



Smertekartlegging hos sykehjemsbeboere med demenssykdom

Hvilke erfaringer har sykepleier med smertekartlegging hos sykehjemsbeboere med demenssykdom?

Kandidatnummer:148
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i EMNE 14

Antall ord: 9000
Dato:14.04.20

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 14.04.20
Tittel: Smertekartlegging hos sykehjemsbeboere med demenssykdom	
<p><u>Problemstilling</u> Hvilke erfaringer har sykepleier med smertekartlegging hos sykehjemsbeboere med demenssykdom?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Teorien inneholder definisjoner og redegjørelser av smerte, smertekartlegging, smertekartleggingsverktøyene (PAINAD, Doloplus-2 og MOBID-2), demens, holdninger og hvilke rolle og funksjoner sykepleieren har ovenfor sykehjemsbeboere med demenssykdom. Relevante juridiske og etiske aspekter ved tematikken blir også omtalt.</p> <p><u>Metode</u> Denne oppgaven er en akademisk litterær oppgave. I oppgaven ble det anvendt eksisterende fagkunnskap, teori, forskning og lovverk, som settes opp mot hverandre for å kunne besvare oppgavens problemstilling. Faglitteratur som er anvendt i oppgaven er hovedsakelig hentet fra sykepleiepensum og forskningsartiklene er hentet fra databasene Cinahl og Google Scholar.</p> <p><u>Drøfting</u> For å kunne besvare oppgavens problemstilling ble funn i forskning, teori og delvis personlige erfaringer satt opp mot hverandre. Oppgaven tar for seg ulike forhold for at sykepleieren skal kunne kartlegge smerte hos sykehjemsbeboere med demenssykdom og får å utføre en tilfredsstillende smertevurdering. Herunder hvilke fagkunnskap og kompetanse som er viktig for tilstrekkelig smertekartlegging og utfordringer sykepleiere møter i en smertevurdering hos denne pasientgruppen. Sykepleierens lindrende og behandlende funksjon omtales ikke i oppgaven. Oppgaven fokuserer kun på smertevurdering og anvender tre ulike smertekartleggingsverktøy som er PAINAD, Doloplus-2 og MOBID-2. Oppgaven tar for seg kun svakheter og styrker på hvert verktøy, men drøfter ikke videre hvilket verktøy som er best å anvende i praksis for denne pasientgruppen.</p> <p><u>Konklusjon</u> For at sykepleieren skal kunne kartlegge smerter hos sykehjemsbeboere med demens, må det utføres en datasamling som omhandler beboerens smerter. Det er viktig at sykepleieren regelmessig observerer smerteatferd gjennom non- verbal kommunikasjon. Dette krever at sykepleieren har relevante og pålitelige kunnskap og kompetanse om smerte hos eldre, smertevurdering, og demenssykdommen i sin utvikling. For å kunne kartlegge atferd relatert til smerte, må det anvendes observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy som klarer å identifisere og kartlegge den aktuelle smerteforekomsten hos beboeren. Sykepleierens kliniske skjønn er avgjørende for troverdig kartlegging.</p>	

(Totalt antall ord: 300)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning og bakgrunn	1
1.1	Tema	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema	2
1.3	Problemstilling og avgrensning.....	2
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	3
2.1	Smerte.....	3
2.1.1	Smerte hos eldre.....	3
2.1.2	Konsekvenser av smerte	4
2.2	Smertekartlegging og smertekartleggingsverktøy	4
2.2.1	PAINAD	5
2.2.2	Doloplus-2	6
2.2.3	MOBID- 2.....	6
2.3	Demens	7
2.3.1	Når språket forsvinner	8
2.4	Holdninger	9
2.5	Sykepleierens funksjon	10
3.	Metode	11
3.1	Valg av metode	11
3.2	Søkehistorie og litteratursøk	11
3.3	Annen relevant litteratur.....	12
3.4	Kildekritikk.....	12
4.	Presentasjon av forskningsresultater	14
4.1	Artikkelmatrise.....	14
5.	Drøfting	16
5.1	Kunnskapsbasert sykepleie i forhold til smertekartlegging.....	16
5.2	Systematisk kartlegging hos sykehjemsbeboere med demens som mangler språk.....	19
5.3	Ulike smertekartleggingsverktøy for å kartlegge smerte hos demente uten språk.....	20
5.3.1	PAINAD er et sensitivt verktøy?	20
5.3.2	Doloplus-2, en utfordring å tolke og vurdere beboerens smerteforekomst?.....	22
5.3.3	MOBID-2, er et godt smertekartleggingsverktøy i en sykepleiefaglig praksis?.....	24
	5.Sykepleierens holdning i forhold til smertekartlegging.....	26
6	Oppsummering	28
	Litteraturliste.....	30
	Vedlegg 1	34
	Vedlegg 2	35
	Vedlegg 3	36

1 Innledning og bakgrunn

1.1 Tema

Mange eldre som kommer i kontakt med helsevesenet, lider av demens. På verdensbasis er det 47,5 millioner mennesker som lever med demens, og er et tall som forventes å stige til ca. 75 millioner i 2030. Det er ca. 28 000 sykehjemsbeboere i Norge, og over 80% av disse har en demenstilstand (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2019; Engedal & Haugen, 2018).

Demens er et økende helseproblem på grunn av økning i forventet levealder (Eide & Eide, 2017). Demens kan skyldes en lang rekke forskjellige sykdommer som følges av kognitive og atferdsmessige symptomer som kan påvirke hverdagslige gjøremål (Berentsen & Skovdahl, 2016). Demenssykdommene påvirker hjerneområder, som er involvert i bearbeiding av smerter. Det er en utfordring å oppdage smerter hos eldre personer med demens, på grunn av manglende språkevne, nedsatt evne til å tolke smertesignalene og uttrykke verbalt sine smerteproblematikker (Haikio, 2015). Forskning viser at smerte både er underregistrert og underbehandlet hos demente. Det må benyttes observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy, når selvrapporing hos denne pasientgruppen er utilstrekkelig. Sykepleierens praksis i møte med smerteproblematikk er viktig for god smertekartlegging. Ubehandlet smerte kan føre til negative helsemessige konsekvenser (Torvik & Bjøro, 2016a).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg hadde sykehjemspraksis i en demensavdeling og observerte at praksisstedet ikke brukte noen smertekartleggingsverktøy i en smertevurdering. Jeg hadde vanskeligheter med å identifisere smerter hos demente sykehjemsbeboere med nedsatt kognitiv funksjon og manglende evne til å argumentere for egne behov og ønske. Etter eget ønske vil jeg utvide min kunnskap og forståelse ved å skrive en bachelor som tar for seg smertekartlegging hos denne pasientgruppen. Jeg mener at fagkunnskap og kompetanse er nødvendig for å kunne observere og kartlegge smerter. Dette bidrar til at pasientens grunnleggende behov blir ivaretatt.

1.3 Problemstilling og avgrensning

På bakgrunn av begrunnelsen i kapittel 1.2 er problemstillingen min følgende:

«Hvilke erfaringer har sykepleiere med bruk av smertekartleggingsverktøy hos sykehjemsbeboere med demenssykdom»

I denne oppgaven vil jeg fokusere på eldre sykehjemsbeboere som har moderat til alvorlig grad av demens som har redusert evne til å uttrykke verbalt sine smerteproblematikker. Demens er en samlebetegnelse for flere ulike demenssykdommer, derfor velger jeg å ikke fokusere på en spesifikk demenstype. Alle demenssykdommene kjennetegnes av kognitiv svikt i ulike grad og har forskjellige påvirkning av kognitive funksjoner (Engedal & Haugen, 2018). Dermed vil oppgaven ta for seg de grunnleggende symptomene som følges av demens og særegne symptomer av ulike demens typer vil ikke bli omtalt. I oppgaven gjøres det en redegjørelse for både akutte og kroniske smerter, men kroniske smerter blir hyppigst omtalt da studier viser at sykehjemsbeboere er mest plaget av denne type smerte (Torvik & Bjøro, 2016a).

Problemstillingen vil videre besvares med utgangspunkt i selve kartleggingen og ulike forhold som bør ligge til rette for å kartlegge smerter. PAINAD, Doloplus-2 og MOBID-2 er de tre kartleggingsverktøyene som skal anvendes i kartleggingen. Oppgaven tar for seg ikke videre tiltak basert på kartleggingen, og vil dermed ikke omtale sykepleierens behandlende-og lindrende funksjon. Jeg velger å ekskludere endimensjonale skalaer som VAR og NAR, da

beboere med demens har vanskeligheter med å uttrykke sine smerteproblematikker med ord eller angi tall/ verdi på nevnte skalaer.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Smerte

Smertedefinisjonen til IASP (International Association for Study of Pain) er en av de mest brukte smertedefinisjonene. IASP definerer smerte slik: «Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevskade, eller beskrevet som slik skade» (Merskey & Bogduk, 1994). Denne definisjonen innebærer ikke bare sensorisk karakter, men fokuserer på den emosjonelle opplevelsen relatert til skaden. Definisjonen sier noe også om at smerte er et komplekst, sammensatt og subjektiv opplevelse (Ljoså & Stubhaug, 2010; Danielsen, Berntzen & Almås, 2016).

Smertedefinisjonen til McCaffery og Beebe (1998) derimot, lyder som følgende «Smerte er det som personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte». Definisjonen ekskluderer smertefysiologi som definisjonen til IASP omtaler, men begge definisjonene tydeliggjør at smerte er en subjektiv opplevelse (Stubhaug & Ljoså, 2010). Ulike forhold vil kunne forsterke eller redusere den totale smerteopplevelsen og smertereaksjonen hos pasienten, som blant annet pasientens sosiale tilstand og kulturelle forhold (Danielsen et al., 2016)

2.1.1 Smerte hos eldre

Smerte er et vanlig helseproblem og er et dominerende symptom som forekommer hos eldre. Tidligere norske studier viser at smerteforekomsten med opptil 80% av sykehjemsbeboere med demens, lider av dette helseproblemet. Funnene til en studie viste at nesten hver tredje nordmann over 60 år og hver fjerde nordmann hadde smertelidelse med varighet fra tre måneder eller lengre som gir indikasjon på kroniske smerte (Torvik & Bjøro, 2016a; Danielsen et al., 2016). Årsakene til smertene hos denne pasientgruppen ifølge studien var plager i muskel- og skjelettsystemet, ulike sykdommer som kreft og nevrologiske sykdommer, ulykke og senfølger etter kirurgi. Studien viser at eldre har ulike årsaker til smerter og er i risikogruppen for at smertene utvikles til smertefulle kroniske sykdommer med stigende alder (Torvik & Bjøro, 2016a)

Med aldersforandringer foregår det endringer i kroppens biologiske systemer og medfører redusert reservekapasitet i organsystemene homøostase, og økt sårbarhet for sykdom og skader. Eldre har lavere beintetthet i skjelettet som gjør at skjelettet blir svakere og beinet blir mer porøst, dette kalles for beinskjørhet (osteoporose). Osteoporose kan føre til negative konsekvenser som blant annet forkortet ryggstøyle, magesmerter grunnet press på abdominale organer og gnagende smerter på grunn av ribbein og hoftekam ligger inntil hverandre. Smerte kan utvikles til kroniske smerter på grunn av redusert tilhelingsprosess som assosieres med høy risiko for beinbrudd grunnet risikofaktorer som fall (Ranhoff, 2016). Smerter som er lokalisert i ryggen, bein/kne eller hofter og andre ledd er de vanligste hos eldre, herunder artrose og hoftebrudd som er en hyppig tilstand hos eldre. Dette gjelder også forandringer i blodårene ved fortykkelse og forkalkning i årene, som kan føre til ischemisk hjertesykdom og aterosklerose (Ranhoff, 2016).

