kommune har selv ansvar for å ha et tilpasset, nødvendig og faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenestetilbud til sine innbyggere (Hauge, 2014, s. 265). Det er ca. 40 000 mennesker i Norge som bor på sykehjem, og gjennomsnittsalderen er 84 år. Personene som bor på et sykehjem har et betydelig dårligere funksjonsnivå enn personer som får annen kommunal helse- og omsorgshjelp. De vanligste somatiske lidelsene blant sykehjemsbeboere er hjerneslag, hjertesykdom og lungesykdom. Et stort antall av personene med somatisk lidelse har i tillegg hukommelsessvikt eller en moderat demenssykdom (Romøren, 2014).

Det er vanlig at sykehjemmene inndeles i korttids- og langtidsavdelinger, samt skjermede avdelinger for personer med demens og spesielle behov. Konteksten i denne oppgaven er som nevnt på skjermet avdeling for personer med demens. Denne type avdeling er tilpasset for personer med en demenssykdom og utfordrende atferd. Det skal her være lettere for personen å orientere seg og kunne gå fritt i avdeling uten å rote seg bort (Hauge, 2014, s. 267).

Et sykehjem tilbyr heldøgns helse- og omsorgstjenester, og de overordnede målsettingene er å gi kvalitativ god og individuelt tilpasset pleie og omsorg, samt et riktig medisinsk utrednings- og behandlingstilbud (Meld. St. 29, 2012-2013). Dette betyr at det kreves høy sykepleiefaglig kompetanse. Sykepleierne skal kunne foreta aktiv medisinsk behandling til skrøpelige eldre med et sammensatt sykdomsbildet, i tillegg til å tilby et godt og helsefremmende helse- og

omsorgstilbud til beboere med svært redusert evne til å ivareta sine egne behov. På et sykehjem må det også skapes et hyggelig miljø hvor beboerne får mulighet til å delta på ulike aktiviteter, samtidig som de får et privatliv og mulighet til å holde på gamle vaner og rutiner (Hauge, 2014).

Sykepleierne på sykehjem har en nøkkelrolle i tverrfaglig samarbeid. De viktigste yrkesgruppene en sykepleier samarbeider med er helsefagarbeidere, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og vernepleiere. I tillegg er det mange ufaglærte som trenger opplæring. Arbeidsgiver er forpliktet til å legge til rette for kompetanseutvikling blant sine ansatte, mens sykepleier har selv ansvar for å søke etter kompetanse (Hauge, 2014). Pårørende er også en viktig samarbeidspartner for sykepleiere. Sykepleier skal sikre at både pasient og pårørende blir godt ivaretatt (Kirkevold, 2014).

2.2 Sykepleiefaglig referanseramme

En sykepleier skal arbeide kunnskapsbasert, noe som handler om at utøvelsen av sykepleie skal baseres på forskning, egne erfaringer og pasientens preferanser (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2016). Det er viktig at en sykepleier bruker sansene sine til å observere, se, lytte og kjenne i møte med hver enkelt beboer på et sykehjem. Det kreves også at en sykepleier må utføre konkrete handlinger som går på å dekke grunnleggende behov. Måten sykepleier møter beboer på, vil være avgjørende for hvordan beboer opplever situasjonen (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Alle personer har forskjellig behov for sykepleie, som krever at sykepleier har egenskapen til å tilrettelegge og tilnærme pleien og omsorgen til hver enkelt pasient (Norsk sykepleierforbund, 2016).

2.2.1 Sykepleierens funksjons- og ansvarsområder

Sykepleieutøvelsen omfatter syv spesifikke funksjons- og ansvarsområder. Sykepleieren skal utøve praksis som er helsefremmende og forebyggende, behandlende, lindrende, rehabiliterende og habiliterende, undervisende og veiledende, organiserende, administrerende og ledende, i tillegg til fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen et al., 2011, s.17). Disse områdene omhandler hvordan sykepleier viser evnen til å tilnærme, ivareta, observere og vurdere pasienter i alle type situasjoner (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.21).

I denne oppgaven velger jeg å fokusere på den helsefremmende og forebyggende, samt den lindrende funksjonen. Helsefremming har helse, velvære og livskvalitet som mål og omfatter tiltak rettet mot den enkelte pasient og omgivelsene. Gjennom helsefremming og forebygging

skal sykepleier bidra til å begrense risikoen for at smerte forekommer, og dermed kunne gi en bedring i pasientens livskvalitet. Den lindrende funksjonen handler om å begrense fysisk, psykisk og sosial belastning. Dette er relevant for min oppgave da sykepleier skal kartlegge om beboer har smerter for så å eventuelt kunne lindre disse. Dette er sentrale oppgaver for sykepleier på et sykehjem. (Kristoffersen et al., 2011).

2.2.2 Etiske føringer

Som sykepleier har man faglig, etisk og personlig ansvar for sine handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Etikk og etiske verdier er sentralt i arbeidet med eldre personer med demens. Det er mange som ikke er i stand til å ivareta sine rettigheter i helsetjenesten, samtidig som det kan oppstå konflikt mellom pasientens autonomi og sykepleiers plikt til å yte helsehjelp (Slettebø, 2014).

Norges sykepleierforbund har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, og disse har som formål å sikre en høy sykepleiefaglig og etisk standard. I de yrkesetiske retningslinjene blir sykepleierens verdigrunnlag beskrevet slik:

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene”. Som sykepleier skal vi fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2016).

De fire-prinsippers etikk er betydningsfull og sentral for å kunne ivareta de yrkesetiske retningslinjene. Prinsippene innebærer velgjørenhet, ikke skade, rettferdighet og autonomi. Slik jeg forstår det vil alle disse prinsipper ha betydning for tema i min oppgave. Velgjørenhet og ikke skade prinsippet handler om det å gjøre godt mot andre ved å vise medfølelse, barmhjertighet og sympati. For å overholde disse prinsippene vil god smertekartlegging være grunnleggende, særlig hos beboere med demens som ikke er i stand til å ivareta dette på egenhånd. Helsetjenesten skal behandle likt for å hindre diskriminering av enkeltpersoner, noe som understrekes i rettferdighetsprinsippet. Uansett personens mulighet til å uttrykke seg, skal alle få nødvendig behandling. Som nevnt er språkvansker en stor barriere og personer med demens vil trenge en tettere oppfølging. Autonomi handler om at alle skal kunne medvirke til å ta beslutninger som omhandler sitt eget liv. Når personen har en demenssykdom som innebærer at han eller hun ikke klarer å uttrykke sine egne behov, må sykepleier prøve å tydeliggjøre behov og ønsker (Brinchmann, 2016). En sykepleier må

opptre som beboerens advokat og bruke sin kompetanse til å argumentere for og ivareta rettigheter og behov hos beboeren (Slettebø, 2014).

