



Smerter hos pasienter som ikke klarer å  
uttrykke det verbalt

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

Kandidatnummer: 561  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9776  
Dato: 23.04.19

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.2019
Tittel: Smerter hos pasienter som ikke klarer å uttrykke det verbalt	
<p data-bbox="164 394 363 421"><u>Problemstilling</u></p> <p data-bbox="164 427 1326 454"><i>Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens i sykehjem?</i></p> <p data-bbox="164 501 427 528"><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p data-bbox="164 535 1382 678">I denne oppgaven benyttes deler av Kari Martinsens og Joyce Travelbees sykepleieteori. Samtidig beskrives sykepleierens rolle og funksjon ovenfor pasienten og medarbeidere, og det blir redegjort for demens, smerter, kommunikasjon og kartlegging av smerter. Relevante juridiske og etiske aspekter ved tematikken blir også trukket inn.</p> <p data-bbox="164 725 264 752"><u>Metode</u></p> <p data-bbox="164 759 1406 902">Dette er en litterær oppgave hvor det anvendes eksisterende fag- og forskningslitteratur sammen med egne erfaringer. Teori, erfaringer og funn i forskningslitteratur settes opp mot hverandre for å finne svar på problemstillingen. Faglitteratur er hovedsakelig hentet fra sykepleiepensum, og forskningslitteratur er hentet fra databasene Cinahl, PubMed og Google Scholar.</p> <p data-bbox="164 949 276 976"><u>Drøfting</u></p> <p data-bbox="164 983 1401 1158">Teori, funn i utvalgt forskning og egne erfaringer blir analysert, vurdert og tolket for å finne svar på problemstillingen. Hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for at sykepleieren skal kunne kartlegge smerte hos personer med demens, hvilken kunnskap som er viktig for tilstrekkelig smertekartlegging hos denne pasientgruppen, betydningen av tverrfaglig samarbeid og bruk av pårørende, og hvordan MOBID-2 fungerer blir vurdert i drøftedelen.</p> <p data-bbox="164 1205 316 1232"><u>Konklusjon</u></p> <p data-bbox="164 1238 1398 1413">For at sykepleier skal kunne kartlegge smerter hos personer med demens må sykepleieren ha kunnskap om smerte hos demente, demens, non-verbale kommunikasjon, observasjon og bruken av MOBID-2. For å få en tilstrekkelig smertekartlegging må hun ha et godt samarbeid med kollegaene sine og pårørende til pasienten. Kjennskap til pasienten og daglig nærhet er viktige faktorer for å kunne utføre korrekt smertekartlegging.</p>	

(Totalt antall ord: 248)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	1
1.3	Avgrønsing og presisering av problemstilling .....	2
1.4	Målgruppe og kontekst.....	2
1.5	Begrepsavklaring .....	2
1.6	Oppgavens oppbygning .....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>4</b>
2.1	Demens.....	4
2.2	Smerte hos den eldre pasienten.....	6
2.3	Sykepleiefaglig relevans.....	7
2.4	Kartlegging.....	8
2.4.1	Kommunikasjon med pasienter med alvorlig demens .....	9
2.4.2	Observasjon og MOBID-2.....	9
2.5	På sykehjemmet .....	11
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>13</b>
3.1	Valg av metode .....	13
3.2	Fremgangsmåte ved utvalgt forskningslitteratur .....	13
3.2.1	Søkehistorikk i tabell.....	14
3.3	Fremgangsmåte ved utvalgt teori .....	15
3.4	Kildekritikk .....	15
3.5	Etiske vurderinger .....	17
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultater .....</b>	<b>18</b>
4.1	Artikkelmatrise .....	18
<b>5</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>21</b>
5.1	Kunnskapsbasert sykepleie .....	21
5.2	Sykehjem som kontekst .....	24
5.3	Kartlegging.....	25
5.3.1	Kommunikasjon- og observasjonsferdigheter .....	25
5.3.2	Systematisk kartlegging med MOBID-2 .....	27
5.4	Betydningen av tverrfaglig samarbeid og bruk av pårørende.....	29
<b>6</b>	<b>Oppsummering/avslutning/konklusjon .....</b>	<b>31</b>
	Litteraturliste.....	32
	Vedlegg .....	35

# **1 Innledning**

Smerte er en subjektiv opplevelse som kun kan beskrives av pasienten som selv opplever det (Torvik & Bjøro, 2014). Alvorlig demens påvirker blant annet språkfunksjonen i hjernen, som kan føre til svekket språkevne (Engedal & Haugen, 2018b). Når pasienten ikke klarer å fortelle med ord at han har vondt, gir dette sykepleieren en utfordring i kartleggingen og behandlingen av smerter. For å ivareta sykepleierens lindrende og behandlende funksjon hos personer med demens, skal jeg i denne oppgaven undersøke hvilke muligheter sykepleieren har for å kartlegge smerter på andre måter.

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

I underkant av 80 000 lever med demens i Norge. Dette estimatet er trolig for lavt fordi det kan være mange som har sykdommen uten å være diagnostisert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Fordi forekomsten av demens øker med alder, og det blir et økt antall eldre i samfunnet, kan vi regne med at antallet personer med demens vil fordobles innen 2040 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Studier viser at omtrent 60-80% av pasienter på sykehjem har smerter (Sandvik & Husebø, 2011). Den kognitive svikten ved demens gjør det vanskelig for sykepleieren å gjenkjenne smerter hos denne pasientgruppen. Dette fører til at smerter hos denne pasientgruppen er underrapportert (Husebø, Achterberg & Flo, 2016).

Som sykepleierstudent har jeg erfaring fra praksis i sykehjem og har jobbet med pasienter med Huntington Chorea. Jeg har opplevd at sykepleiere, og meg selv, synes det er vanskelig å forstå hvordan en pasient med nedsatt kommunikasjonsferdigheter virkelig har det. Skillet mellom smerte og urolig atferd synes jeg er vanskelig å se. I Torvik og Bjøro (2014) nevnes det flere kartleggingsverktøy for pasienter som ikke klarer å uttrykke smerte verbalt, men disse har jeg ikke sett blitt brukt i praksis. Ifølge NSF og de yrkesetiske retningslinjene (2016) har sykepleiere et ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. Hensikten med denne oppgaven er å tilegne meg kunnskap om temaet. Dette fordi jeg ønsker å bli en sykepleier som yter omsorgsfull hjelp og lindrer lidelse ved å kunne kartlegge smerte hos denne pasientgruppen.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

På bakgrunn av begrunnelsen i kapittel 1.1 er problemstillingen min:

*«Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens i sykehjem?»*

### **1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling**

Demenssykdommen skal være så uttalt at pasienten ikke klarer å uttrykke smerte verbalt. Oppgaven tar ikke for seg en spesifikk demensdiagnose da kartlegging av smerte er viktig uansett hva som er årsaken til at pasienten ikke klarer å uttrykke sin opplevelse av smerte verbalt. Smerte kan ifølge Jensen og Dahl (2013) deles inn i fysiologiske og psykologiske smerter. Psykologiske smerter oppstår for eksempel ved depresjon og angst, og til tross for at mange med demens sliter med dette velger jeg på grunn av oppgavens omfang å skrive om kun fysiologiske smerter (Jensen & Dahl, 2013).

For å kartlegge smerte finnes det tre ulike smertekartleggingsverktøy som er tilpasset til bruk hos personer med demens; CNPI, Docoplus-2 og MOBID-2. CNPI og Docoplus-2 gir en indikasjon på tilstedeværelse av smerte, men måler ikke smerteintensitet slik som MOBID-2 gjør (Torvik & Bjørø, 2014). Derfor velger jeg i denne oppgaven å kun fokusere på verktøyet MOBID-2.

I denne oppgaven har jeg valgt å definere og tydeliggjøre sentrale begreper underveis i teoridelen for å unngå gjentakelser underveis. Derfor er begrepsavklaringen avgrenset.

### **1.4 Målgruppe og kontekst**

Målgruppen i denne oppgaven er menn og kvinner med en kjent og alvorlig demenssykdom. Alderen er 65 år og eldre da dette er debutalderen for demens (Engedal & Haugen, 2018a). Helse- og omsorgsdepartementet (2015) slår fast i sin demensplan for 2020 at over 80% av de som bor på sykehjem har demenssykdom. Det er også langtidsavdelinger på sykehjem jeg selv har erfaring fra. Derfor tar denne oppgaven for seg sykepleiere og pasienter på langtidsavdelinger ved sykehjem.

### **1.5 Begrepsavklaring**

**Sykepleier:** I denne oppgaven har jeg valgt å omtale sykepleieren som hun eller sykepleieren. Dette kun for å gjøre det enklere for meg å skrive, og lettere for leseren å skille mellom pasient og sykepleier.

**Pasient:** På bakgrunn av begrunnelse i begrepsavklaringen av «sykepleier» vil pasienten i denne oppgaven bli omtalt som han eller pasienten. Selv har jeg erfaring fra sykehjem som konsekvent bruker ordet beboer om menneskene som bor på sykehjem. Litteraturen jeg leser bruker ordet pasient og målgruppen min er syke mennesker i behandling. Derfor velger jeg å bruke ordet pasient i denne oppgaven.

## **1.6 Oppgavens oppbygning**

Kapittel 2 danner et teoretisk kunnskapsgrunnlag ut ifra faglitteratur hentet hovedsakelig fra pensumlitteratur og noe forskning. Her får du lese om demens, smerte hos eldre pasienter, inkludert konsekvensen av smerter, og kartlegging. Kapitlet skal også gi deg et inntrykk av oppgavens sykepleiefaglige relevans ved hjelp av Joyce Travelbee's og Kari Martinsens ord om sykepleie, samt lovverk og yrkesetiske retningslinjer. I forhold til den sykepleiefaglige relevansen er det kommunikasjon, observasjon og kartleggingsverktøyet MOBID-2 denne oppgaven fordyper seg i. Videre i kapittel 3 forklares hvordan litteratur og forskning deler av denne oppgaven bygger på er valgt ut. Presentasjon av forskningsartiklene kommer i kapittel 4 i form av en artikkelmatrise. I drøftedelen, kapittel 5, tas det utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget fra kapittel 2, og gjøres en sammenligning mot funn i utvalgt forskningslitteratur. Sammen med egne erfaringer drøftes disse opp mot hverandre for å danne et grunnlag som kan gi svar på problemstillingen. Avslutningsvis i kapittel 6 danner jeg en konklusjon basert på en oppsummering av hovedpoengene i drøftedelen.

## 2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet gjøres det rede for utvalgt teori sett i lys av oppgavens problemstilling. Denne teorien skal gi svar på hvorfor problemstillingen er relevant for utøvelse av sykepleie. Teorien skaper et grunnlag for å drøfte frem et svar på problemstillingen.