2.1.2 Konsekvenser av smerte

Smerter hos eldre med kognitiv svikt og demens i sykehjem er utsatt for mangelfull smertevurdering og behandling, og det fører til et underdiagnostisert helseproblem (Torvik & Bjørø, 2016a; Sandvik & Husebø, 2011) Smerter hos eldre som er uoppdaget og ubehandlet assosieres med negative helsemessige konsekvenser og redusert livskvalitet. Smerte kan gi en rekke sekundærkomplikasjoner som inaktivitet, sengeleiekomplikasjon og forsinket mobilisering, som gjør at den enkelte blir uselvstendig og ikke klarer hverdagslige gjøremål. Psykologiske reaksjoner kan oppstå som stress, angst og depresjon, når smerter blir ubehandlet (Torvik & Bjørø, 2016a). Sykehjemsbeboere med nedsatt kognitiv funksjon har ikke evnen til å rapportere smerte og sette ord på smertefulle stimuli grunnet redusert språk, hukommelse og refleksjonsevne. På grunn av organiske skader i hjernen får man vanskeligheter med å gjenkjenne smerte eller forstå årsaken til smerten, dermed får man ikke videreformidlet smerten på en forståelig måte (Bjørø & Torvik, 2010c). Dette gjør at sykepleiere møter store utfordringer for å utøve den forebyggende funksjon.

2.2 Smertekartlegging og smertekartleggingsverktøy

Bjørø og Torvik (2016a) hevder at selvrapporing er gullstandard for smertekartlegging, da smerte er en subjektiv og sammensatt opplevelse. For sykehjemsbeboere med alvorlig demenssykdom vil selvrapporing være utilstrekkelig en kartleggingsmetode, grunnet den kognitive svikten som skaper problemer knyttet til verbalt språk, hukommelsessvikt og språkreduksjon. Dette fører til at denne pasientgruppen ikke får muligheten til å sette ord eller kunne beskrive smerteproblematikken sin. Pasientgruppen blir utsatt for mangelfull

smertevurdering og behandling, dermed blir fysiologiske tegn og atferdsendringer være avgjørende for å kartleggingen (Rostad, Grov, Utne & Halvorsrud, 2019; Danielsen et al., 2017). Atferdsendring er et uttrykk for smerte hos demente med manglende språkevne (Torvik & Bjørø, 2016a). Ulike ikke- verbale ansiktsuttrykk som pannerynking, trist eller skremt uttrykk, rask blinking eller gjennom verbale uttrykk som uro og rastløshet kan være mulige smerteindikatorer (Berentsen & Skovdahl, 2016). Sykepleieren har en viktig rolle i å kartlegge og vurdere smerte som er avgjørende for å gi tilfredsstillende smertebehandling, dette for å ivareta beboerens grunnleggende behov for velvære, herunder innhenting av datasamling, kliniske observasjon, kartlegging og vurdering knyttet til smerte. Nøyaktig og grundig smertekartlegging vil danne grunnlag for å igangsette planlegging, iverksetting og evaluering for å gi individuelt tilpasset og systematisk smertebehandling. Sykepleieren må innhente informasjon om smertens lokalisasjon, intensitet, variasjon og varighet, dette vil gi et godt beslutningsgrunnlag for smertehandlingen (Danielsen et al., 2017).

Smertekartleggingsverktøy er et hjelpemiddel som bidrar til å kartlegge smerte systematisk og vurdering av beboerens behov. Systematisk smertekartleggingsverktøy er et viktig tiltak i en effektiv og individuell smertebehandling (Torvik et al., 2010). Kartlegging er en viktig sykepleiefunksjon for å utøve den forebyggende funksjon. For sykehjemsbeboere med moderat til alvorlig demens er verbal egenrapportering utilstrekkelig. Dette gjør at sykepleiere må kunne tolke verbale og ikke-verbale tegn relatert til smerte hos denne pasientgruppen. Da er det viktig at sykepleiere har kjennskap og erkjenner bruken av atferdsbaserte smertekartleggingsverktøy og ikke baserer seg på beboerens egenrapportering for å unngå feilaktig fremstilling av smerte (Rostad et al., 2019). En systematisk smertekartlegging avdekker ulike dimensjoner ved smerte som smerteintensitet, kvalitet og påvirkning på funksjon (Torvik et al., 2010)

2.2.1 PAINAD

Pain Assessment in Advance Dementia Scale (PAINAD) er et smerteverktøy som er utformet for å kartlegge smerter hos pasienter med mild til alvorlig demens. PAINAD tar for seg fysiologiske og atferds vurderinger som observeres gjennom fem punkter. Disse fem punktene er pust, vokalisering, ansiktsuttrykk, kroppsspråk og tørstbarhet. Hvert punkt kan gi skår fra 0-2 poeng, der 2 poeng tilsvarer høy smerteintensitet. Verktøyet kan gi varierende totalsum fra 0-10 poeng, der 10 poeng er verst tenkelig smerte. Poengsumfortolkningen er følgende: 1-

3 poeng tilsvarer mild smerte, 4-6 poeng smerter poeng som moderat smert og 7 til poeng antas som smerte smerter (Warden, Hurllet og Volicer, 2003)

2.2.2 Doloplus-2

Doloplus-2 er et fransk observasjonsbasert smertekartleggings skjema som er utviklet for å kartlegge kroniske smerter hos pasienter, som ikke er i stand til å selv rapportere sine smerteproblematikker. Skjemaet består av 10 punkter inndelt i 3 hoveddeler som er somatiske relasjoner (innebærer klager på smerte, smertelindrende hvilestillinger, beskytter smertefulle områder, ansiktsuttrykk og søvn), psykomotoriske relasjoner herunder stell og/eller påkledning og forflytning og den siste er psykososiale relasjoner herunder kommunikasjon, sosial aktivitet og atferdsproblemer). En observatør som benytter verktøyet skårer punktene med 0-3 poeng for hvert punkt. 0 poeng er observert ingen aktuell atferdsbasert smerteindikator, mens 3 poeng betyr observert maksimalt smerteindikator. Resultatet kan være fra 0 til 30, der høy skår tyder på smerter (Torvik & Bjøro, 2016)

2.2.3 MOBID- 2

MOBID-2 (Mobilisation- Observation-Behaviour-Intensity-Dementia) er et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy som er utviklet for sykehjemsbeboere med alvorlig demens. Verktøyet ble utviklet under et doktorgradsprosjekt ved Universitetet i Bergen. Verktøyet er basert på å kartlegge smerte under mobiliseringssituasjon (Torvik og Bjøro, 2016). Sykepleieren skal observere beboeren før mobiliseringen gjennomføres og deretter forklare grundig om hva som kommer til å skje. Under mobiliseringen skal sykepleieren kontinuerlig observere beboerens uttrykk for smerte. Hvis man ikke klarer å fullføre noen av øvelsene på grunn av tegn på smerte, skal øvelsen avsluttes umiddelbart og videre notere ned den antatte smerteintensiteten ved den aktuelle øvelsen.

MOBID-2 er todelt. Del 1 innebærer å observere atferd knyttet til smerte fra muskulatur, ledd og skjelett. Smertekartleggingsverktøy består av fem konkrete bevegelser som skal observeres av sykepleieren eller lede beboeren til å gjennomføre bevegelsene. Disse bevegelsene er følgende: å åpne begge hender, å strekke armene mot hodet, å bøye og strekke ankler, knær og ledd, å snu seg i sengen til begge sider og tilslutt å sette seg opp på sengekanten. Sykepleieren sette kryss på hver hvis sykepleieren observerer smertelyd, ansiktsuttrykk eller avvergeraksjon hos beboeren for hver enkel bevegelse. Basert på sykepleierens observasjon skal det fylles en smerteintensitet på en skår fra 0-10 poeng, der 10 poeng er den verste tenkelige smerten. I del 2 skal man kartlegge smerte knyttet til indre organer, hode og hud.

Sykepleieren skal bruke en kroppstegning aktivt og sette kryss på potensielle smerteområder. Deretter skal sykepleieren angi en skår fra 0-10 poeng i en smerteintensitet, der man undersøker fem ulike kroppsområder. Disse 5 ulike kroppsområder er hode, munn og hals, bryst, lunge og hjerte, mage (øvre del), bekken og mage (nedre del) og tilslutt hud, infeksjon og sår. Observasjoner som har blitt gjort på samme dag og den siste uken inkluderes i helhetsvurderingen (Sandvik og Husebø, 2011)

2.3 Demens

Demens er en samlebetegnelse på ulike typer demenssykdommer, som skyldes av sykdommer og skader i hjernen. Alzheimers sykdom er den hyppigste og vanligste demensformen, og utgjør 70% av alle demenstilstandene. De fleste demenssykdommene har en progredierende kognitiv hjernefunksjonssvikt som rammer tidligere kognitivt velfungerende personer. Symptomer som følges av demenssykdom er hukommelsessvikt, sviktende hverdagslige gjøremål, personlighetsforandringer, atferdsendringer, nedsatt språkfunksjon og tenkeevne (Bertelsen, 2012). Demens er den hyppigste forekommende sykdom som inntreffer i alderdommen med debut i høy alder. Relativt sett er det eldre over 75 år som blir rammet av demens og kvinner utgjør høyere forekomst av demens enn menn. Dette vil by på store utfordringer, i form av at sykehjemsbeboere blir hjelpetrengende (Engedal & Haugen, 2018).