2.2.3 Juridiske føringer

Som sykepleier plikter man seg til å sette seg inn i det lovverket som regulerer tjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2016). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er det nedfelt at alle pasienter skal ha lik tilgang på ulike tjenester av god kvalitet. I tillegg presiseres det at alle har rett på nødvendig og verdig helsehjelp fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen. Videre har også pasienten rett på informasjon og innsikt i egen helsetilstand, og hva som er innholdet i helsehjelpen som gis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Sykehjem er et tilbud som hører inn under kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er blant annet å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av skade, sykdom, nedsatt funksjon og lidelse. For å kunne innfri dette må kommunen tilby helsefremmende og forebyggende tjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Vi har en forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, som kalles kvalitetsforskriften. Den skal bidra til å sikre ivaretagelsen av pasientenes grunnleggende behov, med respekt for selvbestemmelsesretten, egenverdet og livsførselen, og den forklarer hva som menes med grunnleggende behov (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

I Helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet står det blant annet at helsehjelpen som gis skal utføres faglig forsvarlig og omsorgsfull ut fra hva som kan forventes av helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon. Dette betyr at sykepleier må gi hjelp ut fra kunnskaper som bygger på vitenskap og erfaring, samtidig som hjelpen skal gis på en kjærlig måte. Kravet om forsvarlighet gjelder all helsehjelp som gis (Helsepersonelloven, 1999).

3. Metode

Metode er fremgangsmåten som blir brukt for å samle inn informasjon og kunnskap for å kunne løse en satt problemstilling (Thidemann, 2015).

3.1 Den litterære oppgaven

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave. Jeg skal ikke utvikle ny kunnskap, men innhente informasjon og data fra eksisterende litteratur, eksempelvis fag- og forskningslitteratur. Systematisk litteratursøk, samt egne kliniske erfaringer er brukt for å belyse min problemstilling (Dalland, 2017, s. 207).

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier avgrenset jeg mengden litteratur. Når jeg søkte etter artikler krysset jeg av for «Research article» og «Peer Reviewed» for å sikre meg at artiklene var av vitenskapelig karakter og fagfellevurderte. Videre ønsket jeg kun artikler som var skrevet på norsk, engelsk, svensk eller dansk. For å finne nyeste tilgjengelige forskning inkluderte jeg kun artikler fra tidsrommet 2013-2019.

3.3 Databaser

I søk etter relevant forskningslitteratur begynte jeg i forkant av skriveperioden å søke i flere ulike databaser for å få en viss oversikt over tilgjengelig og relevant forskning. Senere har jeg snevret inn utvalget, og konsekvent brukt databasene "Cinahl" og "Swemed+". Dette er sentrale databaser med fag- og forskningslitteratur innen helsefagfeltet. I tillegg har jeg utført enkeltsøk i "Oria", "Tidsskriftet sykepleien", "Norsk sykepleierforbund", "Tidsskriftet den norske legeforening" og "Lovdata" for å finne annen litteratur som er relevant for min oppgave.

3.4 Søkestrategier

Jeg brukte de boolske operatorene AND og OR for å kombinere søkeordene mine, og for å avgrense søkene. Den boolske operatoren NOT brukte jeg bevisst ikke for å unngå å gå glipp av relevant forskning. Søkeordene jeg benyttet meg av ble kombinert med hverandre på ulike måter. I Chinal brukte jeg søkeordene "Dementia", "Long- term care", "Nursing home", "Cognitive impairment", "Pain assessment", "Tools", "Systematic review" og "MOBID-2". I Svemed+ brukte jeg søkeordene "MOBID-2", "Langtkommen demens", "Demens" og "Utfordringer".

Jeg bruker en systematisk oversiktsartikkel hvor de gjør en metaanalyse av flere eksisterende oversiktsartikler. Denne fant jeg gjennom kjedesøk. Det vil si at jeg fant artikkelen i referanselisten til en annen artikkel. Artikkelen står derfor ikke oppført i tabell 1.

Forskningsartiklene jeg har med i oppgaven bruker kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. Kvalitativ metode brukes for å gå i dybden av et bestemt tema. Det er vanlig med intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse for å undersøke og beskrive menneskers opplevelse, erfaringer, tanker og holdninger. Med kvantitativ metode menes målbare enheter, altså tall som kan brukes til statistiske beregninger og fremstilles ofte i tabeller (Dalland, 2017; Thidemann, 2015).

For å finne litteratur fra fagbøker har jeg sett på pensumlister jeg har hatt i løpet av årene på studiet. I tillegg har jeg søkt i "Oria" for å få en oversikt over bøker med tematikken demens og smerter. Jeg endte med å ta i bruk flere kilder som dekker samme tema for å få en bred forståelse. Bøker om demens, smerte, geriatri, grunnleggende sykepleie, juss og etikk har blitt tatt i bruk.

Tabell 1 – søkestrategi

Søk	Database	Søkeord og boolske operatører	Antall	Funn
1	Cinahl	"Dementia" AND "Long- term care" OR "Nursing home" AND "Cognitive impairment" AND "Pain assessment"	4	Pain assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
2	Cinahl	"Dementia" AND "Long- term care" OR "Nursing home" AND "Pain assessment"	18	Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person With Dementia Is in Pain Decision Factors Nurses use to Assess Pain in Nursing Home Residents with Dementia
3	SveMed+	"Demens" AND "Utfordringer"	10	Smertekartlegging og smertelindning hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer
4	SveMed+	"Langtkommen demens"	1	Smertebehandling til personer med langtkommen demens
5	SveMed+	"MOBID-2"	1	Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain scale in a clinical setting
6	Cinahl	"MOBID-2"	4	The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia

3.5 Kildekritikk og etisk vurdering

I følge Dalland (2017) er kildekritikk vurdering og karakterisering av litteraturen som er brukt i oppgaven. Det er viktig å være kildekritisk og nøyaktig når litteratur samles inn. På denne måten sikrer en at litteraturen som blir brukt for å belyse den gitte problemstillingen både er relevant, gyldig og holdbar. Jeg har tilstrebet bruk av primærlitteratur i min oppgave, men det har i noen tilfeller ikke vært mulig. Sekundærlitteraturen jeg har tatt i bruk er ulike fagbøker som er pensumlitteratur gjennom eget bachelorstudie, og derfor velger jeg å se på disse som relevante og gode. Med sekundærlitteratur menes litteratur som er bearbeidet og fortolket av andre personer enn den opprinnelige forfatteren. Utfordringer med dette kan være at innholdet kan feiltolkes og endre form (Dalland, 2017, s.159).

Det er generelt mye forskning på temaet smertekartlegging og personer med demens. Jeg har brukt mine egne søkeord når jeg har utført systematisk søk i de ulike databasene, noe som kan gjøre at jeg har gått glipp av relevante artikler. Utenom to norske forskningsartikler har jeg brukt engelske forskningsartikler. Jeg har da måtte oversatt til norsk, og i den forbindelse har jeg tatt i bruk engelsk- norsk ordbok, samt fått hjelp av personer med god engelsk kompetanse. Dette kan ha ført til feil oversetting og fortolkninger som har blitt tatt med i min oppgave. Forelesninger og kurs på biblioteket har gitt meg grunnlag for å vurdere hva som er god og gyldig forskning. Som nevnt er alle forskningsartiklene fagfellevurderte og hentet fra anerkjente databaser innenfor helsefagfeltet, derfor anser jeg utvalget som sikre.