### 2.1 Demens

Demens er ikke én sykdom, men en paraplybetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner (Skovdahl & Berentsen, 2014). Tilstanden er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, nedsatt evne til å gjennomføre dagliglivets aktiviteter på samme måte som tidligere og endre sosial atferd. For at begrepet demens skal brukes må alltid pasienten ha redusert hukommelse sammenlignet med tidligere. Samtidig må utfordringen ved å gjennomføre dagliglivets aktiviteter kunne relateres til hukommelsesreduksjonen, annen kognitiv svikt og en organisk sykdom i hjernen (Engedal & Haugen, 2018b).

Felles for alle demenssykdommene er at den som rammes vil fungere dårligere og dårligere før han til slutt vil bli helt avhengig av hjelp, altså er det en progredierende sykdom. Hvor raskt denne utviklingen skjer er avhengig av hvilken sykdom som ligger til grunn. Hos noen kan sykdomsforløpet strekke seg over inntil 20 år, mens det hos andre kan være kort og intenst (Skovdahl & Berentsen, 2014). I Norge brukes det internasjonale systemet ICD-10 til å diagnostisere demens. ICD-10 er et klassifikasjonssystem som tar for seg ulke kriterier som må være oppfylt for å få diagnosen demens. Et kriterium for å få diagnosen alvorlig demens er at personen har behov for kontinuerlig pleie og overvåkning (Engedal & Haugen, 2018a).

Personer med demens kan ha svekket oppmerksomhetsevne som fører til redusert evne til å skille mellom viktig og mindre viktig stimuli. Dette gir utfall i både fokusert og delt oppmerksomhet. Fokusert oppmerksomhet er evnen til å holde oppmerksomheten rettet mot én ting over lengre tid, mens delt oppmerksomhet er evnen til å være konsentrert om flere ting samtidig. Redusert evne til delt oppmerksomhet er ofte det vi kan kjenne igjen tidlig ved demens. Når oppmerksomheten er svekket mot den ene siden av kroppen kalles det neglekt. Vi skiller mellom kroppsneglekt og visuell neglekt, men ved demens foreligger ofte begge typer samtidig. Kroppsneglekt betyr at pasienten har manglende oppmerksomhet for stimuli som smerte, berøring og kroppsstilling fra ene halvdel av kroppen (Engedal & Haugen, 2018a). Læring krever oppmerksomhet og hukommelse. Skadene i hjernen ved demens fører til,

og den reduserte hukommelses- og læringsevnen, kan føre til redusert evne til å tolke sanseinntrykk som for eksempel smerte (Skovdahl & Berentsen, 2014).

Språkproblemer, afasi, oppstår ofte hos personer med demens. Engedal og Haugen (2018a) deler språkproblemer ved demens i tre hovedgrupper; ikke-flytende språkvansker, svikt i ordforståelse og vansker med benevning. Ved førstnevnte foregår det en svikt i språkproduksjonen. Dette fører til vanskeligheter med å fullføre setninger, langsom tale og ord blir utelatt eller brukt feil. Pasienten vet ofte hva han vil si, men utføringen svikter. Ved svikt i ordforståelse har pasienten vanskeligheter med å forstå betydningen av enkeltord, oppfatte hva andre sier, forstå skrift eller forstå meningen med det en hører og leser. Pasienten kan snakke i talestrøm med lite mening i og kommunikasjonsverdi for sykepleieren som hører på. Når pasienten har vansker med benevninger har han problemer med å finne ord som resulterer i omformuleringer, eller at han stopper opp midt i en setning (Engedal & Haugen, 2018a).

Nevropsykiatriske symptomer ved demens, også kjent somatferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD), er noe de aller fleste med demens vil oppleve i løpet av sykdomsforløpet. Forekomsten og alvorlighetsgraden øker i takt med utviklingen av demenssykdommen. APSD omfatter psykotiske symptomer, stemningslidelser, angstsymptomer, apati, agitasjon, søvnforstyrrelser og endret spiseatferd (Selbæk, 2018). 70% av pasientene i norske sykehjem har APSD (Skovdahl & Berentsen, 2014). Å forstå denne type atferd kan oppleves frustrerende og utfordrende for pasienten selv, pårørende og pleiere. Derfor blir det også ofte kalt «utfordrende atferd». I en situasjon hvor en pasient med demens viser symptomer på APSD er det viktig å behandle situasjonen og ikke kun symptomene. For å gjøre dette må man kartlegge årsaken til den utfordrende atferden og komme med en individuelt tilpasset behandling. Det må alltid gjennomføres en somatisk undersøkelse ved endring i atferd eller funksjonsnivå hos pasienter med demens. Fordi smerteindikatorer kan ligne på APSD er det viktig å undersøke om pasienten kan ha smerter, og dermed APSD. Behandler man pasientens symptomer og ikke finner årsaken til smertene risikerer man å skjule symptomene på smerte, og samtidig forverre pasientens fysiske og psykiske tilstand (Kirkevold, 2018).



## 2.2 Smerte hos den eldre pasienten

Smerte er en sammensatt opplevelse og som nevnt tidligere kan denne kun beskrives og defineres av pasienten som opplever smerte selv. Likevel har vi en definisjon av den internasjonale foreningen for smerteforskning (ISAP) som sier at smerte er «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade» (Torvik & Bjøro, 2014, s. 390). Den subjektive opplevelsen av smerte understøttes av McCafferys definisjon på smerte: «Smerte er det personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte.» (Torvik & Bjøro, 2014, s. 390). Opplevelsen av smerte inneholder både en sensorisk, emosjonell og kognitiv komponent. Den kognitive komponenten omfatter personens evne til å forstå og tolke smerteopplevelsen (Stubhaug & Ljoså, 2008). Den totale smerteopplevelsen og smertereaksjonen hos hver enkelt pasient vil forsterkes eller reduseres av blant annet pasientens sosiale tilstand og kulturelle forhold (Berntzen, Danielsen & Almås, 2016).

Vi kan dele fysiologisk smerte i flere ulike typer; akutt og kronisk nociseptiv smerte, nevropatisk smerte, visceral smerte og muskulær smerte (Rustøen & Stubhaug, 2011). Akutt smerte oppstår vanligvis i forbindelse med vev som blir skadet i forbindelse med nylig oppstått traume eller sykdom. Dette kan utløse en autonom respons som kjennetegnes med kvalme, økt blodtrykk, puls og temperatur. Langvarig smerte varer som oftest lengre enn tre måneder og fungerer ikke som et alarmsystem slik akutt smerte gjør. Smertetilstanden er ofte utløst av en skade eller sykdom, men fordi kroppens tilhelingssevne ikke er optimal i forhold til tilstanden, vil smerten vedvare. Kroniske smerter hos eldre skyldes som oftest kreft og nevrologiske sykdommer, ulykker og senfølger etter kirurgi (Torvik & Bjøro, 2014).

Et av de vanligste helseproblemene blant eldre er smerte, og et hyppigere forekommende symptom jo skrøpeligere den eldre er. Torvik og Bjøro (2014) referer til en studie gjennomført av Rustøen et al. i 2004 som viser at omtrent hver tredje hjemmeboende nordmann over 60 år lider av kroniske smerter. Fordi Norge har et mål om at eldre skal bo lengst mulig hjemme, vet vi at de aller skrøpeligste og sykeste får sykehjemsplass. Dette gjør at forekomsten av smerter hos pasienter på sykehjem er større. Disse pasientene er mer utsatt for smerte fordi risikoen for smertefulle kroniske sykdommer øker med økende alder, samt at eldre er mer utsatt for fall som kan føre til smertefulle skader. Den eldre kroppen har også en redusert tilhelingsprosess som kan gjøre at disse smertene blir kroniske. De vanligste sykdommene 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 & Bjøro, 2014).

Konsekvensene av smerter hos eldre som ikke blir oppdaget, eller som ikke blir behandlet effektivt, er mange. Disse konsekvensene kan være svært alvorlig for helsen til den enkelte og medføre redusert livskvalitet. Noen av konsekvensene kan være inaktivitet, forsinket mobilisering og sengeleiekomplikasjoner. Mindre fysisk aktivitet forårsaket av smerter gir mer smerte, og dermed er pasienten inn i en ond sirkel som er vanskelig å bryte. Dette fører til tap av selvstendighet hos pasienten (Torvik & Bjøro, 2014). Ubehandlete smerter kan også føre til psykologiske reaksjoner som stress, angst og depresjon, samt at det påvirker matlyst og søvn. Alle disse konsekvensene kan videre føre til forverring av nedsatte kognitive funksjoner, økt forvirring og nedsatt konsentrasjonsevne (Burns & McIlfratrick, 2015).

### **2.3 Sykepleiefaglig relevans**

Ifølge NSF og de yrkesetiske retningslinjene (2016) har sykepleiere et ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. Sykepleie skal også bygge på omsorg, barmhjertighet og med respekt for menneskerettighetene. Kari Martinsen sier omsorg har med nestekjærlighet å gjøre. Med dette mener hun at omsorg er å handle mot andre slik vi ønsker de skal handle mot oss (Nordtvedt, 2012). NSF (2016) påpeker at sykepleieren må sette seg inn i lovverk som regulerer hennes utøvelse av sykepleie.

I Helsepersonelloven § 4 (1999) står det at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Martinsen understøtter hvor viktig det er for sykepleieren å sette seg inn i situasjonens karakter for å utøve moralsk riktige handlinger. Hun sier det er umulig for sykepleieren å handle moralsk riktig ut ifra den normative etikken, prinsipper og regler alene, fordi en må i stor grad ta hensyn til den konkrete situasjonen en står i (Nordtvedt, 2012). Det er viktig at sykepleieren kjenner til grensene for egen kompetanse, utøver sykepleie innenfor disse og ber om veiledning i vanskelige situasjoner. Dette fordi hun har et personlig ansvar for at hennes yrkesutøvelse er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (NSF, 2016).

Sykepleier har en behandlende og en lindrende funksjon. Den lindrende funksjonen innebærer å behandle smerter, men likeså viktig er det å gi pasienten mulighet til å uttrykke hvordan sykdom og behandling oppleves og påvirker livet hans. Sykepleieren må her rette oppmerksomheten mot pasientens livskvalitet, opplevelse og erfaring knyttet til sykdom og lidelse. Sykepleierens behandlende funksjon innebærer å benytte sykepleieprosessen i sin yrkesutøvelse. God kartleggings-, vurderings- og beslutningskompetanse er avgjørende for å utøve en god og kompetent behandlende sykepleie (Nortvedt & Grønseth, 2016). Dette understøttes av Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 1-1 som fremmer ivaretagelse av respekten for den enkelte pasientens liv, integritet og menneskeverd.