Oppmerksomhet regnes som en grunnleggende mental funksjon som styrer den kognitive funksjonen. Med sviktende oppmerksomhet har man redusert evne til å skille mellom viktig og mindre viktig stimuli som videre kan gi utfall i fokusert og delt oppmerksomhet. Fokusert oppmerksomhet handler om evnen til å opprettholde oppmerksomheten rettet mot en ting over en lang tid, mens delt oppmerksomhet er når man klarer å være konsentrert om flere ting samtidig. Reduksjon i fokusert oppmerksomhet kan være et tidlig kjennetegn på demens. Neglekt karakteriseres som svekket oppmerksomhet på stimuli som kommer fra den ene siden av kroppen. Neglekt fremtrer når områder i høyre hjernehalvdelen er skadet, som medfører redusert oppmerksomhet i venstresiden. Neglekt skiller mellom kroppsneglekt og visuell neglekt. Med kroppsneglekt menes en manglende oppmerksomhet for stimuli som smerte, berøring og kroppsstilling fra motsatt side. Både redusert hukommelses- og læringsevne ved demens, medfører at sanseintrykk som smerte ikke blir tolket. Sykehjemsbeboere med demens vil gradvis bli dårligere som er progredierende trekk ved sykdommen, og få vanskeligheter med å gjenkalle etter noen minutter og timer (Engedal & Haugen, 2018). Dermed er ikke verbal egenrapportering av smerter og forutsetninger for tilstrekkelig

smertebehandling umulig. Det vil si at denne pasientgruppen er avhengig av sykepleier som kan tolke verbale og nonverbale tegn ved opplevelse av smerte (Sandvik & Husebø, 2011)

2.3.1 Når språket forsvinner

Det kan være utfordrende når man ikke kan bruke språk som et kommunikasjonsmiddel til å formidle sine behov, ønsker, opplevelser og erfaringer. Ofte oppstår språkproblemer som afasi hos personer med nedsatt kognitiv funksjon grunnet demens. Afasi er et tidlig kjennetegn på Alzheimer sykdom og oppstår ved aldersdemens også. Afasi er en diagnose og en fellesbetegnelse på språkproblemer som er forårsaket av en ervervet hjerneskade, som inntreffer skader i språkområder som bearbeider språklige symboler, og/eller områder som knytter ord og tanker sammen (Eide & Eide, 2017). Språkproblemer ved demens deles inn i tre følgende grupper: ikke-flytende språkvansker, svikt i ordforståelse og vansker med benevning. Med ikke-flytende språkvansker er det en svikt i ordproduksjonen. Det oppstår vanskeligheter med grammatikk, å uttale ord, fullføre setninger og langsom tale. Ved svikt i ordforståelse foreligger det problemer med å forstå ord. Redusert evne til å forstå skrift, finne mening i det som leses og høres og forstå hva andre sier. Sistnevnt, vansker med benevning, handler om å bruke mange ord for å beskrive noe, bruker tid til å finne erstatningsord og har tendens til å stoppe opp midt i en setning (Engedal & Haugen, 2018). Ulike språkvansker ved demens fører til redusert evne til å uttrykke seg verbalt på en forståelig måte.

Med manglende språk kan ikke brukes som et kommunikasjonsmiddel og kommunikasjonen mellom beboeren og sykepleieren skjer gjennom nonverbal kommunikasjon. Gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter er viktig i samarbeid med sykehjemsbeboere med kognitiv svikt og gir tydeligere gjennomslag enn med ord. Nonverbale tegn og signaler må tolkes gjennom kroppslige uttrykk og bevegelser, stemmebruk, ansiktuttrykk og mimikk, berøring og intonasjon. Atferdsbaserte smertekartleggingsverktøy som inneholder disse nonverbale tegn og signaler er nødvendig for smertekartleggingen hos sykehjemsbeboere med moderat til alvorlig demens (Sandvik & Husebø, 2011; Eide & Eide, 2017).

2.4 Holdninger

En holdning innebærer at man tar et standpunkt som enten er vurderende eller dømmende, som kan enten være i en negativ eller positiv retning. Holdninger er delt inn i tre deler: den tankemessige, den følelsmessige og den atferdsmessige komponenten. Disse komponentene handler om hva man mener og tenker rundt om et emne, som påvirker hva slags følelser og oppførelser den gir oss. Menneskets holdninger, verdier og meninger er basert på det man har tillært seg gjennom oppveksten som påvirker atferden og opplevelsen vår (Håkonsen, 2014).

Et viktig ansvarsområde for sykepleiere er å være observant på mulige smerter hos sykehjemsbeboere med demens. Sykepleieren kan møte på mange etiske problemstillinger i møte med demente sykehjemsbeboere med manglende språkevne, som gjør at sykepleieren står ovenfor etiske dilemmaer ved smertevurdering. Hvis sykepleieren utøver på en hardhendt og nedverdiggende måte, vil dette påvirke beboerens opplevelse av den aktuelle situasjonen (Danielsen et al., 2016). Sykepleierens holdning vil være en avgjørende faktor hvordan man løser problemet. Å oppdage og kartlegge smerter hos denne pasientgruppen er en stor utfordring, på grunn av beboerens manglende språkevne til å uttrykke verbalt sine behov og begrenset evne til å beskrive smerteproblematikkene sine (Berentsen & Skovdahl, 2016). Det er derfor meget viktig at sykepleieren møter personer med demens med barmhjertighet, omsorg og respekt som er grunnleggende verdier for utøvelsen av sykepleie (Sneltvedt, 2016). På den måten ivaretar sykepleieren beboerens behov for helhetlig omsorg som er innrettet i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2019). Dersom sykepleiere har gode holdninger i møte med demente sykehjemsbeboere, vil dette gjenspeile sykepleierens vurderinger, tanker og handlinger når man skal kartlegge smerter. I demensomsorgen er personsentrert omsorg og tilnærming sentrale for å få en tilknytning til beboeren og møte beboerens behov, ønsker og verdier (Berentsen & Skovdahl, 2016). Likeverd er en forutsetning i en samhandling med eldre demente, der man anerkjenner beboeren og kommuniserer på en verdig måte (Eide & Eide, 2017).

2.5 Sykepleierens funksjon

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det lovfestet at sykepleieren har ansvar for at pasienten mottar nødvendig helsehjelp fra kommunen og at pasienten har rett til et verdig tjenestetilbud. Dette samsvarer i helse- og omsorgstjenesten § 4-1 første ledd, bokstav b. Sykepleierens ansvarsområde ovenfor sykehjemsbeboere med demenssykdom er å kartlegge mulige smerteproblemer ved bruk av smertekartleggingsverktøy og ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov gjennom å innhente informasjon, observasjoner og vurderinger av beboerens smerte. Dette kan konkluderes med at sykepleieren tar ansvar for å fremme helse og forebygger sykdom (NSF, 2019).

På grunn av språk og kommunikasjonsutfordringer hos denne pasientgruppen er det viktig at sykepleieren ivaretar beboerens verdighet og integritet, som er helt nødvendig for å kunne gi helhetlig sykepleie (Danielsen et al., 2016; NSF, 2019). Herunder har sykepleieren flere funksjonsområder som må ligge til rette for å oppfylle. Disse, som blant annet at sykepleieren har ansvar for å utøve i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, som er innrettet i sin faglige kvalifikasjon (Helsepersonelloven, 1999). God sykepleieutøvelse skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Det vil si at sykepleieren må holde seg faglig oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innad eget fagområde, og ny kunnskap skal anvendes i praksis. Det er viktig at sykepleieren anerkjenner grensene for egen kompetanse og ettersøker veiledning i vanskelige situasjoner, på den måten tar sykepleieren ansvar for egen praksis som skal være etisk, faglig og juridisk forsvarlig (NSF, 2019). Sykepleierens holdninger, faglige kunnskap og kompetanse vil være avgjørende for å gjøre en god smertekartlegging av beboerens smerter og tilfredsstillende smertebehandling.

3. Metode

3.1 Valg av metode

Denne oppgaven er utformet som en akademisk litterær oppgave, og inneholder innhentet data fra eksisterende fagkunnskap, teori, forskning og lovverk som belyser oppgavens tema og problemstilling (Dalland, 2017). Kunnskap som belyses i teoridelen skal drøftes opp mot hverandre sammen med forskningsartiklene. Hensikten er å få frem et sykepleiefaglig perspektiv som sammen forsøker å belyse oppgavens problemstilling. Under dette kapittelet presenteres og forklares søkehistorien av forskningsartiklene gyldig. Alle forskningsetikkene er pålitelige, troverdige og bidrar til læringsutbytte (Dalland, 2017).

Det er benyttet selvvalgte forskningslitteratur som anvender både kvalitativ og kvantitativ metode. Den kvalitative metoden består av meninger og opplevelser uten å benytte seg av å tallfeste og måle. Den kvantitativ metode er en datasamling i form av målbare enheter. Begge metodene gir en bedre og helhetlig forståelse for å belyse og besvare oppgavens problemstilling, derfor har jeg valgt å inkludere begge metodene i oppgaven. Kvalitative forskningsartikler tar for seg sykepleierens erfaringer og utfordringer knyttet til smertekartlegging hos sykehjemsbeboere med demenssykdom, mens kvalitative metoder sier noe om temaets viktighet og kan utdype kvantitative funn (Dalland, 2017).

3.2 Søkehistorie og litteratursøk

Databasene som jeg brukte i fremgangsmåten for litteratursøkene er Cinahl og Google Scholar. Disse databasene inneholder et bredt utvalg av medisinske artikler og har tydelig sykepleierens perspektiv, og ble benyttet under litteratursøket. Jeg har også funnet forskningsartikler i Sykepleien.no og relevante artikler ved å se på kildelisten til de ulike forskningsartiklene. Alle forskningsartiklene er fagfellevurdert og etter IMRAD-struktur. Artiklene skal ikke være eldre enn 10 år og har begrenset språket til kun engelsk og norsk.

Jeg begynte med å utføre et bredt søk for å få en innsikt og oversikt i oppgavens tema, deretter avgrenset søket etter relevans. Alle søkeordene som ble brukt i søkingen etter forskningsartiklene var blant annet «Dementia», «Nursing homes», «pain assessment», «aged, over 80». For å finne artikler som handler om smertekartleggingsverktøyene, brukte jeg blant annet navnet på verktøyet og kombinerte det med «Pain Measurement».

Jeg brukte Google Scholar for å finne artikler som handler om utfordringer ved kartlegging av smerte hos eldre med smerte i norske sykehjem. To av mine forskningsartikler er hentet fra Google Scholar og her fikk jeg mange treff, og på grunn av et generelt søk, er det mulig at jeg overså noen relevante artikler fra å bli anvendt.