Artikkelen "*A Comparison of Five Pain Assessment Scales for Nursing Home Residents with Varying Degrees of Cognitive Impairment*" fant jeg i en lærebok. Denne er fra år 2004, noe som kan være en svakhet. Samtidig anser jeg den som relevant da den viser hvordan forskningsresultatene på bruk av NRS på personer med demens har utviklet seg. De andre forskningsartiklene jeg har valgt å bruke i min oppgave er fra det siste tiåret, noe jeg tenker er tidsaktuelt. Sykepleiere har vært deltagere i forskningen jeg har brukt. Dette gjør at jeg ser på artiklene som relevante for sykepleiere og min problemstilling.

Der jeg har tatt i bruk egne erfaringer fra klinisk praksis har jeg anonymisert både praksissted, ansatte og beboere slik at jeg har holdt taushetsplikten. Jeg har kreditert forfatterne gjennom oppgaven ved å henvise til kilde gjennom bruk av APA 6th.

4. Presentasjon av forskningsresultater

Her presenteres forskningsartikler og de resultatene som er relevante for å besvare min problemstilling.

Tabell 2 - artikkelmatrise

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Alba Malara, Giuseppe A-D Biase, Francesco Bettarini, Francesco Ceravolo, Serena D. Cello, Michele Garo, Francesco Praino, Vincenzo Settembrini, Giovanni Sgro, Fausto Spadea og Vincenzo Rispoli (2016)	Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia	Journal of Alzheimer's Disease	Definere forekomst av smerte hos personer med demens på sykehjem ved hjelp av skalaer med selvrapportering og observasjonsverktøy. Se på forholdet mellom smerte og atferdsmessige/psykologiske symptomer.	Kvantitativ metode: Prospektiv observasjonsstudie av 233 pasienter. Det ble utført smertevurdering ved hjelp av selvrapporteringsverktøy som blant annet NRS.	Selvrapportering alene er ikke tilstrekkelig for å vurdere smerte hos eldre personer med demens. Bruk av observasjonsverktøy er egnet for å vurdere smerte hos pasienter med kognitiv svekkelse. Hvis smerten ikke behandles tilstrekkelig kan kronisk smerte forårsake depresjon, agitasjon og aggresjon hos pasienter med demens.
2	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 type ansiktsuttrykk som pleiere baserer seg på når de tolker hvorvidt pasienten med demens har smerte og intensiteten på smerten.	Kvantitativ metode: spørreskjema med 13 ansiktsuttrykk ble sendt til 366 sykehjem i Tyskland. Sykepleierne observerte pasientene og vurderte observasjonene ut i fra ansiktsbevegelsene	Alle de presenterte ansiktsuttrykkene var brukt av sykepleierne, men noen av uttrykkene var helt klart brukt oftere enn andre for å indentifisere smerte hos beboer med demens. Utviklingen av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy og trening i bruk av dem må ta høyde for sykepleiernes allerede eksisterende antagelser som sykepleier bruker for å bedømme smerte, i tillegg til andre bevisste eller ubevisste faktorer som kan føre til skjevheter eller målefeil. Også kalt bias.

3	Todd B. Monroe, Abby Parish, Lorraine C. Mion (2015)	Decision Factors Nurses use to Assess Pain in Nursing Home Residents with Dementia	Archives of psychiatric Nursing	Undersøke hvordan sykepleier identifiserer og lindrer smerter hos pasienter med demens på sykehjem.	Kvalitativ metode: Fokusgruppeintervjuer med 29 sykepleiere. Sykepleierne jobbet på langtidssykehjem i USA og hadde ansvar for vurdering og behandling av smerte.	Sykepleierne bruker begrepene "livskvalitet" og "velbefinnende". De rapporterer at det er vanskelig å vite om en person med demens har smerter og intensiteten. Personer med demens som ikke er så godt kjent av de ansatte har høyere risiko for dårligere smertebehandling. Sykepleierne trekker også frem viktigheten av konflikthåndtering mellom pårørende og det å gi rom for at de pårørende skal kunne gi uttrykk for sine beskyrninger.
4	Daniel Lillekroken og Åshild Slettebø (2013)	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer	Vård i Norden	Utforske erfaringene sykepleierne har med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.	Kvalitativ metode: Fokusgruppeintervjuer med 18 sykepleiere totalt, delt inn i tre grupper. Deltagerne jobbet på geriatrisk avdeling på to ulike sykehus og en gruppe jobbet på skjermet enhet for personer med demens på et sykehjem.	Smertevurdering og smertelindring av pasienter med demens er utfordrende. Felles prosedyrer for smertekartlegging og individuell smertebehandling kan være godt utgangspunkt for å gi pasienten effektiv smertebehandling. Regelmessig bruk av smertekartleggingsverktøy som er laget for denne pasientgruppen vil bidra til effektiv smertekartlegging og smertebehandling av personer med demens.
5	Gunn-Mari Jenssen, Wivi-Ann Tingvoll og Geir F. Lorem (2013)	Smertebehandling til personer med langtkommen demens	Geriatrisk sykepleie	Sette fokus på hvilke erfaringer sykepleierne hadde fra å vurdere smerte hos personer med langtkommen demens og språkvansker. I tillegg hvilke utfordringer sykepleierne møter når de skal vurdere smerteintensitet til pasienter med kognitiv svikt.	Kvalitativ metode: Intervjuer av fem sykepleiere med lang erfaring fra å jobbe med personer med demens. Sykepleierne jobbet på spesialavdeling for personer med demens på sykehjem.	Sykepleiernes erfaringer er at pasienten både over- og underbehandles. Det er vanskelig å tolke pasientens uttrykk, manglende faglig basiskunnskaper, manglende spesifikke kunnskaper om demens samt manglende samarbeid innad i helsefaggruppen.
6	José Closs, Bridget Barr, Michelle Briggs, Keith Cash og Kate Seers (2004)	A Comparison of Five Pain Assessment Scales for Nursing Home Residents with Varying Degrees of Cognitive Impairment	Journal of pain and symptom management	Målet med studien var å sammenligne fem ulike smertekartleggingsverktøy for å se hvor godt egent de er med tanke på gjennomførbarhet på personer med ulik grad av	Kvantitativ metode: 15 store sykehjem i England var inkludert i studien. De sammenlignet fem ulike smertekartleggingsverktø	Skalaene som ble brukt fungerte fint på personer med ingen til moderat grad av kognitiv svikt. For personer med alvorlig grad av kognitiv svikt egnet verktøyene seg