Joyce Travelbee vektlegger viktigheten av en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten for å ivareta pasientens individuelle behov. I Travelbee's definisjon av sykepleie sier hun blant annet at sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor sykepleieren hjelper pasienten med å mestre lidelse og sykdom. Hun vektlegger to nødvendige forutsetninger for god sykepleie og etablering av den gode relasjonen. Første forutsetning er at sykepleieren må anvende en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte, som vil si å sitte med kunnskap og evne til å bruke denne. Den andre er evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Travelbee mente at kvaliteten på sykepleieomsorgen bestemmes primært av sykepleierens menneskesyn og forståelse av den syke. For å få til dette er det viktig å se mennesket bak merkelappen «pasient», som gjøres ved å utvikle et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet skapes ved observasjon og kommunikasjon, hvor dette vil være non-verbal kommunikasjon hos oppgavens målgruppe (Travelbee, 1999).

## **2.4 Kartlegging**

«Kartlegging vil si å avdekke status og legge grunnlag for videre tiltak» (Rotegård, Solhaug & Grov, 2015, s.261). Kartleggingsverktøyet er et hjelpemiddel sykepleieren kan bruke i sin vurdering av pasientens behov. Det er viktig at personalet som utfører kartleggingen har relevant kompetanse (Rotegård et al., 2015). For å bevare den lindrende og behandlende funksjonen til sykepleieren, er kartlegging en viktig oppgave. Det er slått fast tidligere i oppgaven at personer med demens har vanskeligheter med å gjenkjenne kroppslig smerte og beskrive dem verbalt til sykepleieren. Derfor må sykepleieren finne andre måter å kartlegge smertene på. I dette kapittelet skal jeg presentere hvilke observasjoner som kan være tegn på

smerte, smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 og hva som må ligge til grunn for at sykepleier skal kunne oppdage smerte hos personen med demens.

#### **2.4.1 Kommunikasjon med pasienter med alvorlig demens**

I følge Travelbee (1999) kan sykepleiere ved hjelp av god observasjon og kommunikasjon slå fast den sykes behov. Observasjon og kommunikasjon er også det første nødvendige steget man tar ved sykepleierintervensjoner (Travelbee, 1999). God kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienten er essensielt for hennes yrkesutøvelse. Mennesker har et behov for å bli sett, hørt og forstått. Ingenting tilsier at dette ikke blir mindre viktig for personer med demens, selv om språket ikke er like effektivt og presist som før. Derfor er det viktig at sykepleieren iverksetter tiltak som vedlikeholder nettopp disse verdiene hos pasienten (Wogn-Henriksen, 2008).

For å få til en god kommunikasjon med pasienten med demens er det viktig at en god relasjon ligger til grunn. Travelbee (1999) sier at sykepleie er en mellommenneskelig prosess. Sykepleieren må kjenne til pasientens sykdommer og livshistorie. Hun må ha evne til å sette seg inn i pasientens situasjon og beherske ulike kommunikasjonsstrategier. God kommunikasjon med denne pasienten krever også tålmodighet, samt evne og vilje til å vise interesse, lytte og forsøke å forstå (Eide & Eide, 2016). Samtidig er det viktig med tid, tydelighet og tilrettelegging for å få til dette. Eksempelvis må man sørge for at pasienten har god hørsel eller riktig tilpasset høreapparat, slik at det ikke oppstår misforståelser (Wogn-Henriksen, 2008).

Nonverbal kommunikasjon er en strategi sykepleieren kan bruke. Denne strategien går ut på å gjenkjenne og tolke ansiktsuttrykk, blikk, kroppsspråk, intensitet, styrke og klang på stemmen, berøring, stillhet og ikke-ord, samt tempo (Eide & Eide, 2016).

#### **2.4.2 Observasjon og MOBID-2**

Ifølge Nightingale (1997) er det å lære sykepleiere hva de skal observere og hvordan, den viktigste praktiske leksen man kan gi dem. Hos personer med alvorlig demens vil observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy være nødvendige. Sykepleier må da observere atferd for å se etter tegn som kan tyde på smerter.

Smerteindikatorer hos gamle med demens:

- Ansiktsuttrykk: Mørkt, trist, fryktsomt ansiktsuttrykk, *grimasering*, *rynket panne*, *lukkede øyne*, rask blinking.
  - Verbalisering, vokalisering: *Sukking*, *jamring*, *stønning*, *grynting*, utrop, gjentatte monotone rop, støyende utbrudd, rop om hjelp, grove utrop.
  - Kroppsbevegelser: Rigid og anstrengt kroppsstilling, *beskyttende kroppsbevegelser*, *urolige*, *nervøse bevegelser*, gyngende bevegelser, rytmiske bevegelser, begrensede, monotone bevegelser, endringer i gangart og kroppsbevegelse.
  - Forandring i mellommenneskelig samhandling: Aggressiv, stridslysten, motsetter seg omsorg, minkende sosiale indikasjoner, sosialt uakseptabel, oppvirrende, forstyrrende oppførsel, tilbakeholden, reservert oppførsel.
  - Forandringer i aktivitetsmønster og rutiner: Matvegning, endringer i matlyst, lengre hvileperioder, endringer i søvnmønster, plutselige endringer i vanlige rutiner, økt vandring.
  - Forandring i mental status: Gråtetokter, rennende tårer, økt forvirring, irritabilitet.
- Atferdstyper som er kursiverte, forekommer hyppigst.* (Torvik & Bjøro, 2014, s. 398)

Sykepleier må være tilstede og observere pasienten gjennom ulike situasjoner til ulike tider. Et eksempel på når hun må observere er når pasienten har vært i ro og skal sette i gang en bevegelse. Fordi pasienten har demens og dermed hukommelsesproblemer, er det ikke sikkert pasienten husker at han har vondt i hofta. Dermed kan det å reise seg fra en stol som om ingenting er galt føre til et sinneutbrudd, fordi smertene fra hofta er overraskende og skaper frykt (Rokstad, 2008). MOBID-2 er et verktøy som kan brukes til dette. Verktøyet er delt inn i to deler hvor del 1 kartlegger smerte ut ifra fem ulike bevegelser hvor man får beveget hele kroppen. Dette gjør at man får sett om pasienten har smerter i muskulatur, ledd og skjelett. Sykepleieren skal her lede an bevegelsene, eller observere pasienten i bevegelse på sykehjemmet. Del 2 skal fange opp smerter i de indre organene som for eksempel hjertet, lungene og magen, samt hodet og hud. Smerter herfra kan komme fra sykdom, sår, infeksjon eller fall. Sykepleieren bruker sansene sine til å observere smerteatferd hos pasienten og kartleggingen foregår over en ukes tid. Ut ifra observasjonene sykepleieren gjør seg gir hun en score mellom 0-10, der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte (Husebø et al., 2009).

## 2.5 På sykehjemmet

I 2017 var det 32 733 personer som benyttet seg av langtidsopphold på sykehjem (Statistisk Sentralbyrå, 2018). Dette vil si at omtrent 20% av alle innbyggerne over 80 år befinner seg på langtidsopphold på sykehjem (Romøren, 2014). Pasienter på denne avdelingen har et så omfattende pleie- og omsorgsbehov at de er avhengig av pleie døgnet rundt (Romøren, 2014). De hyppigste årsakene til innleggelse er aldersdemens, hjerneslag, psykiske lidelser og hjerte- og lungesykdommer. Vanligvis har pasientene en kombinasjon av to eller flere kroniske sykdommer (Hauge, 2014). Hver enkelt kommune har ansvar for å tilby et tilpasset, nødvendig og faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenestetilbud til sine innbyggere. Langtidsopphold på sykehjem skal være et godt sted for mennesker å bo (Hauge, 2014).

Samhandlingsreformen er først og fremst ment som en forbedring av oppgavefordelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (Førland, 2014). Reformen skal altså få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen, samtidig som den blant annet skal føre tjenester nærmere der folk bor (Helsedirektoratet, 2018). Dette gjør at det blir økning i behov for langtidsplasser på sykehjem og pasientene som kommer dit er sykere. Sykehjemmene får nye og mer komplekse oppgaver som krever mer sykepleie- og medisinskfaglig kompetanse. Dette understreker viktigheten av at sykehjemmene fungerer som et medisinsk utredning- og behandlingstilbud, og samtidig gir god pleie og omsorg basert på kvalitet og individualitet. Sykehjemmet har ansvar for å tilrettelegge for dette, mens sykepleierne har ansvar for å gjennomføre. Dette krever høy sykepleiefaglig kompetanse (Hauge, 2014).

Sykepleiere som jobber på sykehjem har en spennende og utfordrende arbeidshverdag hvor deres helhetlige kompetanse blir utfordret. Det jobber flere ulike yrkesgrupper på et sykehjem som for eksempel helsefagarbeidere, leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter (Hauge, 2014). 16% av de ansatte i kommunen er sykepleiere, som vil si at flesteparten av personalet på sykehjem er helsefagarbeidere eller faglærte (Førland, 2014). Uansett om det er mange eller få sykepleiere på jobb har hun et ansvar for kvaliteten på tjenestetilbudet som blir gitt. Sykepleieren sitter med mest kompetanse i det daglige arbeidet og har dermed ansvar for å lede pleieteamet, sørge for fagutvikling og kvalitetssikre arbeidet (Hauge, 2014). Dette krever at sykepleieren har organisatorisk kompetanse som vil si å kunne organisere sitt eget arbeid, samt vite hvordan organisasjonen hun jobber i er bygget opp og fungerer. Hun må vite hvilken kompetanse kollegaene har, og hvordan hun skal fordele personalressursene på en måte som sikrer kvaliteten på omsorgstilbudet til pasientene. Som faglig leder på en

sykehjemsavdeling kan sykepleieren bruke sin undervisende funksjon til å oppmuntre pleieteamet til faglige diskusjoner, etterspørre pasientens behov og gi råd og veiledning. Samtidig må hun respektere og benytte seg av helsefagarbeidernes kompetanse og erfaring til å utvikle avdelingens fagmiljø. Sykepleieren er nøkkelen i det tverrfaglige samarbeidet ved at hun har muligheter til å ta initiativ og legge til rette for dette. Ved å være en god rollemodell vil også sykepleieren bidra til høy faglig standard (Hauge, 2014).