Søkehistorie i tabell

Nr.	Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjon	Antall treff	Avgrensning	Antall treff
1	02.12.19	Google Scholar	«Smertekartlegging hos eldre med demens»	107	Publiseringsdato de siste 10 årene	1
2	04.12.19	Cinhal	«Nursing Knowledge» AND «Dementia» AND «Pain Measurement»	5	Publiseringsdato de siste 10 årene	4
3	25.11.19	Cinhal	«Smertebehandling til personer med demens»	238	Publiseringsdato de siste 10 årene	2
4	11.03.20	Cinhal	«MOBID-2» AND «Pain Measurement» AND «Dementia»	4	Publiseringsdato de siste 10 årene	1
5	11.03.20	Cinhal	«Pain Measurement» AND «Doloplus-2»	22	Publiseringsdato de siste 10 årene	8
6	30.03.20	Cinhal	«Pain Measurement» AND «Dementia» AND «Aged, 80 and Over» AND «Nursing Homes»	30	Publiseringsdato de siste 10 årene	22

3.3 Annen relevant litteratur

Jeg begynte med å finne relevant pensum som kan belyse og besvare oppgavens problemstilling og tematikk i løpet av sykepleiestudiet. Bøker som «Geriatrisk sykepleie», «Kommunikasjon i relasjon», «Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling» og «Ulike tekster om smerte» er sentrale pensum som er brukt for å gjøre rede for pasienten, diagnosen og fenomenet. «Klinisk sykepleie1» og «Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie» er også anvendt for å fremheve og tydeliggjøre et sykepleiefaglig perspektiv. «NSF yrkesetiske retningslinjer» og «Lovdata» er primærkildene for relevante juridiske og etiske aspekter.

3.4 Kildekritikk

Det finnes en bred forskning som tar for seg tematikken i oppgaven. For å fastslå om valgt forskningsartikler er troverdige og kvalitetssikre, har jeg funnet artikler som legger frem lignende fenomener og resultater. Alle forskningsartiklene som jeg har benyttet av er fagfellevurdert og er ikke eldre enn 10 år. Jeg har lest grundig gjennom de selvvalgte forskningsartiklene og har etterlyst om de inneholder gode diskusjonsdeler som kan styrke

oppgavens kvalitetssikring. I de fleste forskningsartiklene mine er Bettina Husebø forfatteren. Hun er en forsker og har en del forskning som er publisert i *Tidsskriftet* som handler om oppgavens tematikk og problemstilling. I tillegg er det mange forskningsartikler og fagartikler som referer til forskningene hennes. Dette gjør at jeg regner Husebø som pålitelig og troverdig kilde som jeg har anvendt i oppgaven min. Husebø var en av de som utviklet smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 som jeg omtaler i oppgaven.

Hovedsakelig har jeg brukt skolepensum og Sykepleien.no som inneholder sykepleiefaget og sykepleieperspektiv. Jeg har bevisst anvendt teori og forskning som er eldre enn 10 år som for eksempel forskning fra «Geriatrisk sykepleie», fordi jeg mener at funnet som blir presentert er relevant og fremdeles diskuteres det frem til i dag. Jeg har benyttet meg av ulike bøker for å se om forfatterne skriver det samme. De fleste forskningsartiklene anvendt i oppgaven er på engelsk, og i forbindelse med det har jeg brukt min egen oppfattelse og tolkning som kan føre til feil og misforståelse. I søkehistorien min fikk jeg få treff som kommer av at jeg har spisset søkeordene mine og inntreffer forskninger som er relevant for oppgaven min. I den grad der jeg deler personlige erfaringer, har jeg anonymisert vedkommende og hvor situasjonen foregår for å forholde seg til etiske regler (Dalland, 2017).

Forskningsartikkelen til Jordan et al. (2010) er fagfellevurdert, men studien har en mangelfull metodebeskrivelse. Basert på egen tolkning har studien en metode, men blir verken presentert eller beskrevet godt og vil anta at det er en tverrstudie, altså en kvantitativ studie. Siden studien til Jordan et al. (2010) er en kvantitativ studie så svarer den ikke direkte på oppgavens problemstillinger, men inneholder gode forskningsresultater som er relevant for å belyse viktigheten av sykepleierens faglige kunnskap og utøvelse av sykepleie i forhold til bruken av smertekartleggingsverktøyet PAINAD, samtidig i smertekartleggingen og smertevurderingen hos demente sykehjemsbeboere med manglende språkevne.

4. Presentasjon av forskningsresultater

Det er ulike momenter som fører til at smertekartlegging hos sykehjemsbeboere med demens blir utfordrende. Gjentatte momenter som tas opp i de fleste artiklene er blant annet mangel på kunnskap og kompetanse om smerte hos eldre, vanskeligheter med å tolke nonverbale tegn og signaler relatert til smerte, ulike holdninger og aspekter knyttet til alderdom og smerter hos eldre. Følgen av disse momentene er utilfredsstillende smertekartlegging av beboerens smerter og smertebehandling, som kan bli både over- og undervurdertbehandling som konsekvens. Nedenfor er valgte forskningsartiklene mine presentert i en artikkelmatrise for å skape en skjematisk og systematisk oversikt. Matrisen beskriver hensikten, metoden og funnene til forskningene.

4.1 Artikkelmatrise

Nr	Forfatter/årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Daniela Lillekroken, RN, MNsc, MNsc, Åshild Slettebø, RN, MNsc og PhD (2013)	Pain assessment and pain management in patient with dementia: Challenges and dilemmas.	Nursing Science	Finne ut hvilke erfaringer har sykepleiere knyttet til smertekartlegging, smertevurdering og smertelindring hos pasienter med demenssykdom, i tillegg å kartlegge utfordringer og dilemmaer som møtes.	Kvalitativ metode: Samlet 3 forskjellige fokusgruppeintervjuer og en semistruktuert intervjuguide ble brukt for å svare på spørsmål. 12 sykepleiere deltok. Tematikken var sykepleierens erfaringer med smertekartlegging og smertekartleggingsverktøy.	Sykepleierne hadde ikke kunnskap og kjennskap til observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy, og hadde heller ikke rutiner for smertevurdering. Sykepleierne benyttet seg av «prøve seg frem»-metoden. Sykepleiere sto ovenfor etiske dilemma i samhandling med beboere.
2	Michelle Burns og Sonja Mellfattrick (2015)	Nurses knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting.	International Journal of Palliative nursing	Å undersøke sykepleierens kunnskap og holdninger knyttet til smertekartlegging hos pasienter med demenssykdom på sykehjem.	Systematisk gjennomgang av fagfellevurdert forskning som er gjort mellom 2000-2014 og 11 artikler ble inkludert	Det er utfordrende å kartlegge smerte hos sykehjemsbeboere med demenssykdom. Sykepleiere hadde vanskeligheter med å identifisere smerte og lite kjennskap til smertekartleggingsverktøy. Rammefaktorer som mangel i tid, opplæring, kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid påvirker smertekartleggingen. Studien belyser viktigheten av kunnskap og kompetanse på denne pasientgruppen må økes.

3	Gunn-Mari Jenssen, Wivi-Ann Tingvol og Geir Fagerjord Lorem (2013)	Smertebehandling til personer med langtkommen demens.	Geriatrisk Sykepleie.	Finne ut av utfordringer når sykepleiere skal gjøre en smertevurdering og- kartlegging hos personer med demens og språkvansker.	Kvalitativ metode: Intervjuet 5 sykepleiere som arbeider på sykehjemsavdelinger tilrettelagt for personer med demens.	Ulike momenter som bidrar til at smerter blir både over-og undervurdert. Disse momentene er blant annet vanskeligheter med å tolke pasientens atferd, manglende faglig kunnskap om smerter og demenssykdom.
4	Bettina S. Husebo, Liv I. Strand, Rolf Moe-Nilssen, Stein B. Husebo og Anne E. Ljunggren (2010)	Pain in older persons with severe dementia. Psychoetric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting.	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Utforske påliteligheten av smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 ved å ta en test-retest og validere verktøyet. Sykepleieren skulle kartlegge smerten relatert til indre organer, hode og hud, samtidig smerteatferd knyttet til skjelett, ledd og muskulatur.	Kvantitativ metode. MOBID-2 bles testet ut av 77 sykehjemsbeboere med demens av 28 sykepleiere som kjente beboerne fra før.	På grunnlag av standardiserte bevegelser, smerteoppførsel og kroppstegning av smerte ble MOBID-2 vist å være pålitelig, tidseffektivt og gyldig verktøy som klarer å kartlegge smerte hos sykehjemsbeboere med demens. Sykepleiere mente at smerter ikke relatert til muskel- og skjelettsystemet var vanskelig å kartlegge. Muskel- og skjelettsmerter ved bevegelse og smerter i bekken og/eller kjønnsorganer ble kartla.
5	Alice Jordan, Julian Hughes, Mani Pakresi, Sarah Hepburn og John T. O'Brien (2010)	The utility of PAINAD in assessing pain in a UK population with severe dementia.	International Journal of Geriatric Psychiatry	Å undersøke og evaluere påliteligheten og valideten til PAINAD hos sykehjemsbeboere med demens som har smerter.	Sykehjemsbeboere med alvorlig demens deltok	PAINAD er et sensitiv/følsomt verktøy for å oppdage smerter hos sykehjemsbeboere med demens. Verktøyet gir en høy falsk positive frekvens og oppdager først og fremst psykososiale trekk.
6	Karin Torvik, Stein Kaasa, Øyvind Kirkevold, Ingvild Saltvedt, Jacob C Hølen, Peter Fayers og Tone Rustøen (2010)	Validation of Doloplus-2 among nonverbal nursing home patients -an evaluation of Doloplus in a clinical setting.	BMC Geriatrics	Å undersøke og evaluere påliteligheten og valideten til smertekartleggingsverktøyet Doloplus-2, samt sammenligne sykepleiers evaluering av smertepåvirkning hos nonverbale sykehjemspasienter.	Kvantitativ metode. 77 sykehjemsbeboere over 65 år og eldre fra 7 ulike sykehjem i Romsdal, Trøndelag og Møre og Romsdal ble inkludert i studien.	Da sykepleierne brukte Doloplus-2 viste det seg at 68% av pasientene var smertepåvirket, men sykepleierne kartla kun totalt 52% av pasientene som var smertepåvirket. Med 29% klarte ikke sykepleierne identifisere om pasientene var smertepåvirket eller ikke.