				kognitiv svikt. D på et sykehjem.	y. Verktøyene var: Numerisk scala, verbal scala, ansiktsskala, fargeskala og visuell analog scala. Kognitiv status ble kartlagt med MMSE30.	dårlig.
7	Bettina S. Husebø, Liv I. Strand, Rolf Moe-Nilssen, Stein B. Husebø og Anne E. Ljunggren (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 Sciences	Målet med studien var å undersøke om MOBID-2 er tilstrekkelig pålitelig når den brukes i en klinisk setting. Samtidig skal den undersøke om verktøyet er gyldig og valid.	Kvantitativ metode: Pasienter med alvorlig grad av demens ble undersøkt av primærsykepleieren sin. I tillegg undersøkte legen smertene.	På grunnlag av smerteoppførsel, standardiserte bevegelser og smertetegninger viser MOBID-2 seg å være tilstrekkelig pålitelig, gyldig og tidseffektiv for sykepleiere til å vurdere smerte hos pasienter med alvorlig grad av demens.
8	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 pålitlighet ved smertekartleggingsverktøyet MOBID-2, samt eventuelle feil ved verktøyet	Kvantitativ metode: randomisert studie som inkluderer 352 pasienter med alvorlig grad av demens fra 18 ulike norske sykehjem. Test-retest reliabilitet fra baseline til uke 2 og 4 ble undersøkt på pasienter hvor det ikke var forventet endring. I tillegg ble det gjennom seks hypoteser undersøkt testfølsomheten.	Undersøkelsene viser tilfredsstillende test-retest reliabilitet. Og verktøyet er følsom for avtagende smerte etter en stegvis protokoll for smertebehandling.
9	Valentina Lichtner, Dawn Dowding, Philip Esterhuizen, S Josè Closs, Andrew F Long, Anne Corbett & Michelle Briggs (2014)	Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools	BMC Geriatrics	Målet er å identifisere eksisterende smertekartleggingsverktøy som er knyttet til personer med demens. Meta-analysen tar en grundig gjennomgang av systematiske oversiktsartikler og ser på pålitlighet, validitet og klinisk egnethet.	Kvantitativ metode: Søkte etter systematiske oversiktsartikler av smertekartleggingsverktøy som gir bevis på pålitlighet, validitet og klinisk egnethet. Hentet frem 441 potensielt kvalifiserte hvorav 23 ble inkludert i studien. 28 av verktøyene som var med i studien er tilpasset for personer med demens.	Det finnes mange ulike smertekartleggingsverktøy som er tilgjengelige for bruk på eldre personer med kognitiv svikt. Det er imidlertid begrenset bevis på verktøyenes pålitlighet, gyldighet og klinisk egnethet. På grunn av dette anbefales ingen av verktøyene.

5. Diskusjon

”Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos beboere med demens på sykehjem?”

Med økende alder følger ofte et økende antall sykdommer og lidelser knyttet til smerte. I følge en studie av Monroe et al. (2015) har det blitt dokumentert at smerte i sykehjem ikke er tilstrekkelig behandlet. Sykehjemets beboere med demens rapporterte mindre smerte til sykepleiere enn sykehjemets beboere uten en demenssykdom. Hvorfor er det slik? Henger dette sammen med mangelfull kartlegging? Hvilke utfordringer og hensyn må sykepleier egentlig ta i smertekartleggingen av beboere med demens? Problemstillingen er kompleks. Grunnet utfordringene som følger av en demenssykdom beskrevet tidligere er det ikke tilstrekkelig å kun gå inn til en beboer, spørre ”Har du smerter?” og få et ”ja” eller ”nei”. Det er flere faktorer som påvirker personer med demens sitt handlingsmønster og adferd, og det må tas høyde for flere forhold for at sykepleier skal kunne lykkes i kartlegging av smerter hos denne pasientgruppen. På bakgrunn av problemstillingen og ved hjelp av faglitteratur, funn fra forskning og egne erfaringer skal jeg i det følgende belyse og diskutere sykepleiers rolle og ansvar i smertekartlegging hos personer med demens. Kompetanse, rammer og ressurser, tverrfaglig samarbeid og samarbeid med pårørende er noen hovedtemaer som vil bli tatt opp i denne delen av oppgaven.

5.1 Sykepleiers kompetanse

For at beboer skal få tilstrekkelig smertebehandling må sykepleier ta hensyn til en rekke forhold. For det første må hun ha nok kunnskap og ferdigheter som til sammen utgjør den samlede kompetanse. Jenssen et al. (2013) trekker frem viktigheten av nettopp det å ha en høy faglig kompetanse som sykepleier. Som sykepleier skal du identifisere og videreformidle observasjoner til legen, igangsette forordnet behandling samt vurdere effekten av denne (Jenssen et al., 2013). For å kunne utøve dette samt forstå beboers signaler er en av forutsetningene god faglig kunnskap. Det trengs generell kunnskap om ulike sykdommer, medisiner, demenssykdommen og smertekartlegging. For å kartlegge smerter hos beboer med demens må sykepleier ha kunnskap om ulike smerteindikatorer som kommer til uttrykk gjennom atferd. Disse kan lett forveksles med symptomer på demenssykdommen. Monroe et al. (2015) poengterer også i sin studie at sykepleiers kliniske ferdigheter er avgjørende for å oppnå god smertebehandling av personer med demens. Sykepleier har selv ansvar for egen fagutvikling og at hun arbeider kunnskapsbasert. Dette betyr at sykepleiere skal utøve praksis som er bygget på forskning, egen erfaring, samtidig som sykepleier tar beboers synspunkter

med i vurderinger og avgjørelser (Norges sykepleierforbund, 2016). Som det står i Helsepersonelloven (1999) skal sykepleier yte faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Jenssen et al. (2013) fremhever i sin studie viktigheten av at lederne prioriterer kompetanseoppbygging til personalet. Dette bekreftes også i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011), hvor det står i §8-1 at hver kommune er pliktet til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. Sykepleier bør oppmuntre til faglige diskusjoner blant de ansatte i avdelingen ved å ta opp konkrete problemstillinger den enkelte beboer har. Dette kan bidra til å øke den faglige kvaliteten i arbeidet. Samtidig tydeliggjør informantene i studien til Jenssen et al. (2013) at det er stor mangel på tid til kompetansebygging i arbeidstiden. Det var kun de sykepleierne som brukte fritiden sin til å tilegne seg faglig kunnskaper som var i stand til å holde seg faglig oppdatert. Fra tidligere arbeidsplasser har jeg selv vært vitne til vanskelig det er å finne tid til dette i arbeidshverdagen. Det argumenteres med at det er tidkrevende og ikke kan prioriteres i en ellers travel hverdag.