Å være faglig leder med ansvar for pleieteamets utøvelse av pleie til pasientene er en utfordrende oppgave. Særlig vanskelig er det dersom det har utviklet seg en kultur i avdelingen der ansattes rutiner kommer foran pasientens ønsker og behov (Hauge, 2014). Norsk Sykepleierforbund har skrevet om en rapport gjennomført av NOVA som sier at halvparten av de som jobber i hjemmesykepleien og sykehjem vurderte å slutte. Dette fordi de mente å ikke kunne utøve sykepleie som var etisk og juridisk forsvarlig på grunn av underbemanning, for stor arbeidsbelastning, tidspress og for lite sykepleiere på jobb (Gautun, Øien & Bratt, 2016).

### **3 Metode**

Metode er en fremgangsmåte man bruker for å tilegne seg kunnskap som kan gi svar på en problemstilling (Dalland, 2017).

#### **3.1 Valg av metode**

Min oppgave er en litterær oppgave. En litterær oppgave kjennetegnes ved å hente data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori for å tilegne seg kunnskap. For å finne et mest mulig konkret svar har jeg tilpasset den faglige kunnskapen til oppgavens mål (Dalland, 2017). Kunnskap jeg har tilegnet meg i teoridelen drøfter jeg opp mot hverandre, sett i et sykepleiefaglig perspektiv, i drøftingsdelen for å finne svar på min problemstilling.

Utvalget av fag- og forskningslitteratur brukt i oppgaven består både av kvalitative og kvantitative metoder. Den kvalitative metoden sørger for å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles. Den kvantitative metoden har fordelen med at resultatene er målbare. Begge metodene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i (Dalland, 2017). Begge metodene mener jeg er viktig for å belyse min problemstilling. Dette fordi kvalitative forskningsartikler får frem erfaringer fra kartlegging av smerter hos personer med demens og kvantitative kan si noe om hvor viktig temaet er, samt reliabilitet i eksempelvis MOBID-2.

#### **3.2 Fremgangsmåte ved utvalgt forskningslitteratur**

For å finne forskningslitteratur har jeg brukt databaser fra skolens nettsider; CINAHL og PubMed. Jeg begynte med søkeordene «pain assesment», «dementia», «nurses», «identifying pain», «pain measurement» og «nursing homes». Disse søkte jeg med i ulike kombinasjoner og med den boolske operatøren AND. Etterhvert som jeg ble mer kjent med artiklene ønsket jeg mer forskningslitteratur om MOBID-2 og erfaringer med de ulike smerteindikatorerne hos oppgavens pasientgruppe. For å finne dette gjorde jeg om søkene noe ved å kombinere de nevnte søkeordene med «pain expressions» og «MOBID-2». Alle søkene ble begrenset til «full text» og fra år 2009 til 2019.

Jeg ønsket også å finne norske studier som gikk mer inn på utfordringene ved kartlegging av smerte hos personer med demens. Dette fant jeg ved å bruke Google Scholar. Når jeg hadde



funnet artikler jeg ville anvende i oppgaven brukte jeg Oria til å sjekke om de var fagfellevurdert. Artikkelen «Pain management in patients with dementia» fikk jeg av veilederen min og etter å ha lest den selv, valgte jeg å inkludere den i oppgaven min.

### 3.2.1 Søkehistorikk i tabell

Nedenfor er søkehistorikken presentert i en tabell.

Søk:	Database:	Søkeord og søkekombinasjoner:	Antall treff:	Funn:
1	CINAHL	pain assessment AND dementia AND nurses	11	Artikkel nr.2: Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards towards pain assessment.
2	PubMed	Identifying pain, dementia	35	Artikkel nr.11: Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review
3	CINAHL	Pain measurement AND dementia AND nursing homes	9	Artikkel nr.5: Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake.
4	CINAHL	Dementia AND MOBID-2	1	Artikkel nr.1: Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the MobilizationObservation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2). Pain Scale in a clinical setting.
5	PubMed	MOBID-2 AND dementia AND nursing homes	4	Artikkel nr.3: The MOBID-2 pain scale: reliability and responsiveness to pain in patients with dementia.
6	PubMed	Dementia AND pain expression AND nursing homes	5	Artikkel nr.1 (ut ifra "best match box"): Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia.  Artikkel nr.2 (ut ifra "best match box"): Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain?
7	Google	Kartlegging av smerter hos	747	Artikkel nr. 4: Smertekartlegging

	Scholar	personer med demens i sykehjem		og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer  Artikkel nr.7: Smertebehandling til personer med langtkommen demens
--	---------	--------------------------------	--	--

### 3.3 Fremgangsmåte ved utvalgt teori

Jeg begynte med å gå gjennom pensum vi har brukt i løpet av sykepleierstudiet for å finne relevant faglitteratur til min oppgave. Til å gjøre rede for pasienten, diagnosen og fenomenet har jeg hovedsakelig brukt bøkene «Geriatrisk sykepleie», «Kommunikasjon i relasjoner» og «Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling». For å finne relevant faglitteratur til å styrke det sykepleiefaglige perspektivet i oppgaven har jeg brukt «Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie» og «Klinisk sykepleie 1». Jeg brukte også relevant faglitteratur fra de samme bøkene jeg brukte i den mer medisinske-faglige delen av oppgaven til å styrke den sykepleiefaglige relevansen. Etske retningslinjer og juridiske føringer har jeg funnet fra primærkildene Yrkesetsiske retningslinjer for sykepleiere og Lovdata. Til metodedelen, og hjelp generelt gjennom hele oppgaven, har jeg brukt Dalland (2017) sin bok om metode og oppgaveskriving.

### 3.4 Kildekritikk

«Kildekritikk betyr både å vurdere og karakterisere den litteraturen du har funnet» (Dalland, 2017, s.158). Jeg skal nå presentere kildekritikk av oppgaven min ut ifra Dalland (2017) sitt kildehierarki.

Som nevnt tidligere var det mye fag- og forskningslitteratur å finne som kunne være relevant for min oppgave. Databasene jeg har søkt i gir artikler publisert i vitenskapelige tidsskrifter beregnet for helsepersonell. Kvaliteten på disse forskningsartiklene har blitt sikret av redaksjonen til tidsskriftet og uavhengige fagpersoner som skal vurdere den enkelte artikkelen sin vitenskapelige standard (Dalland, 2017). Alle forskningsartiklene jeg har valgt å ta med er fagfelleverdert. Jeg har også sett på hvem det er som har publisert de ulike artiklene og at de inneholder en god diskusjonsdel for å kvalitetssikre dem. Bettina Husebø er forfatter i flere av forskningsartiklene mine. Hun jobber ved Universitetet i Bergen. Dette øker min pålitelighet til henne (Dalland, 2017). Samtidig har Bettina Husebø vært med på å utvikle

smertekartleggingsverktøyet MOBID-2. Dette tenker jeg er både positivt og negativt. På en side kan man spørre om hun da er kritisk til sitt eget kartleggingsverktøy i sine forskningsartikler. På en annen side kjenner hun verktøyet godt og kan derfor få større utbytte i sin forskning sammenlignet med andre som ikke kjenner verktøyet like godt. Alle forskningsartiklene mine har helsepersonell som målgruppe, eller har brukt pasienter og sykepleiere på sykehjem. Dette øker kvaliteten på artiklene ut ifra oppgavens mål.

En forskningsartikkel er fra 2009, som kan fremstå gammel. Årsaken til at jeg likevel har valgt å ta den med er at i nyere forskningen jeg har anvendt fra 2016, og nyere fagbøker, er fortsatt MOBID-2 det smertekartleggingsverktøyet som blir skrevet om. Etersom jeg ikke har sett at det er blitt gjort noen endringer med selve verktøyet siden 2009 har jeg valgt å ta med forskning fra den tid og. Jeg har derfor vært oppmerksom på å bruke meninger om hvordan det fungerer i praksis fra nyere litteratur for å holde oppgaven min mest mulig dagsaktuell.

Jeg har valgt lærebøker og faglitteratur fra pensumlisten fordi dette er kilder som er knyttet til sykepleiestudiet og gir en oversikt over de mest innflytelsesrike forfatterne innenfor faget (Dalland, 2017). I noen av bøkene refereres det til forskning og litteratur som er eldre enn 10 år. Etersom de har valgt å bruke dette i de nyere bøkene likevel, stoler jeg på at det er like relevant det året de skrev boken som når primærkilden publiserte det. Med dette risikerer jeg at sekundærkilden har oversatt og tolket slik at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (Dalland, 2017). Der hvor det finnes nyere statistikk, som for eksempel om forekomst av demens i Norge, har jeg heller valgt å bruke andre kilder for høyere relevans. Selv om «Klinisk sykepleie 1» i hovedsak tar for seg sykepleie til akutt kritisk syke i spesialisthelsetjeneste, har jeg funnet noe relevant her til min oppgave. Sykepleierens funksjon kan overføres fra sykehus til sykehjem da barmhjertighet, omsorg og kunnskap er viktig begge steder.

Anne Rokstad skrev boken «Personer med demens – møte og samhandling» i 2008. Denne har det blitt gjort opptrykk av flere ganger, deriblant i 2015. Etersom jeg synes 2008 er en eldre kilde valgte jeg å bruke Engedal og Haugen (2018) i stedet når det kom til å skrive om selve sykdommen demens og symptomer ved demens. Jeg fant derimot mye relevant i kapittelet om kommunikasjon skrevet av Wogn-Henriksen (2008) samt et eksempel angående observasjon i Rokstad (2008). Fordi jeg ikke synes Engedal og Haugen (2018) hadde like relevant teori om kommunikasjon hos demente og jeg likte eksempelet om observasjon,

valgte jeg å bruke boken til Rokstad fra 2008 til dette. Eide og Eide (2016) blir brukt til å tilføye nyere kunnskap om kommunikasjon for å styrke dette kunnskapsgrunnlaget.

### **3.5 Ethiske vurderinger**

Noen av forskningsartiklene mine er reviews som vil si at det er en risiko for feiltolkninger og feil oversettelse av sekundærkilden, i forhold til opprinnelig innhold. Samtidig er de fleste forskningsartiklene på engelsk og min egen oversettelse og tolking av disse kan også føre til feil og misforståelser. Ved å bruke Google Scholar fikk jeg veldig mange flere treff enn ved andre databaser. Med så mange treff i søket mitt, kan det hende jeg har gått glipp av artikler som hadde passet bedre til oppgaven enn de jeg har valgt ut.

Når jeg deler mine egne erfaringer i denne oppgaven anonymiserer jeg disse ved å ikke nevne konkrete steder, tidspunkt og pasientenes kjennetegn. Dette for å sikre at du som leser oppgaven ikke skal kunne skjønne hvor eller hvem det er jeg skriver om.

## 4 Presentasjon av forskningsresultater

Forskningsartiklene mine er presentert i en artikkelmatrise under. Dette for å skape en skjematisk og systematisk oversikt over artiklene. I matrisen beskrives hensikt, metode og funn. Artiklene er sortert etter artikkelforfatters navn.