5. Drøfting

5.1 Kunnskapsbasert sykepleie i forhold til smertekartlegging

Et gjennomgående resultat i forskningene er sykepleierens mangel på relevant kunnskap om smertevurdering og smertekartleggingsverktøy hos sykehjemsbeboere med demenssykdom (Burns & McIlpatrick, 2015; Lillekroken et al., 2015). Det står lovfestet i Helsepersonalloven (1999) at sykepleiere har ansvar for å utøve faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som er innrettet i sin faglige kvalifikasjon. Sykehjemsbeboere med demens har samme krav på lik linje som andre pasientgrupper til omsorgsfull hjelp, og en kartlegging av smerte danner grunnlag for tiltak i smertebehandling som anses som omsorgsfull hjelp. Dette innebærer at sykepleieren må innhente nødvendige datasamling om smertene og vurdere pasientens grunnleggende behov (Danielsen et al., 2016). I demensomsorgen skal det utøves kunnskapsbasert praksis for å sikre kvalitet i helsetjenesten. En god sykepleier integrerer kunnskap fra forskning med kombinasjon av egne erfaringbaserte kunnskap og ferdigheter på en slik måte at sykehjemsbeboere oppnår optimal pleie (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2017) Dette strider imot studien til Lillekroken og Slettebø, fordi sykepleierne viser manglende kunnskap og kjennskap til observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy. Sykepleierne anvendte ikke smertekartleggingsverktøy i praksis og hadde heller ikke felles retningslinjer og rutiner for smertevurdering. Samme funn gjenspeilet i studien til Jensen, Tingvoll og Lorem (2013).

Smertekartlegging hos sykehjemsbeboere med demens byr på ulike sykepleiefagelige utfordringer. Denne utfordringer hevder Lillekroken og Slettebø i studien sin (2013) at sykepleiere var enige i at utilstrekkelig egenrapportering av smerte, var utfordrende for sykepleiere på grunn av manglende kunnskap til å observere og tolke beboerens ikke-verbale tegn. Siden det ikke ble benyttet smertekartleggingsverktøy, baserte sykepleierne seg på «prøve seg fram»-metoden i medisineringsen av smerte og metoden ble brukt da sykepleierne observerte atferdsendringer hos beboerne. Lillekroken og Slettebø (2013) påpeker at eldre er overfølsomme for smertestillende og påvirket det kognitive funksjonen ytterlig negativt. I motsetning til det mente sykepleierne at smertestillende ga effekt hvis beboeren roet seg ned. På denne måten utøver ikke sykepleieren i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet og sykepleierens subjektive handlinger og vurderinger bygges ikke på forskning og faglig skjønn som strider imot Helsepersonalloven (1999) og yrkesetiske retningslinjer for

sykepleiere (NSF, 2019). Dette kan føre til at sykepleieren baserer seg på spekulering og synsing av beboerens smerter, i tillegg blir det utfordrende for sykepleieren å lokalisere smertene til beboeren (Jenssen et al., 2013). Jenssen et al. (2013) nevner at sykehjemsbeboere som ikke klarte å uttrykke smerte verbalt var i fare for overbehandling av smerte og belyste derfor viktigheten av å bruke smertekartleggingsverktøy i vurderingen av smerte hos denne pasientgruppen.

Ulik forskning viser stort sett enighet om at sykepleiere har behov for gode fagkunnskap om demenssykdom og smertevurdering (Burns & McIlpatrick, 2015; Jenssen et al., 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013). Likevel viser enkelte studier at sykepleiere har manglende kunnskap og ferdigheter om smertekartlegging og smertebehandling, som kan føre til at sykehjemsbeboere ikke får tilfredsstillende smertelindring (Danielsen et al., 2016). I studien til Burns og McIlpatrick (2015) mente sykepleierne at de hadde gode fagkunnskap om smertevurdering, men resultatet viser at de hadde lite kjennskap og var usikre i bruken av smertekartleggingsverktøy som førte til smerte ikke ble identifisert og kartlagt. For det første er det viktig at sykepleiere har kunnskap om demenssykdommens utvikling for å kunne skille mellom demensatferd og smerteatferd (Jenssen et al., 2013; Burns og McIlpatrick, 2015). Dette blir problematisk hvis sykepleierne ikke klarer å skille mellom demensatferd og smerteatferd. For å kunne vise at sykehjemsbeboere er utsatt for å ikke få god smertelindring, er at smertekartleggingsverktøy blir anvendt lite i praksis. I studien til Lillekroken og Slettebø (2013) brukte sykepleiere et uroskjema og mente at et døgnregistreringsskjema er egnet til å identifisere smerte. Sykepleierne mente at atferd som agitasjon, roping, gråting og atferdsendring er smerteatferd som indikerer på smerte, og denne påstanden støttes av Sandvik og Husebø (2011) at smerte kommer til uttrykk gjennom atferd. Utfordrende atferd som agitasjon kan være et fremtredende uttrykk for smerter hos eldre med demens (Torvik og Bjørø, 2016). Dette skaper ytterligere utfordringer for sykepleiere å skille mellom smerteatferd og demensatferd, i tillegg til at sykepleiere skal ivareta beboerens behov. Lillekroken og Slettebø, (2013) tydeliggjør ikke i studien om det ble gitt antipsykotiske legemiddel i medisineringen i bakgrunn av observert atferd, til tross for at sykepleierne brukte et uroskjema hos denne pasientgruppen. Torvik og Bjørø (2016a) påpeker at opptil 40-46% av eldre ble behandlet med psykofarmaka, hvis det ble observert urolig atferd. Det kan muligens være at sykehjemsbeboere ble behandlet med beroligende medisiner enn smertestillende, siden det ikke ble brukt smertekartleggingsverktøy i smertevurderingen i studien til Lillekroken og Slettebø (2013). På grunn av manglende kunnskap og kompetanse innad eget

fagområde, er det viktig at sykepleiere holder seg faglig oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis. Dette gir et godt grunnlag for at sykepleieren utøver faglig, etisk og juridisk forsvarlighet som innretter i yrkesetiske retningslinjene (Sneltvedt, 2016).

Sykepleieren har en sentral rolle i beboerens smertevurdering som innebærer at sykepleieren må kunne observere og tolke beboerens tvetydige signaler som gir smerteindikasjon (Burns & McIlpatrick, 2015; Jenssen et al., 2013). Derfor må sykepleierens praksis bygge på faglig skjønn sammen med kliniske erfaringer og etiske vurderinger og samtidig vurdere konteksten i den aktuelle situasjonen (Nortvedt et al., 2017). Dette kan understreke viktigheten av kunnskap om smerteatferd hos denne pasientgruppen. Samme påstanden støttes av Rustøen og Stubhaug (2006) om at sykepleiere må ha kunnskap om smertekartlegging og Skovdahl og Berentsen (2016) tydeliggjør viktigheten av å ha kunnskap om smerte hos sykehjemsbeboere for å kunne skille mellom smerteatferd og demensatferd. I bakgrunn av det må det gjøres en systematisk kartlegging av beboerens tilstand ved hjelp av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy.

På den ene siden var sykepleierne i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) positive til å ha rutiner og retningslinjer for smertekartlegging og smertebehandling, men andre sykepleiere ønsket ikke det. Dette kan forklares med at smerteopplevelse er subjektiv og kan kun beskrives av den som kjenner smerten (Danielsen et al., 2017). Smerte kan ikke standardiseres og må vurderes på et individuelt nivå, på den måten kan ikke en fellesprosedyre for smertevurdering alene regnes som utilstrekkelig tiltak (Lillekroken og Slettebø, 2013). Sykepleiere har visse plikter som motsvarer beboerens rettigheter. Dersom sykepleiere ikke forholder seg til retningslinjer, vil dette stride imot Helsepersonalloven (1999) og oppnår ikke forpliktelser til å gi forsvarlig helsehjelp knyttet til å igangsette smertekartlegging hos denne pasientgruppen. Sykepleieren har ansvar for at beboeren mottar nødvendig helsehjelp, og dette står lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven §2-1a andre ledd (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Sneltvedt (2016) på peker at yrkesetiske retningslinjer sikrer en høy etisk sykepleiefagelig standard som kan bidra til en verdig og bedre kvalitet i tjenestetilbudet. Tvert imot, mente noen sykepleiere at de hadde den kunnskapen som trengs for å kunne kartlegge smerte hos eldre med demens. Dette kan begrunnes med at disse sykepleierne hadde lang arbeidserfaring fra 3-15 år innen geriatri, eldre og demensomsorgen og mente kanskje at deres kompetanse og ferdigheter ligger til rette for å gjøre god smertekartlegging. (Burns & McIlpatrick, 2015). Likeledes skal sykepleierens praksis

innebære faglig skjønn sammen med kliniske erfaringer og etiske vurderinger. Ifølge yrkesetiske retningslinjer har sykepleierne ansvar for egen praksis som er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Sneltvedt, 2016). Lillekroken og Slettebø (2013) tydeliggjør at det trengs mer forskning om smertekartleggingsverktøy som identifiserer smerte hos demente sykehjemsbeboere og økt kunnskap om denne pasientgruppen. Flere studer konkluderer med at det er økt behov for opplæring i bruk av smertekartleggingsverktøy, undervisninger og seminarer. Dette kan styrke sykepleierens faglige forsvarlighet for effektiv smertevurdering og smertelindring. (Lillekroken & Slettebø, 2013; Burns & McIlpatrick, 2015).

5.2 Systematisk kartlegging hos sykehjemsbeboere med demens som mangler språk

Uten å anvende systematisk kartlegging i smertevurderingen hos sykehjemsbeboere med demenssykdom, er det mulig at vurderingen av smerte baserer seg på sykepleierens egne erfaringer. Dette kan føre til feilvurdering og ubehandlet smerte hos denne pasientgruppen (Rotegård, Solhaug & Grov, 2015). En studie tilsier at sykepleiere hadde vanskeligheter med å identifisere smerter og var usikker i bruken av smertekartleggingsverktøy (Burns & McIlpatrick, 2015). Når sykehjemsbeboere ikke er i stand til å selvrappportere smerte, er det viktig at sykepleieren observerer og tolker smerteatferd og bruker klinisk skjønn i tillegg til smertekartleggingsverktøy. Sykepleieren har ansvar for beboerens velvære og det betyr at man må gjøre en datasamling om beboerens smerte. Det er viktig å understreke at smertekartleggingsverktøy er testet ut på gruppenivå og må derfor anvendes på individnivå. (Torvik & Bjøro, 2016a). Smerteatferd kan forveksles med demenssykdommens symptomer. Dermed er det gunstig å ha kunnskap om individet ved kartlegging av smerte (Lillekroken og Slettebø, 2013). Kitwood (1999) mente at hovedfokuset i en personsentert tilnærming er å kunne både tolke og møte utfordrende atferd hos personer med demens. Dette være at det foreligger umøtte behov som innebærer å igangsette behandlingstiltak basert på den utfordrende atferden (Rokstad, 2014). Samme påstand fremhever Husebø et al., (2010) at et menneskelig forhold og kjennskap om beboeren er viktig i smertevurderingen og demensomsorgen. På denne måten vil sykepleieren ivareta beboerens behov for helhetlig omsorg som omtales i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Sneltvedt, 2016). Et godt mellommenneskelig forhold er viktig i utøvelse av sykepleie og kunne møte beboeren på en «helhetlig» måte, der man anerkjenner beboerens ønske og behov (Kristoffersen & Nortvedt, 2017). Dette krever at sykepleieren tilbringer tid til å bli kjent med beboeren og finner ut hva slags innvirkning har pleie og behov i beboerens totale livssituasjon (Kirkevold, 2016). På den andre siden kan dårlig forhold og tid føre til at sykepleiere mister muligheten til å sanse

smerteutrykken hos beboeren, som gjør at smerten ikke blir oppdaget og oppfattet fortløpende (Torvik & Bjøro, 2016a). Denne påstanden støtter Burns & McIlfratrick (2015) og mente at rammefaktorer som lav bemanning, nedprioritering og ressursmangel var en belastning for sykepleieren, som hadde negativ innvirkning i kvaliteten på smertekartlegging- og behandling.