Tempo og arbeidsbelastning vil variere fra dag til dag, og mellom de ulike avdelingene på et sykehjem. I en langtidsavdeling vil det være rimelig å hevde at sykepleier har bedre forutsetninger for å kartlegge smerter hos beboerne og slik få grunnlag til å iverksette behandling, enn på en korttidsavdeling hvor beboerne ikke oppholder seg lenger enn noen uker av gangen. En utfordring kan være at personalgruppen i en langtidsavdeling ikke er tilstrekkelig stabil, og har hyppig utskiftning av sykepleiere. Dette vil kunne skape utfordringer i kvalitetsarbeid, og også kompetansen til å utføre god smertekartlegging. Informantene som deltok i studien til Jenssen et al. (2013) snakker om at mangel på fagfolk og stor utskiftning av personalet gjorde det vanskelig å kartlegge smerter hos beboerne. Mange beboere ble satt på faste medikamenter da det var vanskelig for ufaglærte å fange opp diffuse smertesignaler. Dette er noe jeg tenker kan være svært uheldig, da det i verste fall kan føre til overmedisinering. Eldre personer har ofte et sammensatt sykdomsbilde og står derfor ofte på flere medikamenter. Får beboeren da i tillegg smertelindrende medikamenter hun i utgangspunktet kunne vært for uten kan dette gi uheldige bivirkninger og interaksjoner med andre medikamenter. Dette kan igjen føre til konsekvenser som blant annet økt falltendens og ytterligere reduksjon i den kognitive funksjonen (Jenssen et al., 2013).

Både i artikkelen til Malara et al. (2015) og Lillekroken & Slettebø (2013) kommer det frem av intervjuer med sykepleiere at det er behov og ønsker om felles retningslinjer for å bedre smertevurderingen og behandlingen. Ut i fra dette forstår jeg at det er behov for tydeligere

retningslinjer og opplæring i bruk av kartleggingsverktøy. Det er viktig at verktøyet som brukes beherskes av både beboer og sykepleier. Sykepleier må derfor få grundig opplæring i verktøyet, eventuelt undervise og veilede sine kollegaer som kan utføre smertekartleggingen på beboer (Rustøen & Klopstad Wahl, 2008). For at dette skal ha en nytteverdi, er det også viktig med god dokumentasjon i journalsystemer og at det er systemer for videre oppfølging. På sykehjem hvor man jobber i turnus og det er mange ansatte, er det viktig at informasjonen tydeliggjøres og synliggjøres. Som studien til Jenssen et al. (2013) viser kan det ofte være mangel på fagfolk. Det er særlig viktig å sikre at all relevant informasjon videreføres til ansvarlig sykepleier og lege for at det skal kunne ytes god helsehjelp. I en hektisk arbeidshverdag med raske og korte rapporter og lite tid til å lese seg opp på skriftlige journaler, kan deling og videreføring av informasjon være en stor utfordring. Slik jeg forstår det, kan det være et behov for utvikling og videre kvalitetsarbeid på dette området.

Lillekroken & Slettebø (2013) skriver i sin studie at sykepleierne som deltok i studien hadde mye kunnskap om smertelindring, men svært lite og ingen kunnskap om observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy. Da den samme informasjonen kommer frem i flere av de andre studiene jeg bruker i oppgaven (Monroe et al., 2015; Lautenbacher, Sampson, Pähl & Kunz, 2017), ser jeg at dette kan gi en redusert kvalitet på arbeidet som gjøres.

5.2 Tverrfaglig samarbeid

Hvordan sykepleiers ansvarsområder er organisert i en avdeling vil variere fra sted til sted. Noen steder arbeider sykepleier i avdelingen og deltar gjerne i stell hver dag. Andre steder kan det være slik at sykepleier har et mer overordnet ansvar for flere avdelinger, hvilke vil kunne si at sykepleier ikke deltar i stell og da heller ikke ser beboeren like kontinuerlig. Jeg har selv erfaring med at det ofte er få sykepleiere på jobb, slik at de må prioritere å gjøre rene sykepleieroppgaver som medisinfordeling og visittgang. Det at sykepleier selv ser verdien av å delta i tverrfaglig samarbeid og tilegne seg informasjon fra de som jobber tettere på beboerne i de daglige aktivitetene vil da være enda viktigere. Gjennom utveksling av erfaringer med helsefagarbeidere, assistenter og andre ansatte vil sykepleier kunne få viktig informasjon om beboers situasjon og eventuelt også om de virker preget av smerter.

Jenssen et al. (2013) fant i sin studie at et godt samarbeid innad i personalgruppa på avdelingen, og med legen, var viktig for å kunne gi beboer optimal smertelindring. Det samme understrekes også av funn fra Monroe et al. (2015). De sier at god tverrfaglig

kommunikasjon, samt kommunikasjon med beboers familiemedlemmer er avgjørende faktorer for å kunne forstå beboers smerter.

5.3 Pårørendes rolle

Pårørende har en sentral rolle i kartlegging av smerter hos personer med demens. De blir brukt som tilretteleggere for beboers velbefinnende og en ressurs for å utarbeide individuelt tilpassede tiltak (Monroe et al., 2015). Dette bekreftes også av funnene i forskning gjort av Janssen et al. (2013). Her kommer betydningen av et godt samarbeid med de pårørende frem. For å kunne dekke beboers behov for smertelindring er pårørende en viktig ressurs. Videre hevder de at personalet må ha kjennskap til beboers liv for å kunne identifisere smerter hos personen med demens. Pårørende har kunnskap om beboeren som må tas med i betraktning for å kunne forstå personen og smertene de eventuelt skulle ha. Dette støttes oppunder av Monroe et al. (2015) som skriver om betydningen av å kjenne beboer over en lengre periode. Informantene i studien sammenligner det å kartlegge smerter hos en person med demens som å sette sammen et kompleks puslespill. Det er en prosess hvor sykepleier må samle inn informasjon fra både pårørende, beboer selv og øvrig personalet for å bli ordentlig kjent med beboer. Alle disse brikkene er avgjørende for å kunne vurdere og behandle smerter hos personer med demens. Sykepleier må med utgangspunkt i tilgjengelig informasjon vurdere om det er normal atferd eller indikatorer for smerte. Fra egen arbeidsplass har jeg erfart viktigheten av dette. En morgen kom jeg inn til en beboer som jeg kjente godt. Hun ga uttrykk for smerter, til tross for at hun allerede har fått smertestillende medikamenter av sykepleier. Ut i fra tidligere erfaringer med denne beboeren visste jeg at dette er normal atferd og ikke smerter utover normalen. Jeg visste at hver morgen når hun ligger i sengen kan hun gi uttrykk for smerter, men når hun kommer seg ut av sengen og beveget seg er smertene mer håndterlige. For en ansatt som ikke kjenner denne beboeren ville det kanskje vært naturlig å gi mer, eller sterkere smertestillende. Poenget er ikke at beboer ikke skal få smertestillende medikamenter, men å vite hvordan en kan behandle smertene best mulig for den enkelte, enten om det ved hjelp av medisiner, andre tiltak eller behandling. Andre tiltak, som for eksempel fysisk aktivitet, kan være en viktig del av smertebehandlingen for eldre.