### 4.1 Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Achterberg, W. P., Pieper, M. J. C, van Dalen-Kok, A. H., de Waal, M. W. M., Husebø, B. S., Lautenbacher, S., Kunz, M., Schreder, E. J. A. & Corbett, A. (2013).	Pain management in patients with dementia.	Clinical Interventions in Aging.	Undersøke 4 perspektiver som påvirker kartlegging av smerte hos demente. 1: hvordan demens påvirker smerteoppfattelse og behandling av smerte hos demente sett i et medisinsk perspektiv. 2: utfordringer med kartlegging av smerte hos demente. 3: kvaliteten av smertekartleggingsverktøy. 4: ytre faktorer som gjør kartleggingen av smerte hos demente utfordrende.	Kvantitativ litteraturgjennomgang ved bruk av PubMed.	For å løse den nåværende mangelfulle kartleggingen av smerte i demens, er det nødvendig med en helhetlig tilnærming. Dette vil inkludere et nøyaktig, validert vurderingsverktøy som er følsomt for ulike typer smerte og terapeutiske effekter. Innføringen av kartleggingsverktøy krever bedre opplæring og støtte til omsorgspersonell på tvers av alle innstillinger.
2	Burns, M. & McIlfratic, S. (2015)	Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment.	International Journal of Palliative Nursing.	Å undersøke sykepleieres kunnskap og holdninger til å kartlegge smerte hos eldre mennesker med demens.	En systematisk gjennomgang av fagfellevurdert forskning publisert mellom 2000-2014. 11 artikler ble inkludert.	Smertekartlegging hos mennesker er utfordrende for sykepleiere. Det er mangel på tid, tverrfaglig samarbeid, opplæring og kommunikasjon. Smertekartleggingsverktøy er utilstrekkelig. Arbeidsmessige overbelastninger er en barriere for smertekartleggingen.
3	Husebø, B. S., Achterberg, W. & Flo, E. (2016)	Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review	CNS Drugs	Svare på 3 spørsmål: 1: Hvilke smertekartleggingsverktøy for personer med demens viser endring i score når det gjelder smerteintensitet? 2: Hvilke smertestillende medikamenter det er testet effekt av hos pasienter med demens ved livets slutt? 3: Hva ble brukt for å måle om en pasient er i smerter, smerteatferd og/eller effekten av smertestillende hos mennesker med demens?	Systematisk gjennomgang av 124 artikler hvor 12 ble inkludert. Det ble gjort søk i flere databaser med søkeordene «pain», «pain treatment» og «dementia».	1: Til tross for økt bruk av smertestillende er smerter hos mennesker med demens utbredt. 2: Nyttige og tilgjengelige smertekartleggingsverktøy er ikke nok implementert på sykehjem. 3: Det er mangel på retningslinjer for smertekartlegging og behandling hos pasienter med demens på sykehjem.

4	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.	Utforske reliabiliteten til MOBID-2.	Kvantitativ metode. Studien tok for seg 352 pasienter fra 18 ulike sykehjem i Norge.	De faktorene verktøyet tar for seg viser høy pålitelighet, da særlig del 1. De fant også at pasienter MOBID-2 hadde blitt utført på hadde mindre smerter i ettertid enn de som ikke hadde blitt med i studien.
5	Husebø, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebø, S. B. & Ljunggren, A. E. (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 Science	Undersøke validiteten til smertekartleggingsverktøyet MOBID-2, smerteindikatorerne i skalaen, hvorvidt den målet smerteintensitet og den sammenlagte smerteskalaen.	Studien tok med 26 pasienter som 11 sykepleiere observerte på et sykehjem i Bergen. Sykepleierne fikk i oppgave å gjennomføre MOBID-2-scoring under morgenstell. Morgenstellet ble filmet for å gjøre ny scoring ut ifra opptakene.	Med grunnlag i smerteopptak, standardiserte bevegelser og tegningene av smerter ble MOBID-2 smerteskala vist å være tilstrekkelig pålitelig, gyldig og tidsbesparende for sykepleiere å vurdere smerte hos pasienter med alvorlig demens. Smerter ikke relatert til muskel- og skjelettsystemet er vanskeligere å vurdere.
6	Husebø, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebø, S. B., & Ljunggren, A. E. (2010)	Pain in older persons with severe dementia (...).	Scandinavian Journal of Caring Sciences.	Undersøke faktorer ved MOBID-2 og påliteligheten til verktøyet.	Kvantitativ metode hvor 77 pasienter med demens i norske sykehjem deltok. Sykepleierne kjente pasientene fra før.	MOBID-2 er et pålitelig, gyldig og tidseffektivt verktøy.
7	Jenssen, G.-M., Tingvoll, W.-A., & Lorem, G. F. (2013)	Smertebehandling til personer med langtkommen demens.	Geriatrisk Sykepleie.	Finne ut hva som er utfordrende for smertevurdering og kartlegging hos personer med demens og språkvansker.	Kvalitativ metode hvor de intervjuet fem sykepleiere, som arbeider på sykehjemsavdelinger tilrettelagt for personer med demens.	Årsaken til over- og underbehandling av smerter er: vanskeligheter med å tolke pasientens uttrykk, manglende faglige basiskunnskaper, manglende kunnskap om demenssykdom samt manglende samarbeid innad i helsefaggruppen.
8	Lautenbacher, S., Sampson, E.L., Pahl, S. & Kunz, M. (2017)	Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain?	Pain Medicine.	Undersøke hvilke ansiktuttrykk sykepleierne stoler mest på for å identifisere smerte og intensitet av smerte hos pasienter med demens i sykehjem.	Kvantitativ studie hvor 79 sykehjem deltok. De sendte ut spørreskjema med 13 ansiktuttrykk til ulike sykehjem i Tyskland. 284 skjemaer ble fullført.	Alle ansiktuttrykkene i spørreskjemaet ble brukt for å kartlegge smerte, men noen ble betydelig brukt mer enn andre.

9	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	Å utforske sykepleiernes erfaringer med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.	Kvalitativ metode hvor det ble gjennomført 3 fokusgruppeintervju med 6, 5 og 7 sykepleiere.	Faktorer sykepleiere må ta hensyn til når det gjelder kartlegging og behandling av smerte er pasientens høye alder, kromobiditet og polyfarmasi, rutiner for smertekartlegging og smertelindring. Samtidig som etiske betraktninger ved behandling av pasientens smerte.
10	Monroe, T. B., Parish, A, & Lorraine, C. M. (2015)	Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia.	Archives of Psychiatric Nursing	Undersøke sykepleiernes fremgangsmåte ved kartlegging av smerter hos pasienter med demens i sykehjem.	Kvalitativ metode hvor det ble utført to fokusgruppeintervjuer med 29 sykepleiere eller hjelpepleiere på sykehjem i Nashville.	Å kartlegge smerter er komplekst. Pasientene personalet kjente dårligst hadde større risiko for å bli underbehandlet. Pårørende må lyttes til og inkluderes i vurderingen av smerte.

## 5 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte hvordan sykepleier kan kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem. Å drøfte innebærer å analysere, vurdere og tolke utvalgt teori, funn i utvalgt forskning og egne erfaringer. Dette skal bidra til å besvare problemstillingen min (Dalland, 2017).

### 5.1 Kunnskapsbasert sykepleie

Sykepleieren har et ansvar for å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp ut ifra hennes faglige kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999). Travelbee (1999) sier sykepleie handler om å mestre sykdom og lidelse. Dette understøttes av de yrkesetiske retningslinjene som sier sykepleiere har et ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2016). For å få til dette må sykepleieren ha en disiplinert intellektuell og terapeutisk tilnærming (Travelbee, 1999). Det innebærer at sykepleieren må ha nødvendig kunnskap og innsikt for å identifisere og møte pasientens behov. I demensomsorgen er det i likhet med andre områder et krav om at praksisen er kunnskapsbasert for å sikre kvaliteten på omsorgen. Sykepleie skal derfor bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (NSF, 2016). Likevel viser studien til Lillekroken og Slettebø (2013) mangel på dette. Sykepleierne som deltok i studien viste mangelfull kjennskap til smertekartlegging, og verken kunnskap eller kjennskap til observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy. Både i denne studien og Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013) sin kom det frem at sykepleiere ikke benyttet kartleggingsverktøy for smerter. Det var heller ingen felles rutiner eller retningslinjer omkring temaet, selv om det er forsket mye på smertekartlegging hos pasienter med demens de siste årene (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Å kartlegge smerter hos pasienter med demens er en utfordrende sykepleieroppgave på grunn av pasientens manglende evne til å selvrapporing av smerte (Achterberg et al., 2013). Denne utfordringen bidrar til at smerter hos denne pasientgruppen er underrapportert (Husebø et al., 2016). Selv om det er kommet frem at smertekartleggingsverktøy er lite kjent i praksis, har derimot skjema for å kartlegge uro blitt brukt (Jenssen et al., 2013). Dette stemmer med mine erfaringer fra ledelsespraksis i sykehjem, samtidig som det kan diskuteres hvor godt oppfulgt et slikt skjema blir. I min praksis var det en pasient som fremsto mye urolig på kveldstid hvor pasienten hadde økt forvirring, aggresjon, vandring og blamerte seg. Dette hadde gjentatt seg flere ganger på kveldstid og personalet kom til meg frustrerte over



situasjonen. De ønsket at jeg skulle ta det opp med legen for å øke de beroligende medisinene pasienten sto på. Før neste legevisitt laget jeg et uroskjema som personalet skulle følge opp. Ved neste legevisitt så jeg at skjemaet ikke var tilstrekkelig utfyllt og spurte legen hva som kunne gjøres. Han spurte om det kunne være smerter og jeg svarte sannheten; at jeg aldri hadde hørt mistanke om det. Som faglig leder på en sykehjemsavdeling er dette noe jeg skulle spurt pleieteamet mitt om. For det første kunne jeg skapt en diskusjon rundt årsaken til pasientens uro (Hauge, 2014; Kirkevold, 2018). Dette kunne fått personalet til å tenke utenfor boksen og jeg kunne brukt min undervisende funksjon til å gi dem råd om hvilke smerteindikatorer de kunne sett etter. For det andre skulle jeg fulgt opp dokumentasjonen rundt uroskjema og sørget for at det ble utfyllt. For det tredje er det å være en god rollemodell som tar tak i hvordan man omtaler pasienten på vaktrommet et viktig grep i kartleggingen og behandlingen (Hauge, 2014). Selv om man skal vise respekt for medarbeiderne sine og deres erfaringer og kunnskap, kunne jeg stilt meg mer kritisk til dette.