5.3 Ulike smertekartleggingsverktøy for å kartlegge smerte hos demente uten språk

Det finnes en rekke ulike smertekartleggingsverktøy som har vist gode resultater knyttet til å avdekke smerte hos sykehjemsbeboere. MOBID-2 ble utviklet og utprøvd i Norge, Doloplus-2 har blitt oversatt og utprøvd i norske sykehjem, mens PAINAD har blitt oversatt til forskjellige språk og blitt godkjent av The American Medical Directors Association. Det er kun disse verktøyene som blir anvendt i oppgaven på grunn av oppgavens omfang og begrensning, og mulighet til å gjennomføre en større drøfting av disse. Kun svakheter og styrker i de tre smertekartleggingsverktøy blir omtalt, og utdyper ikke hvilke verktøy som er best for oppgavens pasientgruppe.

5.3.1 PAINAD er et sensitivt verktøy?

PAINAD er et smertekartleggingsverktøy, og har relativt lite forskning på om hvorvidt verktøyet er egnet for å kartlegge smerte hos eldre demente. Jordan et al. (2011) fant ut at PAINAD er et sensitivt verktøy for å identifisere smerter hos beboere med alvorlig demens. På den andre siden sier Warden et al. (2003) at en fordel med PAINAD er at verktøyet er gyldig, enkel å bruke og er et pålitelig smertekartleggingsverktøy for å kartlegge smerte hos non-verbale pasienter. Videre kan man forklare at fordelene i PAINAD kan muligens være en ulempe når sykepleiere møter beboere med kompleks smerteproblematikk. Sykepleierens oppgave er å observere og tolke nonverbale tegn på smerte som reflekterer den faktiske subjektive smerteopplevelsen hos beboeren (Torvik og Bjøro.,2010; Burns og McIlfratrick, 2015).

I studien til Jordan et al. (2011) fant man ut at noen beboere ble bedømt for å ha mild smerte med totalsum på over 2, uansett om de ikke følte noe form av smerte. Dette kan være en rekke årsaker til hvorfor beboerne skåret høyere enn den faktiske subjektive smerteopplevelsen. En kan begrunne med at beboerne ikke forsto hva som foregikk da kartleggingen ble gjennomført, og reagerte med å bli engstelig, frustrert, redd og sint. Dette kan tyde på at observert atferd ikke er relativt relatert til smerte som gjør at verktøyet gir en høy falsk

positive frekvens og fanger opp psykologisk stress hos beboerne. Det kan konkluderes med at smerteatferd blir forvekslet med andre atferd som ikke er relatert til smerte og må videre utforske potensielle årsaker til den aktuelle atferden. Kristoffersen et al. (2017) sier at hvordan sykepleieren utfører en handling, vil være avgjørende for beboerens opplevelse. Derfor er det viktig å møte behovene til beboeren og forklare hva som kommer til å skje når kartleggingen utføres. Sykepleierne brukte kun 5 minutter på å kartlegge smerter ved 3 ulike anledninger som var under hvile, måltid og intervensjon som bading (Jordan et al, 2011). Til tross for lite tid til å kartlegge, vil ikke sykepleiere kunne sanse beboerens uttrykk for smerte. Torvik og Bjøro (2016) påpeker at smerte må regelmessig observeres og dokumenteres som gir grunnlag for vurdering og utvikling av smerten over tid, og kort tid vil ikke fange opp smerteuttrykk hos beboeren. Samme påstand konkluderer Jordan et al. (2011) og deres studie klarte å se samsvar mellom de som hadde smerte og de som var plaget av depressive symptomer. Studien konkluderte med at selvrapporing av smerte hos demente sykehjemsbeboere er utilstrekkelig for å kartlegge smerte og trenger å anvende andre smertekartleggingsverktøy for å få en riktig og optimal smertekartlegging.

Et annet relevant punkt er at beboeren ble observert av sykepleieren under tre forskjellige forhold som i hvile, under aktivitet og etter administrering av smertestillende. Ulempen med å observere smerte under ulike forhold, er at smerte arter og utvikler forskjellig i ulike tilstand som kan gi mulighet til å mistolke den aktuelle smerteforekomsten. Berntzen et al. (2017) påpeker at ulike forhold som sosiale tilstand og kulturelle forhold, vil kunne forsterke eller redusere den totale smerteopplevelsen og smertereaksjonen hos beboeren. Dette kan forklares med at det er individuelle forskjeller i smerteopplevelsen, fordi smerte er svært sammensatt og subjektiv. På den ene siden er det en fordel å kartlegge beboerens smerte i ulike forhold, da blir sykepleieren mer oppmerksom og bevisst på hvilke tilstand og tidspunkt smerten avtar mest hos beboeren. Med det kan sykepleieren møte beboeren med barmhjertighet, empati og respekt og beboerens behov. På den måten ivaretar sykepleieren beboerens behov for helhetlig omsorg.

På den andre siden klarte PAINAD å kartlegge smerte hos kun 16% av beboerne og smertene som ble identifisert var relatert til muskel- skjelettsystemet. Dette kan konkluderes med at PAINAD er både et pålitelig og sensitivt verktøy for å kartlegge smerter hos sykehjemsbeboere med alvorlig demens uten språk (Jordan et al., 2011; Warden et al., (2003). Med det er det viktig sykepleieren får opplæring i bruken av PAINAD, anvender klinisk

skjønn i tillegg til PAINAD når selvrapporing er utilstrekkelig, for at smertekartleggingen blir gjort på en riktig måte som tilsvarer beboerens aktuelle smerteopplevelse.

5.3.2 Doloplus-2, en utfordring å tolke og vurdere beboerens smerteforekomst?

En studie fant ut at flere sykehjemsbeboere ble kategorisert til å ha smerter når Doloplus-2 ble benyttet, sammenlignet når sykepleiere subjektivt vurderte smerte uten noe smertekartleggingsverktøy. Dette kan konkluderes med at Doloplus-2 kan være et effektivt og nyttig verktøy som sykepleiere kan anvende i en systematisk kartleggingsvurdering hos sykehjemsbeboere med manglende språk (Torvik, Kaasa, Kirkevold, Saltvedt, Hølen, Payers & Rustøen, 2010).

Torvik et al. (2010) nevner at en svakhet ved Doloplus-2 er at verktøyet ikke klarer å differensiere om observert atferd er smerteatferd eller andre underliggende årsaker enn smerte som sorg, depresjon og agitasjon. Dette kan antyde på at Doloplus-2 klarer å identifisere smerte hos sykehjemsbeboerne, men ikke smerte relatert til somatiske smerte. Dette kan medføre at sykepleiere kan over og- undervurdere den faktiske smerteforekomsten. Dersom smerte hos eldre ikke blir oppdaget eller ubehandlet, kan det by på negative helsemessige konsekvenser som psykologiske reaksjoner, nedsatt funksjonsnivå og inaktivitet (Torvik & Bjørø, 2016a). Sykepleierens regelmessige observasjon og dokumentasjon vil gi grunnlag for å kartlegge beboerens reelle smerteopplevelse og følge opp endringer og utviklingen av smertetilstanden. Det er viktig å anvende systematisk smertekartlegging som Doloplus-2 for å unngå at smertevurderingen baserer på sykepleierens egne oppfatninger og tolkning som vil gi feil inntrykk av pasientens smertepåvirkning. Studien (2010) viser at Doloplus-2 kun viser om smerte er tilstede hos sykehjemsbeboere men ikke smerteintensiteten. Ulempen med at verktøyet ikke tar for seg smerteintensiteten er at det skaper utfordringer for å vurdere om smertebehandling er effektiv (Torvik og Bjørø. 2016a).

Torvik et al. (2010) fremhever at sykepleiere som regelmessig benyttet seg av Doloplus-2 mente at både tolkning av smertetegn og angi smerteskår var vanskelig og komplisert, fordi tilstedeværelse av andre indikatorer enn smerteindikatorer førte til forhøyet skår på Doloplus-2. Et annet relevant punkt er at skåren av smerte i hvile og smerte under aktivitet legges sammen. Med tanken på at flere av observasjonene i Doloplus-2, arter og utvikler seg forskjellig hos ulike beboere med demens, vil den endelige smerteskåren gi mulighet for feil

smerteskår og feiltolkning. Det kan føre til at smerteskåren ikke reflekterer den subjektive smerteopplevelsen hos beboeren. Det er viktig å understreke at beboerens tilstand og aktivitet er avgjørende faktorer som påvirker resultatet betraktelig. Sykepleieren bør stille seg kritisk til smerteskåren som Doloplus-2 angir, fordi skåren kan være overvurdert som kan føre til at beboeren blir feilmedisinert for smertene sine. På denne måten mottar ikke beboeren den nødvendige helsehjelpen som skal bygge opp under et verdig tjenestetilbud som står lovfestet i Pasient- og brukerettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Derfor er det viktig at sykepleieren anvender sin kliniske erfaring og faglig kunnskap og er kritisk til smerteskåren som Doloplus-2 angir. (Torvik et al., 2010). Et annet funn i studien var at psykomotoriske reaksjoner var den mest observerte smerteatferd og fikk maksimale poengsum ved bruk av Doloplus-2. Det kan tyde på at sykepleierne var oppmerksom på å tolke og observere psykomotoriske reaksjoner, men til tross for at denne pasientgruppen var pleieavhengige og var delvis eller totalt immobile, kan det tyde på at sykepleierne overvurderte pasientens smerte ved å tolke psykomotoriske reaksjoner som resulterte til forhøyet skår (Torvik et al., 2010)

Torvik et al (2010) konkluderer med at Doloplus-2 er et effektiv og nyttig smertekartleggingsverktøy når man skal vurdere smerte hos sykehjemsbeboere med demenssykdom. Tvert imot, er stor del av verktøyet basert på somatiske, psykomotoriske og psykososial atferd, som gjør det utfordrende å skille mellom atferd relatert til smerte eller andre årsaker enn smerte. Med tanken på at noen sykepleiere i studien til Torvik et al. (2010) ikke klarte å identifisere og kartlegge smerte basert på sykepleierens egne subjektive observasjoner og vurderinger hos 1/3 av pasientene, viser at verktøyet er pålitelig, men har økt behov for undervisning og opplæring i bruken av verktøyet. Et annet relevant punkt er at fravær av dokumentasjon kan tyde på at beboeren ikke er smertepåvirket, men kan ta i betraktning at sykepleieren muligens mangler kompetanse og kunnskap til å observere smerteatferd som indikerer på smerte. Dette påpeker Torvik et al. (2010) at viktigheten av sykepleierens kliniske erfaringer og faglig kunnskap er viktig for å kunne utføre en god smertekartlegging.