Det kommer også frem i flere av de inkluderte studiene at personalet til stadighet opplever konflikt og uenighet med pårørende. Når samarbeidet ikke fungerer kan dette gi konsekvenser for hvordan helsehjelp ytes, inkludert smertekartlegging. Særlig medisinerer har vist seg å kunne sette samarbeidet på prøve. Mange pårørende har sterke formeningar om hva ektefelle,

mor eller far skal få av medisiner. Det kan være vanskelig for sykepleier å dekke pårørendes ønsker, samtidig som de skal dekke beboers behov (Lillekroken & Slettebø, 2013; Monroe et al., 2015). Desto viktigere vil det være med god kartlegging og godt dokumenterte observasjoner med hensyn til behandling av smerter og effekten av smertebehandlingen. Som vi kan se ut i fra de fire prinsippers etikk skal vi som sykepleier gjøre godt mot andre og hjelpe beboer med å tydeliggjøre behov og ønsker når han eller hun ikke klarer å uttrykke sine egne behov (Brinchmann, 2016). I tillegg viser kvalitetsforskriften at sykepleier skal sikre ivaretagelsen av beboers grunnleggende behov. Herunder sørge for at beboer har det godt og ikke har smerter (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Det vil si noen ganger må beboers behov slik sykepleier vurderer det komme foran pårørendes ønsker.

5.4 Kommunikasjon med beboer med demens

Som nevnt i teoridelen kan kommunikasjon være en av de store utfordringen for mange personer med demens. Sykepleier må derfor i større grad tilstrebe å forstå budskapet beboer prøver å dele gjennom både verbal, og non-verbal kommunikasjon. Det er viktig at hun viser interesse for det beboer prøver å formidle, samtidig som hun lytter og forsøker å forstå (Eide & Eide, 2017). Samtidig må sykepleier forsøke å få beboer til å forstå sitt budskap. Det kreves tålmodighet fra sykepleiers side når hun skal kommunisere med beboere med afasi (Rokstad, 2015).

Ved alle former for demens er ulike atferds- og følelsesmessige endringer vanlig (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 417). For å forstå disse endringene må sykepleier se på dette som en form for kommunikasjon fra beboers side. Atferd er reaksjoner, og beboers oppfatning av en lite tilfredsstillende situasjon kan uttrykkes ved problematisk atferd. Den kognitive svikten gjør at personer med demens har vansker med å gjenkjenne kroppslige smerter og beskrive dem på en forståelig måte for andre (Rokstad, 2015). Jeg har selv erfart beboere med akutte skader bli tiltagende forvirret, særlig på natt, og da ikke tatt hensyn til restriksjoner og egne smerter. En kvinnelig beboer hadde armen i fatle etter et overarmsbrudd og restriksjoner om å ikke bruke armen til å løfte noe på seks uker. Hun ble til stadighet funnet inne på rommet mens hun pakket sammen sakene sine, med fatlen lagt til side. En mannlig beboer som var operert for lårhalsbrudd var på dagtid kun i stand til å gå ved hjelp av prekestol grunnet sterke smerter etter operasjonen. På nattetid ble han tiltagende urolig, og vandret mye i avdelingen uten noen form for hjelpemiddel. Begge disse eksemplene viser at økt forvirring grunnet smerter, førte til at de selv ble mindre oppmerksomme på egne smerter og da tok mindre hensyn til

disse smertene. Redusert evne til å gjenkjenne kroppslig smerte førte til handling som kan være direkte til skade med tanke på tilhelingsprosessen etter den akutte skaden. Hos disse beboerne ble det nødvendig med hyppig tilsyn og forsøk på realitetsorientering, og det ble vurdert å trappe ned på smertestillende medikamenter raskere enn det som er normalt etter denne typer skader.

5.5 Kartlegging av smerter hos beboer med demens

Selvrapporing av smerter betraktes som ”gullstandarden” i smertevurdering. NRS er et mye brukt verktøy for å selvrapporere smerter. Closs et al. (2004) har undersøkt hvor godt egnet dette verktøyet er for å kartlegge smerter blant personer med demens. De har sett på egnethet ut i fra ulik grad av kognitiv svekkelse, noe som gjør denne artikkelen særlig interessant. I studien kommer det frem at hele 87% av personene som var med i studien og hadde mild til moderat kognitiv svekkelse var i stand til å benytte seg av NRS. Personer med moderat til alvorlig grad av demens er ikke en homogen gruppe. Det er ikke nødvendigvis slik at alle personer med demens har afasi, som er det symptomet som særlig vil vanskeliggjøre selvrapporing. Hvilke symptomer personen med demens har, vil dermed være mulig å hevde å ha stor betydning for hvordan sykepleier kan kartlegge smerter. Dette er det viktig at sykepleier er bevisst. Forskningen til Closs et.al. (2004) sier også noe om dette. Resultatene i studien viser nemlig videre at NRS kanskje ikke vil være like effektiv å bruke på personer med språkvansker. De fant en reduksjon i å kunne bruke skalaen blant de med alvorlig kognitiv svekkelse. Her var det kun 36% som var i stand til å benytte seg av NRS. Det finnes også en nyere studie utført av Malara et al. (2016) som sier noe om påliteligheten til NRS ved kartlegging av smerter hos personer med demens. Her ble 233 beboere med demens i langtidsavdeling undersøkt, men ikke kartlagt grad av kognitiv svekkelse. Her var det 42,5% av personene som ble vurdert med NRS som ga et pålitelig svar. Det vil si at i over halvparten av tilfellene vil en ikke kunne stole på at en har fått et adekvat svar. Dette viser oss at bruk av NRS alene ikke er pålitelig som smertekartlegging, men kan være et alternativ å benytte i en mer sammensatt smertekartlegging der flere verktøy tas i bruk. Videre påpeker de i denne studien at utvalget av personer og metode i forskningen vil ha stor betydning for forekomsten og graden av smerter, og derfor også for resultatet.

Når beboer har vanskeligheter med å selvrapporere smerte må sykepleier gjenkjenne og tolke ulike ansiktsuttrykk som grimaser, rynket panne og rask blinking, verbalisering som sukking, jamring og stønning, samt ulike kroppsbevegelser. I tillegg kan beboer vise smerte gjennom

forandret adferd, som å bli tilbakeholden, aggressiv og forandre aktivitetsmønster. Smerter kan også vises ved fysiologiske tegn som forhøyet blodtrykk, hurtigere puls, hurtigere åndedrett og svetting (Danielsen et al., 2016; Rokstad, 2015). Lautenbacher et al. (2017) poengterer i sin studie at sykepleiers evne til klinisk observasjon av beboers atferd er en viktig oppgave, men samtidig en svært utfordrende oppgave.