Ifølge Jenssen et al. (2013) er «prøve og feile» vanlig når man ikke klarer å forstå hvorfor en pasient med demens er urolig. Dette var noe legen og jeg i eksempelet ovenfor bestemte oss for å ikke gjøre på grunn av polyfarmasi og at vi enda ikke visste årsaken til pasientens plager på kveldstid. «Prøve og feile» vil si gi pasienten smertestillende eller antipsykotiske legemidler for å se om dette gjør pasienten mindre urolig (Jenssen et al., 2013). Konsekvensen av «prøving og feiling» er at pasientene som fikk denne behandlingen ble sløve, satt mye i ro og sov mye av dagen. Det førte også til at sykepleierne oppfattet pasientenes kognitive tilstand ytterligere redusert (Jenssen et al., 2013). Lillekroken og Slettebø (2013) påpeker også at de eldre oppfattes som overfølsomme for smertestillende medisiner og at det øker faren for fall på grunn av svimmelhet. På en side kan man si å «prøve og feile» er bra dersom det demper uroen til pasienten. Selv om det er et skudd i blinde kan man være heldige å ha behandlet problemene til pasienten (Jenssen et al., 2013). På en annen side kan man spørre om dette er faglig forsvarlig. Ved alvorlig demens kan pasienten ha fremtredende APSD, fordi syndromet øker i takt med utviklingen av demenssykdommen. Dette vil si at atferd som indikerer smerte, kan samtidig være et vanlig symptom på den progredierende sykdommen (Skovdahl & Berentsen, 2014). Dermed kan behandling av uro med antipsykotiske legemidler resultere i medisinerings av uro og ikke smerte (Jensen et al., 2013). Torvik og Bjørø (2014) mener hele 40-46% av de eldre blir behandlet med beroligende medisiner dersom personalet oppfatter dem som urolig. Dette mener jeg understreker viktigheten av kunnskap om smerteatferd hos personer med demens. Denne påstanden støttes

av Skovdahl og Berentsen (2014) som påpeker at det er nødvendig å ha kunnskap om smerte hos demente for å skille mellom demensatferd og smerteatferd.

Forskning viser enighet om at god smertevurdering krever gode fagkunnskaper (Jenssen et al., 2013, Lillekroken & Slettebø, 2013). For det første er det viktig å ha kunnskap om hva demenssykdommens utvikling kan føre til for å skille demensatferd og smerteatferd. På denne måten vil man unngå feilmedisinering som diskutert tidligere (Lillekroken & Slettebø, 2013). Dette sier også studien til Jenssen et al. (2013), samtidig som de påpeker viktigheten av kunnskap om medisiner og tilleggsdiagnoser pasienten kan ha. For det andre er det nødvendig å ha kunnskap pasientens høye alder og komorbiditet (Lillekroken & Slettebø, 2013). Mange eldre har et sammensatt sykdomsbilde som kan gi smerter (Torvik & Bjøro, 2014). Derfor står de også på flere ulike medisiner. Sykepleieren må vite at dette kan føre til at medisinene gir bivirkninger som skjuler pasientens symptombilde på forverring av demenssykdommen eller smerter (Lillekroken & Slettebø, 2013). For det tredje sier studien til Lillekroken og Slettebø (2013) at sykepleierne etterlyser rutiner og retningslinjer for smertekartlegging og behandling av smerter. Smerte er en subjektiv opplevelse som kun kan beskrives og defineres av pasienten som selv opplever smerte (Torvik & Bjøro, 2014). Det er viktig med en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten hvor sykepleieren ser hele mennesket, ikke kun pasientens diagnoser og medisiner, for å få en forståelse av den syke. I og med at det er flere ulike faktorer som påvirker hvordan hvert enkelt menneske opplever smerte, må sykepleieren kjenne til alle faktorene for å bygge en god relasjon (Travelbee, 1999). Hun må kjenne pasientens personlighet, tidligere liv, kultur og sosiale tilstand (Berntzen, Danielsen & Almås, 2016). Burns og McIlpatrick (2015) fant i sin studie at kvaliteten på smertekartleggingen avhenger i stor grad av sykepleierens individuelle intuisjon. Denne intuisjonen er utviklet gjennom relasjon i arbeidet med personer med demens (Burns & McIlpatrick, 2015). Med andre ord er det viktig at sykepleieren sitter på relevant faglig kunnskap, men samtidig må det være en god relasjon mellom sykepleier og pasient for at kartleggingen skal føre til en individuell tilpasset og god behandling. Fordi smerter er individuelt og ikke kan standardiseres, er det rimelig å tro at en felles prosedyre for smertevurdering er et tiltak som ikke er tilstrekkelig godt nok alene (Lillekroken & Slettebø, 2013).

## 5.2 Sykehjem som kontekst

Samhandlingsreformen har ført til at flere får tidligere hjelp av kommunen. Samtidig er det et mål at eldre skal bo lengst mulig hjemme. Dette fører til at det er de aller sykeste som får sykehjemsplass og behovet for sykepleie- og medisinskfaglig kompetanse øker (Hauge, 2014). I et sykehjem jobber sykepleiere sammen med leger, helsefagarbeidere og ufaglærte for å ivareta pasientenes grunnleggende behov. Legen sin oppgave er blant annet å forordne medisiner, samt diagnostisere pasienten (Burns & McIlpatrick, 2015). Ut ifra egne erfaringer er legen fysisk tilstede på avdelingen en gang i uken for å ha legevisitt hvor man går gjennom hver enkelt pasient. Jeg har lært hvor viktig det er med hva man sier som sykepleier under disse visittene, da det ikke alltid er slik at legene ser til pasienten på egenhånd. Dette gjør at det er kun informasjon fra oss sykepleiere legen belager seg på når det gjøres vurderinger og tiltak. Ut ifra hva vi sier kan de sette pasientene på nye medisiner uten en gang å føle behov for å se til pasienten. Dette ansvaret vi sykepleiere har understrekes også i Burns og McIlpatrick (2015) sin studie som sier at sykepleiere har en nøkkelrolle i forhold til smertekartlegging.

Når 16% av de ansatte i sykehjem er sykepleiere vil det si at de fleste er ufaglærte (Førland, 2014). Sykehjemmene sliter med stor utskifting i personalet og mangel på fagfolk, og dette nevnes som en faktor for å holde seg faglig oppdatert blant sykepleierne i studiet til Jenssen et al. (2013). En av sykepleierne trakk frem et eksempel hvor hun tilfeldigvis hadde vært innom avdelingen og en urolig pasient var tema for en stor diskusjon blant pleierne. Pasienten hadde vanskeligheter med å kommunisere og var merkbart urolig. Sykepleieren oppdaget en spesiell urinlukt fra pasienten og fikk beskjed fra pleierne om at han hadde luktet slik i flere dager. Det viste seg at pasienten hadde urinveisinfeksjon og han døde noen dager senere av nyresvikt (Jenssen et al., 2013).

På den ene siden kan man si dette skjedde fordi ufaglært ikke har kompetansen til å forstå at uro og stram urinlukt kan være tegn på smerter relatert til urinveisinfeksjon (Jenssen et al., 2013). Samtidig er sykepleiere pliktig til å bidra i at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2016). Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon er en forutsetning for at de ufaglærte skal kunne videreformidle relevante opplysninger til henne (Hauge, 2014). På en annen side har samtidig ledelsen et ansvar for fagutvikling, og sykepleierens funksjon er avhengig av at ledelsen legger til rette for god pleie og faglig forsvarlighet (Jenssen et al., 2013). Forskning viser at rammefaktorer som lav bemanning, ressursmangel og

nedprioritering er en belastning for sykepleierne og medfører redusert kvalitet på kartlegging og behandling av smerter (Jenssen et al., 2013; Burns & McIlfatrick, 2015).

### **5.3 Kartlegging**

Å kartlegge smerter er en viktig oppgave for å bevare sykepleierens lindrende og behandlende funksjon. Kari Martinsen mener omsorg er å handle mot andre slik vi vil andre skal handle mot oss (Nordtvedt, 2012). Dersom jeg hadde havnet i en situasjon hvor jeg har smerter, men ikke klarer å si «jeg har vondt», hadde jeg ønsket å møte en sykepleier som kunne hjulpet meg med å behandle smertene. For å behandle smerter må man også vite at de er der og man må forstå konsekvensen av ubehandlede smerter.

#### **5.3.1 Kommunikasjon- og observasjonsferdigheter**

Wogn-Henriksen (2008) sier kommunikasjon er en forutsetning for å gi god omsorg til pasienter med demens. Kommunikasjon er et middel for å skape en relasjon og opprettholde menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999). Det brukes altså til å bli kjent med pasienten, forstå og møte hans behov for pleie og omsorg på bakgrunn av sykepleierens fagkunnskaper (Eide & Eide, 2016). Både Torvik og Bjøro (2014) og Lillekroken og Slettebø (2013) mener gullstandarden for smertekartlegging er selvrapporing av smerte. Ettersom smerte er en subjektiv opplevelse som kun kan defineres av personen som selv opplever det, vil det være naturlig å spørre pasienten om han har vondt, og hvor. Fordi demenssykdommen gjør at pasienten mister evne til å huske, vurdere og svare på hvordan smerte er, blir selvrapporing vanskelig hos denne pasientgruppen. Derfor er disse pasientene helt avhengige av sykepleiere som kan å observere og tolke uttrykk de gir som kan indikere smerte på andre måter enn verbal kommunikasjon (Torvik & Bjøro, 2014).

Ved å ha kunnskap om ulike smerteindikatorer hos eldre med demens kan man gjenkjenne smerte uten å måtte få pasienten til å si «jeg har vondt». Ifølge Torvik og Bjøro (2014) er de vanligste tegnene:

- ansiktuttrykk som grimasering, rynket panne og lukkede øyne
- sukking, jamring, stønning og grynting
- kroppsbevegelser som er urolige eller nervøse.

En studie fra nyere tid viser til resultater som sier engstelig uttrykk, rynket panne og ansent kroppsspråk ble mest brukt av sykepleierne til å identifisere smerte (Lautenbacher, Sampson,

Pähl & Kunz, 2017). Samtidig nevner studiet åpent munn, lukkede øyne og at pasienten ser trist ut som vanlige smerteindikatorer. De påpeker viktigheten av kompetansen hos sykepleieren som skal observere smerteindikatorer hos pasienter med demens. Resultatene viste at sykepleiere med et kompetansegrunnlag bygget opp av kurs og erfaring hadde evne til å observere flere tegn på smerte, enn de med mindre kompetanse (Lautenbacher et al., 2017). Achterberg et al. (2013) sin studie støtter påstanden om at det må være tilrettelagt for undervisning i hvordan man skal vurdere smerteindikatorer. En annen viktig faktor for å kunne vurdere smerteindikatorer er å observere pasienten over tid. Sykepleieren må daglig observere pasienten i ulike situasjoner for å kunne vite hva som er normale kroppsbevegelser og ansiktsuttrykk for pasienten (Husebø, Achterberg & Flo, 2016).