5.3.3 MOBID-2, er et godt smertekartleggingsverktøy i en sykepleiefaglig praksis?

Studien til Husebø et al. (2010) viser at del 1 av MOBID-2 gir uttrykk for smerte i beina under mobilisering relatert til muskel- og skjelettsystemet og i tillegg ble det bemerket smerte i kneet og skuldre også. Dette kan konkluderes med at hofte- og knebevegelse under mobilisering i seng har størst smerteintensitet knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Del 2, tar for seg smertefulle områder i indre organer, hode og hud og det viser seg at det er mest uttrykk for smerte i bekkenområdet og kjønnsorganer. Smerteområder som ikke er forårsaket av muskulatur eller skjelett, kan være vanskelig å vurdere. Dette underbygges av sykepleierne at det er utfordrende å vurdere beboerens smerteopplevelse som stammer fra indre organer, hud og hode, fordi MOBID-2 ikke har muligheten til å undersøke disse områdene grundigere. I slike situasjoner er det viktig at sykepleieren erkjenner sine egne grenser for kompetanse og ettersøke veiledning (Sneltvedt, 2016).

MOBID-2 inkluderer smerteatferd gjennom kroppsbevegelser, lyder og uttrykk som sykepleieren skal observere etter, og har en del likhetstrekk med smerteindikasjon som er beskrevet tidligere. Ansiktsuttrykk er oftest fremtredende smerteatferd som gir indikasjon på smerte, som følges av lyder og forsvar. Disse aldersmessige indikatorene resulterte å være moderat til meget god pålitelighet. (Husebø et al.,2010). Videre kan man konkludere at smertelyder kan tyde på smertepåvirkning og mimikkreaksjoner kan signalisere for ubehag, frykt og redsel for smerteopplevelse eller for å bli berørt og undersøkt. Andre grunner kan være at smerten er allerede tilstedeværende før øvelsen gjennomføres eller at man har manglende evne til å utføre handlinger som er enkle grunnet redusert oppmerksomhet og hukommelse hos demente. MOBID-2 viser å være et pålitelig, tidseffektivt og gyldig verktøy som klarer å kartlegge smerte hos demente sykehjemsbeboere, men samtidig burde sykepleieren være varsom og oppmerksom ved bruken av verktøyet, og bruke faglig skjønn i egne handlinger og vurderingen av smerte hos denne pasientgruppen. (Husebø et al, 2010) (Sneltvedt, 2016).

MOBID-2 gir grunnlag for å oppdage mistanke om mulige smerteproblemer hos eldre med demens og smertekartleggingsverktøyet angir reliable og valide skårer for smerteintensitet og smerteatferd basert på øvelsene under mobilisering, kroppstegningen og den generelle smerte skår. For det første finnes det svakheter med å benytte seg av MOBID-2. Sykepleiere kan møte på etiske dilemmaer når man samhandler med beboere med demens og stå mellom valget av å ivareta pasientens autonomi eller behov for smertelindring (Lillekroken ., 2013).

Dette kan forklares med at sykepleierens oppfattelser og observasjoner av beboerens smerteopplevelse utgjør større del enn beboerens egne smerteopplevelse i smertekartleggingen. Dette kan argumenteres at MOBID-2 er utviklet for å observere smerteatferd og smerteintensitet basert på øvelsene under mobiliseringen og ikke hovedsakelig i en verbal kommunikasjon mellom sykepleieren og beboeren med demens. Studien (2010) understreker at kartlegging av smerte med demens er utfordrende. Manglende evne til selvrapporing om smerteproblematikk, gjør det vanskelig for sykepleieren til å fange og respondere på beboerens indirekte tegn og signaler (Eide & Eide, 2017) Derfor er det viktig at sykepleieren forklarer grundig om hva som kommer til å skje under øvelsene og dette bygges på sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon (Sneltvedt, 2016). På den måten bidrar sykepleieren med å redusere redsel og frykt eventuelt unngå at uttrykk for smerte blir mistolket og misforstått. For å kunne avdekke smerten bør man kontinuerlig observere smerteatferden over tid og at vurderingen av totale smertescore blir gjort av sykepleieren som gjennomgikk punktene med beboeren for å få nokså konkret og riktig tall for smerteintensitet (Husebo et al.,2010). Videre forklarer Sandvik og Husebø (2011) at om en beboer har vondt i kneet og skårer 9 på smerteintensitet og 0 poeng på de andre øvelsene, vil kneet framdels være vondt og ha smertenivå 9 på en NRS-skala.

For det andre ble det diskutert i studien til Husebø et al. (2010) at flere smerteatferder bør inkluderes i MOBID-2. Disse smerteatferdene var ikke-verbale indikatorer som mental status, aktivitetsmønster, rutiner og sosialisering. Ulempen med å inkludere disse smerteatferdene i smertekartleggingsverktøyet er at det kan forveksles med atferdsforstyrrelser og generelle atferdssymptomer relatert til demens, siden demens er en progredierende sykdom som forverres over tid (Danielsen et al., 2016; Husebø et al., 2010). Husebø et al. (2010) vektlegger viktigheten av et menneskelig forhold med personer med demens som innebærer å ha kunnskap til beboerens utvikling av demenssykdom, samtidig kjennskap om beboeren beboerens vanlige oppførsel. For det tredje påstår studien (2010) at MOBID-2 klarer å fange opp nociseptive smerter som er akutte smerter og andre smertetyper. I motsetningen til det, klarer ikke smertekartleggingsverktøyet å differensiere mellom akutte smerter eller kroniske smerter som er tilstedeværende (Husebø et al., 2010). Akutte smerter kan utvikle seg over tid til kroniske smerter som kan føre til udiagnostert smerte eller feilmedisinering. Derfor er det viktig at sykepleieren regelmessig observerer og dokumenterer beboerens smerte, slik at man har et utgangspunkt for smertevurdering, smertens utvikling samtidig grunnlag for smertebehandling (Torvik og Bjørø, 2016a).

MOBID-2 er et godt utviklet smertekartleggingsverktøy som sikrer sykehjemsbeboerens behov for smertevurdering- og behandling. Observerte smerteatferd under standardiserte bevegelser gir godt grunnlag for reliable og valid tolkning og estimering av smerteintensitetene. Basert på studien og egne erfaringer viser det seg at kartleggingsverktøyet blir lite anvendt i praksis, men er et pålitelig hvis verktøyet blir benyttet riktig. Dette krever kunnskap og opplæring av bruken av MOBID-2, kjennskap til beboeren, og kunnskap om smerte- og demensatferd. Denne påstanden støtter Burns & McIlpatrick (2015) og Lillekroken & Slettebø (2013) at opplæring, undervisning og kurs i smertekartleggingsverktøyet øker kunnskap og forståelse og medfører til økt kvalitet i smertevurdering.

5.Sykepleierens holdning i forhold til smertekartlegging

Siden demente sykehjemsbeboere har vanskeligheter å uttrykke verbalt sine smerteproblematikker på grunn av språk- og kommunikasjonsutfordringer, er sykepleierens holdning til beboerens smerteopplevelse viktig. Denne pasientgruppen krever at sykepleieren bruker tid til å tolke og observere når man skal kartlegge smerte ved bruk av smertekartleggingsverktøy (Torvik & Bjørø,2016b). I samhandling med manglende språkevne, stilles det krav til sykepleierens holdning som å være tålmodig, empatisk og åpen i møte til beboerens smerteopplevelser (Eide & Eide, 2017). Hvis sykepleieren ikke møter disse kravene, er risikoen for at man baserer på personlige vurderinger og handlinger i kartleggingen, og dette resulterer i at kartleggingen ikke blir optimalt og ikke baserer på faglig oppdatert kunnskap. På denne måten strider sykepleierens utøvelse mot de yrkesetiske retningslinjene, som sier at sykepleiere har et personlig ansvar for at egen praksis består av faglig, etisk og juridisk forsvarlighet (NSF, 2019)

Studien til Lillekroken og Slettebø (2013) fant ut at ingen av sykepleierne hadde verken kunnskap og kjennskap om noen smertekartleggingsverktøy. Sykepleierne mente at smertekartleggingsverktøy ikke kunne brukes hos demente. Til tross for dette, var det noen sykepleiere som var interessert i å anvende smertekartleggingsverktøy i praksis. En annen studie viser at 50% av sykepleiere mente at smerte ikke var en naturlig del av aldringsprosessen, når smerte hovedsakelig avtar i aldersforandringen. (Burns og McIlpatrick, 2015). Andre holdninger var blant annet at noen sykepleiere mente at eldre tåler smerte bedre enn yngre mennesker og at det er normalt at eldre hadde smerter når man ble gammel

(Lillekroken & Slettebø, 2013). Dette viser hvor ulike holdninger og aspekter sykepleiere har knyttet til alderdom og smerter hos eldre, som påpeker hvor mange eldre kunne ha vært underbehandlet og underdiagnostisert smerte. Dårlige holdninger er ofte assosiert med kompetansemangel i møte med demente sykehjemsbeboere med smerter. På grunn av ulike språkvansker hos demente som svikt i ordproduksjonen, redusert evne til å forstå ord og finne riktig ord, vil betydelig påvirke innholdet og formidlingen om sine smerter. Sykepleier som er interessent, har faglig oppdatert kunnskap og kompetanse, og anvender smertekartleggingsverktøy i praksis kan bidra til gode holdninger og utførelse en god smertekartlegging.