Monroe et al. (2015) peker på en studie som viste at personer med demens som uttrykte utfordrende atferd som agitasjon og rastløshet reagerte positivt på smertebehandling, altså atferden bedret seg. Samtidig forteller sykepleierne at de synes det er utfordrende å forstå beboers smerteopplevelse. De beskriver det som en kompleks vurderingsprosess hvor de føler de må være detektiver. Videre innrømmer de at de til tider ikke vet om beboer har smerter eller ikke, og blir nødt til å gjette seg frem. Sykepleierne som deltok i studien til Lautenbacher et al. (2017) fortalte at de følte seg trygge på anatomiske ansiktsuttrykk som for eksempel rynket nese og panne, åpen munn og knipet igjen øyne. Disse uttrykkene ble brukt konsekvent for å vurdere beboers smerter. Det samme understrekes også av funn fra Husebø et al. (2009), som på sin side fant at ansiktsuttrykk var den mest observerte smerteatferden hos personer med demens. Dette samsvarer også med egen erfaring fra praksis hvor jeg hjalp en sengeliggende beboer med stillingsendring. Jeg kunne tydelig observere ulike ansiktsuttrykk, som rynking på nesa og andre grimaser når hun lå på ryggen, men et mer avslappet ansiktsuttrykk når hun lå på siden med god støtte av puter i ryggen. Denne beboeren hadde et begynnende trykksår på setet, noe som kan forklare disse uttrykkene.

Det er viktig å ta i bruk smertekartleggingsverktøy som er tilpasset pasientgruppen. Det finnes standardiserte verktøy som baserer seg på observasjon. MOBID-2 er et smertekartleggingsverktøy som er utviklet for nettopp personer med demens på sykehjem. Dette er et sykepleieadministrert verktøy som baseres på observasjon av atferdsindikatorer for smerte, ved hjelp av guidede bevegelser. Bevegelsene involverer hender og armer, skuldre, rygg og ben. Del 1 av verktøyet relateres til smerter i muskel- og skjelettsystemet, og registrer smerteatferd og smerteintensitet ved fem vanlige mobiliseringer av beboeren under stell. Beboer blir guidet til å: 1) åpne begge hender, 2) strekke armene mot hodet, 3) bøye og strekke ankler, knær og hofte, 4) snu seg i sengen og 5) sette seg opp på sengekanten. Sykepleier eller annet personale vurderer beboers smerterelaterte atferd fortløpende etter hver bevegelse. Blir det observert atferd som for eksempel lyder eller ansiktsuttrykk som er forbundet med smerte, avsluttes mobiliseringen umiddelbart og atferden registreres ved hjelp av NRS (Sandvik & Husebø, 2011).

Del 2 tar for seg hodet, munn og hals, bryst, lunger og hjerte, hud, infeksjon og sår, øvre del av mage, samt bekken. I denne delen blir det brukt et kroppskart for å kunne lokalisere den observerte smerteatferden på tegningen. I tillegg skal observert smerteintensitet den siste uken skisseres på smerteintensitetskalaen NRS. Helt til slutt skal det også gis en helhetlig vurdering av beboers smerte på en NRS (Sandvik & Husebø, 2011).

I 2014 ble det gjort en metaanalyse med en gjennomgang av 441 potensielle oversiktsartikler, hvor av 23 ble inkludert. Totalt 28 smertekartleggingsverktøy tilpasset personer med demens ble omtalt, inkludert MOBID-2. Ingen av disse verktøyene viste seg i disse studiene å være tilstrekkelig pålitelig, gyldig eller klinisk egnet. På bakgrunn av eksisterende forskning kunne de derfor ikke anbefale noen av disse verktøyene. I diskusjonsdelen av artikkelen blir det tatt opp at mangelen på en gullstandard gjør forskningen på dette feltet vanskelig. Det var metodiske begrensninger med stor variasjon i kontekst og personer som var inkludert i de ulike studiene. Det vil være behov for videre forskning på området (Lichtner, Dowding, Esterhuizen, Closs, Long, Corbett & Briggs, 2014).

Forskning gjort at Husebø, et.al (2009) viser likevel at MOBID-2 kan regnes som et pålitelig og gyldig kartleggingsverktøy. Dette forsterkes i videre forskning, og i en nyere artikkel fra 2014 (Husebø, Ostelo & Strand, 2014). Resultatene fra deres forskning tyder på at MOBID-2 kan regnes som både pålitelig (reliabel) og gyldig (valid). Verktøyet viser god pålitelighet ved at det er god overenstemmelser mellom test og retest gjort ved baseline, etter 2 og 4 uker på pasienter det ikke var forventet endring. Den viser også god gyldighet ved at det er stor overenstemmelse mellom sykepleiers vurdering, bruk av MOBID-2 og legens kliniske undersøkelser. Dette er et verktøy som baserer seg på observasjon, og vil da særlig være et godt alternativt smertekartleggingsverktøy for personer med demens som ikke er i stand til å gi uttrykk for smerter, eller dens intensitet. I tillegg kommer det frem i studien at verktøyet er tidseffektivt, noe som gjør den godt egnet på en sykehjemsavdeling hvor dagene kan være travle. På bakgrunn av dette kan det hevdes at MOBID-2 kan regnes for å være et godt egnet måleredskap. På en annen side kommer det frem at endringer i mental status, aktivitetsmønster, sosialisering og rutiner er faktorer som kan bli påvirket dersom personen har smerter. Disse faktorene kommer ikke frem ved bruk av MOBID-2, og viser igjen nødvendigheten av en mer sammensatt smertekartlegging hvor flere verktøy tas i bruk.

På bakgrunn av samtlige forskningsartikler jeg har tatt i bruk i denne oppgaven forstår jeg at demens kompliserer smertekartleggingen grunne redusert minne og evne til verbal kommunikasjon. Selvrapporing av smerter alene er ikke godt nok for personer med demens. Det å observere atferd er nødvendig for å måle smerte hos personer med moderat til alvorlig kognitiv svekkelse. MOBID-2 viser seg å være et godt alternativ som et standardisert kartleggingsverktøy.

6. Avslutning

Jeg har i denne oppgaven forsøkt å besvare min problemstilling ”Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos beboer med demens på sykehjem”.

Som vi ser i teorikapittelet er utfordringene i arbeidet med personer med demens sammensatte. Særlig på grunn av reduksjon i kognitiv funksjon som gir utfordringer med både språk, hukommelse samt atferdsendringer. I tillegg viser det seg at de ikke alltid kan redegjøre for egen smerte og i noen tilfeller ikke er i stand til å ta hensyn til skader som trenger avlastning og hvile. Smertekartlegging generelt baserer seg mye på verbal kommunikasjon og direkte tilbakemelding fra pasienten, men som det er beskrevet i denne oppgaven er dette ikke tilstrekkelig i arbeid med personer med demens. Dette stiller høye krav til sykepleiers evne til å gjøre gode kliniske observasjoner.

Å kartlegge smerter hos beboer med demens på sykehjem er som å sette sammen et kompleks puslespill. Flere brikker må være på plass for at dette skal være mulig. Kunnskap, opplæring og kompetanseoppbygging blant ansatte må prioriteres selv i en hektisk arbeidshverdag. Samarbeid på tvers med andre yrkesgrupper, inkludert ufaglærte, er en sentral del av det å jobbe på et sykehjem. God kjennskap til beboer og godt samarbeid med de pårørende viser seg også å være avgjørende for god kartlegging og smertebehandling.