Fra kliniske erfaringer hadde jeg en pasient som begynte å slå personalet i magen. Vi strevde med å finne årsaken og trodde først det var personlighetsforstyrrelser som gjorde at pasienten ikke ønsket hjelp fra visse mennesker i personalet. Når vi spurte hvorfor han slo oss i magen, fikk vi ikke noe svar. Samtidig observerte vi at avføringsmønsteret til pasienten hadde endret seg og magen hans var utspilt. Vi spurte om pasienten hadde vondt og pasienten sluttet å slå. Spurte vi hvor han hadde vondt, begynte pasienten å slå mot magen til personalet igjen. Når vi spurte om han hadde vondt i magen, sluttet han å slå. Pasienten ble roligere av smertestillende medikamenter og laktulose gjorde at avføringsmønsteret gikk tilbake til normalen igjen. Eksempelet understreker hva Eide & Eide (2014) sier om kommunikasjon med demente. Det er viktig å ta seg god tid, lytte og ha tålmodighet. Ved å bruke lukkede spørsmål pasienten kan svare på øker man mestringsfølelsen hos vedkommende og minker faren for større uro. Samtidig må sykepleieren bruke bekreftende kommunikasjonsferdigheter for å gi pasienten følelse av ivaretagelse og støtte (Eide & Eide, 2014).

Samtidig som smerteindikatorer kan gi sykepleieren en indikasjon på om pasienten har smerter, er det ikke alltid tilstrekkelig nok. For det første er det ikke sikkert min oppfattelse av en ansent pasient er lik en annen sykepleiers. For det andre sier det ikke nødvendigvis noe om bakgrunnen og lokalisasjonen av smertene. For det tredje kan det misforstås med APSD, på samme måte som APSD kan misforstås med smerter. Enhver uvanlig oppførsel hos personer med demens må undersøkes videre med kartleggingsverktøy som går dypere til verks. Uten systematisk kartlegging vil vurderingen av smerte i stor grad være påvirket av sykepleierens erfaringer. Dette kan føre til feil i vurderingen og ubehandlede smerter hos pasienten (Rotegård, Solhaug, & Grov, 2015). I tillegg til å se etter smerteindikatorer kan

sykepleieren sjekke puls, blodtrykk, svette og blek hud. Disse verdiene vil være forhøyet ved sterke smerter (Berntzen et al., 2016). Samtidig mener Lillekroken og Slettebø (2013) at det ikke trenger å være et tegn på smerte, men pasientens komorbiditet og polyfarmasi. Derfor skal vi se videre på hvordan man kan bruke MOBID-2 til å kartlegge smerter på en systematisk måte og hindre ubehandlede smerter.

### **5.3.2 Systematisk kartlegging med MOBID-2**

MOBID-2 er et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy som brukes ved mobilisering av pasienten. Verktøyet er utarbeidet med hensyn til pasienter med demens og tar for seg om smerter er tilstede, smerteintensitet og lokalisasjon. Det tar ikke for seg om det er akutte eller kroniske smerter det er snakk om. Sykepleieren skal observere ansiktsuttrykk, lyder og kroppsbevegelser hos pasienten i ulike bevegelser. Bevegelsene er ledet av sykepleieren og går ut på å åpne begge håndflater, strekke begge armene over hodet, strekke og bøye på ankler, knær og hofter, snu seg til begge sider i sengen og sitte på sengekanten (Husebø et al., 2009). Uttrykkene, lydene og kroppsbevegelsene sykepleieren skal se etter har mange likhetstrekk med smerteindikatorerne beskrevet i kapittel 5.3.1. Tilsammen er det ti systematiske guidede bevegelser som skal fange opp smertereaksjoner. Dersom sykepleieren ser uttrykk som tyder på smerte stopper hun bevegelsen og noterer ned den antatte smerteintensiteten. For å få til dette er det viktig at sykepleieren har observert pasienten før mobiliseringen slik at antakelsen blir så korrekt som mulig (Husebø et al., 2009).

Del 1 av MOBID-2 tar for seg smerter i muskel- og skjelettsystemet, og det er denne delen forskning får høyest smertescore ut av. Husebø, Strand, Moe-Nilssen, Husebø & Ljunggren, 2010) kom frem til at det var mobilisering av beina som oftest ga uttrykk for smerte. Nyere studiet viser det samme, men legger til at det er bøyeleddene i beina som oftest gjør vondt. Samtidig sier de at å snu seg over i sengen ofte gir utslag i smertescore (Husebø, Ostelo & Strand, 2014). Når det gjelder del 2 av MOBID-2 fant begge artiklene at det var ved bekkenområdet og kjønnsorganene pasientene ga mest uttrykk for smerte (Husebø et al., 2014; Husebø et al., 2010). Fordi sykepleiere ikke har mulighet til å undersøke smerter i de indre organene, hodet og huden, blir disse vanskelig å observere med MOBID-2 smerteskala (Husebø et al., 2010).

Indikasjoner på smerte er oftest ansiktsuttrykk etterfulgt av lyder og forsvar (Husebø et al., 2010). Når pasienten går i forsvar ved å for eksempel ikke vil utføre bevegelsen kan det være fordi pasienten allerede har smerter som gjør at han ikke klarer å starte bevegelsen. Det kan også komme av frykt for smerte eller at pasienten ikke skjønner meningen med bevegelsen. Sykepleieren kan også oppleve at pasienten blir agitert både verbalt og fysisk. Dette kan komme av hukommelsessvikten hos pasienten og at han blir redd når han kjenner smerte og ikke skjønner hvorfor (Husebø et al., 2009; Rokstad, 2008).

På en side kan man dra frem alle svakhetene med MOBID-2 og lure på om det er riktig å bruke verktøyet i kartlegging av smerter. For det første er det sykepleierens og ikke pasientens opplevelse av smerte som blir notert (Husebø et al., 2009). Ivaretagelse av integritet og følelsen av tilstedeværelse er viktig for pasienter med demens slik det er for alle andre. Derfor bør sykepleieren gi pasienten muligheten til å uttrykke hans egen opplevelse verbalt, selv om det er lite håp om at det går (Eide & Eide, 2016; Wogn-Henriksen, 2008). Videre er det viktig at hun forklarer underveis hva det er som skjer under kartleggingen. Da kan man unngå unødvendige overraskelser som kan skremme pasienten og misforstås med uttrykk for smerte. For å få til et mest mulig konkret tall for smerteintensitet bør det være den samme sykepleieren som gjør vurderingen, og gjerne over en ukes tid (Husebø et al., 2009). Samtidig er det viktig å huske at dersom en pasient scorer 9 på smerteintensitet i kneet og 0 på de andre punktene, vil kneet fortsatt være like vondt. Derfor blir den totale smerteintensiteten NRS 9 (Sandvik & Husebø, 2011).

For det andre mangler MOBID-2 en del faktorer som kan påvirke smerte. Forskning etterlyser faktorene søvn, dagligdagse rutiner, sosial omgang, fysisk aktivitet, matlyst og kognitiv status (Husebø et al., 2010). Det er også anbefalt å bruke MOBID-2 under morgenstell som medfører en risiko for at smerte som utløses ved andre aktiviteter eller på andre tidspunkt ikke blir kartlagt (Achterberg et al., 2013). Medisiner pasienten står på, eller endringer i pasientens sykdomstilstand, inkluderes heller ikke i verktøyet. Dette er vesentlige faktorer som vil påvirke smerteintensiteten hos pasienten (Husebø et al., 2014).

For det tredje sier ikke MOBID-2 noe om man utløser akutt smerte eller provoserer kroniske smerter som allerede er tilstedeværende. Derfor er det viktig å avslutte bevegelsen i det man ser indikasjoner på smerte (Husebø et al., 2010). Den nyere studien av Husebø et al. (2014) har konkludert med at pasienter hvor MOBID-2 ble brukt for å kartlegge smerter opplevde

mindre smerter enn de som fikk behandling uten hjelp av MOBID-2. De fant og at tidlig innføring av MOBID-2 reduserte aggressivitet og aggresjon (Husebø et al., 2014).

På en annen side konkluderer forskning med at MOBID-2 er et godt utviklet verktøy for dette formålet. Selv om forskning og egne erfaringer viser så langt at kartleggingsverktøy er lite brukt, har MOBID-2 høy pålitelighet dersom det blir brukt riktig (Husebø et al., 2014; Husebø et al., 2016; Achterberg et al., 2013). For å bruke verktøyet riktig er det viktig med god opplæring, kunnskap om smerte- og demensatferd, samt kunnskap om kartlegging. Resultatene fra Achterberg et al. (2013) viste at sykepleiere ble mer motivert til å kartlegge smerter ved bruk av MOBID-2. Innføring og trening i verktøyet viste seg også å øke bruken i praksis (Burns & McIlpatrick, 2015). Det er også viktig med kontinuitet i oppfølgingen for å få mest mulig nøyaktig tall på smerteintensiteten (Husebø et al., 2014).

#### **5.4 Betydningen av tverrfaglig samarbeid og bruk av pårørende**

Travelbee (1999) sier et etablert menneske-til-menneske forhold er viktig for å utøve god sykepleie. Dette krever å kjenne til pasientens sykdom- og livshistorie (Travelbee, 1999). Pasientens familie og venner har kjent pasienten hele livet og det er derfor viktig at sykepleieren samler inn informasjon fra disse når pasienten ikke klarer å fortelle på egen hånd. Pårørende kan for eksempel fortelle at pasienten hadde et hoftebrudd for 30 år siden. Dette kan være informasjon som ikke finnes i pasientens journaler om det er så langt tilbake i tid (Monroe, Parish & Mion, 2015). Samtidig er det pårørende som kjente pasienten når han var klar og orientert. De vet hvilke meninger pasienten hadde, hvordan han opplevde smerter og tiltak som fungerte eller ikke fungerte som smertelindring tidligere (Lillekroken & Slettebø, 2013). Sett i fra denne siden er forskning enig om at pårørende en ressurs for sykepleiere (Monroe et al., 2015; Lillekroken & Slettebø, 2013; Jenssen et al., 2013).

På en annen side gir pårørende sykepleierne en utfordring når det kommer til vurdering og behandling av smerter (Lillekroken og Slettebø, 2013; Monroe et al., 2015). For det første er det vanlig at eldre har en barriere mot å ta smertestillende medikamenter (Torvik & Bjørø, 2015). Dersom pasienten ikke har vært vant til å ta smertestillende medikamenter tidligere i livet, er dette noe pårørende vil formidle til sykepleierne på vegne av pasienten. For det andre opplever mange pårørende at pasienten blir mer trett og forvirret av smertestillende medikamenter, noe de ikke ønsker (Lillekroken & Slettebø, 2013). Pårørende ønsker i mange



tilfeller begge deler; smertelindret pasient som er våken og forholdvis orientert, men med minst mulig bruk av medikamenter (Jenssen et al., 2013). Resultatet blir konflikt i kommunikasjonen mellom pårørende og sykepleiere, og sykepleieren står ovenfor et etisk dilemma (Monroe et al., 2015). NSF sine yrkesetiske retningslinjer (2016) sier at sykepleieren skal alltid sette pasientens behov for behandling i første rekke når det oppstår en slik konflikt.

Selv om kartlegging er en selvstendig sykepleieroppgave, betyr ikke dette nødvendigvis at hun må gjøre den alene (Rotegård, Solhaug & Grov, 2015). Forskning viser enighet om at tverrfaglig samarbeid er viktig for en god og helhetlig vurdering av smerte hos pasienten med demens (Lillekroken & Slettebø, 2013; Jenssen et al., 2013). Jenssen et al. (2013) sine resultater tyder for det første på at godt samarbeid i personalgruppa ga legen bedre utgangspunkt for smertebehandling. Manglende rapportering og uenigheter i personalgruppa førte til at legen ikke hadde et solid nok grunnlag for å sette i gang smertebehandling. For det andre førte usikkerhet og dårlig kommunikasjon i personalgruppa til at sykepleiere ofte ikke fikk vite om mistanker om smerte før i vaktskiftet (Jenssen et al., 2013). Ut ifra egne erfaringer er ofte sykepleiere alene på vakt sammen med andre helsefagarbeidere og assistenter. Derfor mener jeg det er rimelig å si at sykepleieren er avhengig av at kollegaene rapporterer forskjeller i pasientens status. For at dette skal fungere er sykepleieren nødt til å ta sitt ansvar i henhold til de Yrkesetiske retningslinjene i å veilede kollegaene sine som deltar i pleie- og omsorgen av pasienten (NSF, 2016). Å sette av tid til faglige refleksjoner i personalgruppen er et tiltak som gir tettere og bedre samarbeid mellom sykepleieren, helsefagarbeiderne og de ufaglærte (Jenssen et al., 2013; Hauge, 2014).

Burns og McIlfatrick (2015) fant i sin studie at sykepleier ofte opplevde en mistillit fra legene angående deres smertevurdering. Når legene ikke hørte på hva sykepleieren hadde å si om sine vurderinger av smerter hos pasienten, førte dette til stor frustrasjon og følelsen av håpløshet. Dette gjorde at sykepleierne følte seg maktesløs og derfor unnlot å stille spørsmål angående smerter hos pasienten (Burns & McIlfatrick, 2015). Dette understreker forrige avsnitt hvor Jenssen et al. (2013) poengterte verdien av god kommunikasjon mellom de ulike profesjonene for god smertelindring. Den totale konsekvensen av et dårlig tverrfaglig samarbeid på sykehjem fører til over- eller underbehandling av smertene hos pasienter med demens (Jenssen et al., 2013).

## 6 Oppsummering/avslutning/konklusjon

For å svare på problemstillingen «Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos pasienter med alvorlig demens i sykehjem?» kommer det i dette kapittelet en oppsummering av hovedpoengene fra oppgavens innhold.

Smerte er underrapportert hos pasienter med demens i sykehjem. En av årsakene er at demens fører til kommunikasjonsbarrierer mellom sykepleier og pasient. Dermed er kartlegging av smerter en utfordrende oppgave for sykepleieren. For å utøve god og faglig forsvarlig sykepleie som ivaretar hennes lindrende funksjon må hun ha kunnskap om sykdommen demens og dens forløp og utvikling. Hun må også ha kunnskap om konsekvensene ved polyfarmasi og komorbiditet. Samtidig må hun ha kunnskap om smerte og hvilke konsekvenser ubehandlede smerter har for pasienten. Kunnskap om smerte innebærer å vite hvilke non-verbale symptomer pasienten med demens kan uttrykke seg med. Dette styrker sykepleierens evne til å vurdere smerte.

Kartlegging av smerte forutsetter en god relasjon mellom sykepleier og pasient, og hun må derfor ha kunnskap om non-verbal kommunikasjon. Denne kunnskapen krever relevant erfaring fra lignende situasjoner, kunnskap om den enkelte pasienten og et sterkt teorigrunnlag bygget på relevant og pålitelig forskningslitteratur. Ved å bruke pårørende som en ressurs vil sykepleieren bli enda bedre kjent med pasientens sykdom- og livshistorie. Det tverrfaglige samarbeidet, både med pårørende og kollegaer, vil styrke sykepleierens kliniske blikk som hjelper hennes tolkning og vurdering av observasjoner. Ettersom det er mange helsefagarbeidere og ufaglærte sykepleieren jobber sammen med på sykehjem, krever det tverrfaglige samarbeidet at hun tar ansvar i å informere og undervise kollegaene slik at de kan rapportere tilbake til henne.

For å styrke sykepleiernes vurdering av smerte er MOBID-2 et godt verktøy å bruke, selv om det har noen svakheter. Disse svakheten gjør at MOBID-2 ikke kan brukes alene, men som et supplement til kunnskap, daglig nærhet, godt tverrfaglig samarbeid, kommunikasjon, observasjon og kjennskap til pasienten.

## Litteraturliste

- Achterberg, W. P., Pieper, M. J. C, van Dalen-Kok, A. H., de Waal, M. W. M., Husebø, B. S., Lautenbacher, S., Kunz, M., Schreder, E. J. A. & Corbett, A. (2013). Pain management in patients with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1471-1482. doi: [10.2147/CIA.S36739](https://doi.org/10.2147/CIA.S36739)
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerte. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 17-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Burns, M., & McIlpatrick, S. (2015). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), 400-407. <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.8.400>
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018a). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (1.utg., s. 14-28). Tønsberg: Aldring og helse – akademisk
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018b). Kognitive symptomer. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (1.utg., s. 29-41). Tønsberg: Aldring og helse - akademisk
- Førland, O. (2014). Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm.
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selyforsterkende – Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*. (NOVA Rapport 6/16). Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/3031861/cache=1471416675000/Web-utgave-NOVA-Rapport-6-16.pdf>
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie* (2.utg., s. 265-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2018). *Samhandlingsreformen*. Hentet 13.mars 2019 fra <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn*. Hentet 04. desember 2018 fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Husebø, B. S., Achterberg, W., & Flo, E. (2016). Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review. *CNS Drugs*, 30(6), 481-497. doi: 10.1007/s40263-016-0342-7
- Husebø, B. S., Ostelo, R. & Strand, L. I. (2014). The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *European Journal of Pain*, 18(10), 1419-1430. Doi: 10.1002/ejp.507

- Husebø, B. S., Strand, L.I., Moe-Nilssen, R., Husebø, S. B., & Ljunggren, A. E. (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 Science*, 23(1), 108-189. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00606.x>
- Husebø, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebø, S. B., & Ljunggren, A. E. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the MobilizationObservation-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
- Jensen, T.S., & Dahl J.B. (2013). *Smertter. Baggrund, evidens, behandling*. I E. Arendt Nielsen (Red.) Kjøbenhavn: FADL's Forlag.
- Jenssen, G.-M., Tingvoll, W.-A., & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk Sykepleie*, 5(3), 26-34. Hentet 26.03.19 fra [https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronicissues/articles/13gs3\\_vitensk\\_artikkel\\_smertebehandling\\_2406.pdf](https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronicissues/articles/13gs3_vitensk_artikkel_smertebehandling_2406.pdf)
- Kirkevold, Ø. (2018). Å forstå nevropsykiatriske symptomer. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (1.utg., s. 260-274). Tønsberg: Aldring og helse - akademisk
- Lautenbacher, S., Sampson, E.L., Pähl, S. & Kunz, M. (2017). Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain? *Pain Medicine*, 18(11), s.2105-2115. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw281>
- 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
- Monroe, T. B., Parish, A., & Lorraine, C. M. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing* 29(5), 316-320. doi: [10.1016/j.apnu.2015.05.007](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007)
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- 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., s. 17-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nordtvedt, P. (2012). *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NSF (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 03. desember 2018 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rokstad, A. M. (2008). Hva er demens? I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling*. (1.utg., s. 27-45). Oslo: Akribe.
- Romøren, T.I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie* (2.utg., s. 29-38). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rotegård, A. N., Solhaug, M. & Grov, E. K. (2015). Sykepleierens arbeids- og

- beslutningsprosess. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1* (5.utg., 244-268). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Rustøen, T., & Stubhaug, A. (2011). Smerter. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie - sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe.
- Sandvik, R. K., & Husebø, B. S. (2011). Måler smerte hos personer med demens. *Sykepleien forskning*. 99(11), 62-64 doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0162>.
- Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (1.utg., s. 246-258). Tønsberg: Aldring og helse - akademisk
- Skovdahl, K., & Berentsen, V.D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie* (2.utg., s. 408-434). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statistisk Sentralbyrå (15.06.2018). Omsorgstjenester. Hentet 13.03.2018 fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar>
- 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
- Torvik, K., & Bjørø, K. (2014). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie* (2.utg., s. 390-405). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling*. (1.utg., s. 27-45). Oslo: Akribe.

# Vedlegg

APPENDIX

## 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**  
«A!»  
Sletter  
Ylter seg  
Giper  
Skrien



**Ansiktsuttrykk**  
Crimaserer  
Blyder pannen  
Strammer munnen  
Lukker øynene



**Avvergereaksjon**  
Sletter  
Baklytter seg  
Skrym fra seg  
Endringer i pustet  
Klymper seg

### Smerteintensitet

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

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

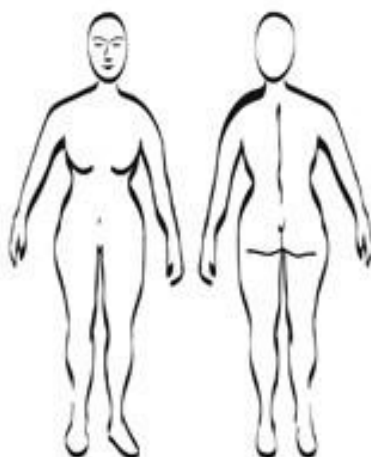
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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

APPENDIX

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, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
7. Bryst, lunge, hjerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage - øvre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage - nedre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	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

Berntsen Helsevitenskapelige fakultet, Institutt for sykepleierutdanning og forskning | Bergen