For å få god kontinuitet på smertekartlegging må det dokumenteres godt, i tillegg må det utarbeides felles retningslinjer for en mer systematisk kartlegging. For ytterligere kvalitetssikring trengs det gode standardiserte smertekartleggingsverktøy. I forskningen jeg har valgt å trekke frem ser vi at regelmessig bruk av smertekartleggingsverktøy som er laget for akkurat denne pasientgruppen vil kunne bidra til effektiv smertekartlegging og smertebehandling av personer med demens. Vi ser av forskningen at MOBID-2, som bygger på observasjoner av beboeren, kan være et godt egnet verktøy. Det er tidsbesparende, og det viser seg å være pålitelig og gyldig. Ellers viser også forskning at NRS kan være et godt alternativ for beboere med mild til moderat kognitiv svikt der mye av språkfunksjonen er intakt. Jeg vil igjen understreke viktigheten av gode kliniske observasjoner av sykepleier, da et godt smertekartleggingsverktøy sjeldent vil gi det hele bildet alene. Det vil alltid være behov for en sammensatt vurdering av all tilgjengelig informasjon. Litteratursøk og gjennomgang av tilgjengelig forskning viser at det er et behov for ytterligere forskning på

feltet, men også at kvalitetsarbeid blant de ansatte og opplæring i systematisk smertekartlegging vil være avgjørende for videre utvikling.

Som jeg har beskrevet i denne oppgaven, er konsekvensene av manglende smertekartlegging alvorlige for den enkelte beboer. Dårlig smertelindring kan føre til redusert kognitiv- og emosjonell funksjon, ernæringsproblemer, depresjon, søvnforstyrrelser, delirium, nedsatt fysisk funksjon, samt redusert aktivitetsnivå eller immobilitet. Dette vil videre kunne gi svært redusert livskvalitet for den enkelte beboer. Vi som sykepleiere har både en etisk og en lovfestet forpliktelse til å forhindre nettopp dette. God kvalitet på omsorgen som gis, er basert på sykepleierens evne til å opprettholde og videreutvikle sin faglige kompetanse.

Referanseliste

Closs, S.J., Barr, B., Briggs, M., Cash, K. & Seers, K. (2004). A Comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(3):196-204. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2003.12.010

Dalland, O. (2017). *Metode og Oppgaveskriving* (6. utg.) Oslo: Gyldendal.

Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Direktoratet for e-helse (2018). *ICD-10 – Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*.

Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/1/0/0/2>

Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hauge, S. (2014). 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 omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester

Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* m.v. Hentet fra:

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

Helsetilsynet (2014). *Oppsummering av satsinga på tilsyn med helse- og omsorgstenester til eldre 2009-2012*. Rapport fra helsetilsynet 1/2014.

Hem, E. (2013). Pasient, klient, bruker eller kunde? Tidsskrift for den norske legeforening, 8, s. 821. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2013--821.pdf>

- 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., Husebo, S. B., & Ljunggren, A. E. (2009). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation- Behaviour- Intensisty- Dementia (MOBID- 2) Pain Scale in clinical setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24(2), 380-391 Doi: 10.1111/j.147-6712.2009.00710.x
- Jensen, G-M., Tingvoll, W-A., & Lore, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk sykepleie*. (5)3, 26-34.
https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3_vitensk_artikkel_smertebehandling_2406.pdf
- Kirkevold, M. (2014). Samarbeid med pasient og pårørende. I S. Hauge, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (2011). Om sykepleie. Kristoffersen, N.J., Nortvedt & Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2.utg., 2.opplag). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunen og etter lov av 13.desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Lautenbacher, S., Sampson, E. L., Pahl, 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.
- Lichtner, V., Dowding, D., Esterhuizen, P., Closs, S. J., Long, F. A., Corbett, A., & Briggs,

- M. (2014). Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 134(14), 1471-2318. Doi: 10.1186/1471-2318-15-138
- Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. Pain assessment and pain management in patient with dementia: Challenges and dilemmas. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 33(3), 29-33. Doi: 10.1177/010740831303300307.
- Lystad, K., Risberg, T., Leine, H-L., Frøysa, K., Bastiansen, J-E., & Higrav, M. (2012, 28. Mars). Tvangsmedisineres og dør alene. *NRK*. Hentet fra <https://www.nrk.no/livsstil/tvangsmedisineres-og-dor-alene-1.8053540?fbclid=IwAR2nrR2d9miGSWMfwTHcx5O9zBzD5OITpxXvPve0pcZF45siESYQPJw1nMA>
- Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. (2. utg). Seattle: IASP Press.
- Malara, A., Biase, G. A-D., Bettarini, F., Ceravolo, F., Cello, S. D., Garo, M., Praino, F., Settembrini, V., Sgro, G., Spadea, F., & Rispoli, V. (2016). Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of Alzheimer`s Disease* 50(16), 1217-1225. Doi: 10.3233/JAD-150808
- Monroe, B. T., Parish, A., & Mion L. C. (2015). Decision Faktor Nurses ute to Assess Pain in Nursing Home Residents with Dementia. *Arch Psychiat Nurs*.29(5), 316-320. Doi: 10.1016/j.apnu.2015.05.007.
- Norges sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

- Nortvedt, F., Leegaard, M., Valeberg, B. & Helseth, S. (2016). Livskvalitet og smerte – begrep og fenomen. I S. Helseth, M. Leegaard & F. Nortvedt. (Red.), *Livskvalitet og smerte- et mangfoldig forskningsfelt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*(5. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (1999). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ranhoff, H. A. (2014). Delirium (akutt forvirring). I S. Hauge, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rokstad, A. M. (2015). Utfordrende atferd. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens - møte og samhandling*. Oslo: Akribe.
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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>.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slettebø, Å. (2014). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I S. Hauge, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden – holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Torvik, K. & Bjøro, K. (2014). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Torvik, K., & Bjøro, K. (2008). Smerter hos eldre. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Wogn-Henriksen, K. W. (2008). Kommunikasjon. I A.M. Rokstad, & K. L., Smebye (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling*. Oslo: Akribe.

Winger, A. & Leegaard, M. (2016). Smerter. I A.K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. Utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2016). Sykepleieren og pasienten.

Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Vedlegg 1

APPENDIKS

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

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

Smertelyd +Auh +Stærmer Ynser seg Gjiper Skriker	Ansiktsuttrykk Grimaser Fynker på munnen Strammer munnen Lukker øynene	Avvergereaksjon Skjuler seg Bakgritar seg Skjærer fra seg Endringer i pust Krymper seg		

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

1. Led til å åpne begge hender →
2. Led til å strekke armene mot hodet →
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hoftelødd →
4. Led til å smu seg i sengen til begge sider →
5. Led til å sette seg opp på sengekanten →

Smerteintensitet

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

0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIKS

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)

6. Hode, mann, hals →
7. Bryst, lunge, hjerte →
8. Mage - øvre del →
9. Bekken, mage - nedre del →
10. Hud, infeksjon, sår →

Smerteintensitet

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

0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nettspråkforståelse, institutt for særkommunikasjon, Universitet i Bergen