Et annen relevant punkt som Lillekroken & Slettebø (2013) nevner er at sykepleiere har lite fokus på faglig oppdatering og har behov for mer forskning om smertekartleggingsverktøy i sykehjem. Det kan være utfordrende, hvis sykepleieren står fokusert på dette feltet alene og at arbeidsplassen ikke tilrettelegger for å øke oppdatert kunnskap hos sykepleieren. På den måten har sykepleierne et personlig ansvar for egen praksis som sykepleier og anvende ny kunnskap i praksis (NSF, 2019). Dette krever at sykepleieren holder seg faglig oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og som bidrar til at ny innhentet av kunnskap anvendes i praksis. En sykepleier har en undervisende og veiledende funksjon som innebærer å bidra til læring, utvikling og mestring. Veiledning og undervisning sikrer bedre kvalitet på tjenestetilbudet til sykehjemsbeboerne, den faglige kunnskapen og ferdigheten til sykepleieren sammen med helsepersonalet økes og samtidig blir man oppmerksom på den kritiske refleksjonen over egen utøvelse (Kristoffersen & Nortvedt, 2017). På den måten ivaretar sykepleieren beboerens behov for helhetlig omsorg gjennom gode holdninger. Det bidrar til tilfredsstillende smertevurdering hos sykehjemsbeboere med demenssykdom.

6 Oppsummering

Smerte er et vanlig helseproblem og en dominerende sykdom som avtar i aldersforandring hos demente sykehjemsbeboere. Demens er en progredierende sykdom som skaper språk- og kommunikasjonsutfordringer på grunn av redusert oppmerksomhet, hukommelsessvikt og ulike språkvansker. Dette medfører mangelfull smertevurdering og ubehandlet smerte. Ubehandlet smerte kan føre til fysiske og psykiske konsekvenser hos eldre.

Smertekartlegging er en selvstendig sykepleieoppgave og viktig rolle i en smertevurdering. Utøvelse av sykepleie skal bygge på faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, og personlig ansvar for egen praksis som skal bygge på forskning, erfaringsbaser kompetanse og brukerkunnskap. Dette krever at sykepleieren har et teoretisk kunnskapsgrunnlag og kompetanse om demenssykdommen i sin utvikling, kunne observere og tolke beboerens tvetydige signaler og atferd relatert til smerte og kunne skille mellom smerteatferd og demensatferd.

Forskning viser at sykepleiere har forskjellige opplevelser, oppfatninger og holdninger knyttet til smerte, smertekartlegging og bruken av smertekartleggingsverktøy hos sykehjemsbeboere med demenssykdom. Forskning viser at sykepleiere har manglende kunnskap om smertevurdering og smertekartlegging, ingen kjennskap og kunnskap i bruken av smertekartleggingsverktøy, sto ovenfor etiske dilemmaer, dårlige holdninger og tid var momenter som påvirker smertekartleggingen hos eldre med demens. Forskningsetikkene konkluderer med at sykepleierens pålitelige og relevante kunnskapsgrunnlag og kompetanse, menneskelig forhold, gode holdning, og utøvelse av faglig forsvarlighet og omsorgsfull er avgjørende for god kvalitet i en smertevurdering.

Tre ulike observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy ble anvendt; PAINAD, Doloplus-2 og MOBID-2. Bruken av smertekartleggingsverktøy er et hjelpemiddel som fanger opp og konkretiserer mulige smerteproblemer hos denne pasientgruppen. Basert på innhentet forskning har de ulike verktøyene både svakheter og styrker, men sykepleierens kliniske blikk, opplæring, erfaring og faglig kunnskap er avgjørende for troverdigheten av kartleggingen.

Denne oppgaven ga meg større forståelse om smerter hos sykehjemsbeboere med demenssykdom og blitt mer bevisst på helseproblemet. Det finnes mange eksisterende forskning om smerte hos eldre, men er lite anvendt i praksis. Oppgavens tematikk bør være et sentralt fokus i sykepleierutdanning og for sykepleieforskning og kunnskapsbaserte kliniske retningslinjer.

Litteraturliste

- Berentsen, V. D. & Skovdahl, K. (2016). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 408-434) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bertelsen, A. K. (2012). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach- Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling*. (1.utg., s.327-328). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Burns, M., McIlfratrick, S. (2015). Palliative care in dementia: literature of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), 400-407.doi:
<https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/ijpn.2015.21.10.479>
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A., Bernzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerte. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Kliniske sykepleie 1*. (5.utg., s.381-427). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018). Demens. I K. Engedal & P.K. Haugen (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (1.utg., s. 14-28). Tønsberg: Aldring og helse- akademisk.
- Haikio, Kristin. (2015). *Smerte hos eldre og personer med demens*. Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Husebø, B. S., Strand, L. I., Moe- Nilssen, R., Husebø., &Ljunggren, A.E. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization- Observation- Behaviour- Intensity- Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(2), 380-391. doi:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x>
- Håkonsen, M. K. (2014). Individ og felleskap. I M. K. Håkonsen (Red.), *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg., s. 183-189). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jensen, T. S., & Dahl, J. B. (2013). *Smerte. Baggrund, evidens og behandling*. I. E. Arendt Nilsen (Red.) København: 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 fra

https://www.nsf.no/Content/1361710/13Gs3_vitensk._artikkel_smertebehandling_240_6.pdf

- Jordan, A., Hughes, J., Pakresi, M., Hepburn, S. & O'Brien, J. (2010). The utility of PAINAD in assessing pain in a UK population with severe dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(2), 118-126. doi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/gps.2489>
- Kirkevold, M. (2016). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb. & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 122-143). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens- personen kommer i første rekke*. Fredrikstad: Dafolo Forlag.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2017). Hva er sykepleie?. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (3.utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2017). Pasient og sykepleier- verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2*. (3.utg., s. 89-132). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Nordic Journal of Nursing Research*, 33(3), 29-33. doi: <https://doi.org/10.1177/010740831303300307>
- Ljoså, T. M. & Stubhaug, A. (2010). Hva er smerte?. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. (1. utg., 22-44). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- McCaffery, M. & Beebe, A. (1998). *Smerte. Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic pain. Description of chronic pain syndroms and defination of pain terms*. (2.utg). Seattle: IASP Press.
- Nasjonalforeningen for folkehelse. (2019, 28. januar). Hva er demens?. Hentet fra <https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>
- Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Kliniske sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Kliniske sykepleie 1*. (5.utg., s.17-37) Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V & Reinar, L. M. (2017). Hva er kunnskapsbasert praksis?. *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok*. (2.utg., s. 15-26) Oslo: Akribe.
- NSF. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 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>
- Ranhoff, A. H. (2016). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 79-91). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rokstad, A. M. M. (2014). Personsentrert omsorg. I Rokstad, A. M. M. *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforslag AS.
- Rostad, H. M., Grov, K. G., Utne, I. & Halvorsrud. (2019). Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langkommen demens og smerte. *Sykepleien forskning*, 14(79184) doi: [10.4220/Sykepleienf.2019.79184](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184)
- Rotegård, A. K., Solhaug, M. & Grov, E. K. (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E. K. Grov. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damn Akademisk
- Rustøen, T. & Stubhaug, A. (2006). Smerte. I U. Knutstad & B. K. Nilsen (Red.), *Sykepleieboken 2. Teoretisk- metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. (2.utg., s. 201-242). Oslo: Akribe.
- Sandvik, R. K., & Husebø, B. S. (2011). Måler smerte hos personer med demens. *Sykepleien forskning*. 99(11), 62-64 doi: [10.4220/sykepleiens.2011.0162](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0162)
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg., s. 97-110). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torvik, K. & Bjørø, K. (2016a). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 390-407). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torvik, K. & Bjørø, K. (2016b). Smertekartlegging og- behandling hos eldre mennesker med demens. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. (1. utg., 184-202). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ø., Saltvedt, I., Hølen, J. C., Fayers, P. & Rustøen, T. (2010). Validation of Doloplus-2 among nonverbal nursing home patients- an

evaluation of Doloplus-2 in a clinical. *BioMed Central Ltd.* 2010. Doi:

<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-10-9#citeas>

Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2010). Smertekartlegging. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitetet.* (1. utg., 105-127). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Warden, V., Hurley, A. C. & Volicer, L. (2003). Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *Journal of the American Medical Directors Association* 4(1),9-15. doi:

http://pdfs.semanticscholar.org/34b4/beb743e7fbf3f92dd9bc6064a2ff61900a9_b.pdf

Vedlegg 1

Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)

Instructions: Observe the patient for five minutes before scoring his or her behaviors. Score the behaviors according to the following chart. Definitions of each item are provided on the following page. The patient can be observed under different conditions (e.g., at rest, during a pleasant activity, during caregiving, after the administration of pain medication).

Behavior	0	1	2	Score
Breathing Independent of vocalization	<ul style="list-style-type: none"> • Normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Occasional labored breathing • Short period of hyperventilation 	<ul style="list-style-type: none"> • Noisy labored breathing • Long period of hyperventilation • Cheyne-Stokes respirations 	
Negative vocalization	<ul style="list-style-type: none"> • None 	<ul style="list-style-type: none"> • Occasional moan or groan • Low-level speech with a negative or disapproving quality 	<ul style="list-style-type: none"> • Repeated troubled calling out • Loud moaning or groaning • Crying 	
Facial expression	<ul style="list-style-type: none"> • Smiling or inexpressive 	<ul style="list-style-type: none"> • Sad • Frightened • Frown 	<ul style="list-style-type: none"> • Facial grimacing 	
Body language	<ul style="list-style-type: none"> • Relaxed 	<ul style="list-style-type: none"> • Tense • Distressed pacing • Fidgeting 	<ul style="list-style-type: none"> • Rigid • Fists clenched • Knees pulled up • Pulling or pushing away • Striking out 	
Consolability	<ul style="list-style-type: none"> • No need to console 	<ul style="list-style-type: none"> • Distracted or reassured by voice or touch 	<ul style="list-style-type: none"> • Unable to console, distract, or reassure 	
TOTAL SCORE				

(Warden et al., 2003)

Vedlegg 2

DOLOPLUS - 2		Observasjonsbasert smerteskala for eldre				
Etternavn:		Fornavn:		Avdeling:		
Senternummer:		Pasientnummer:		Dato:		
SOMATISKE REAKSJONER						
1.	Klager på smerte	- ingen klager - klager bare ved forespørsel/kontakt/undersøkelse - spontane klager av og til - vedvarende klager	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
2.	Smertelindrende hvilestillinger	- benytter ingen smertelindrende hvilestillinger - unngår av og til enkelte hvilestillinger - benytter vedvarende og effektive smertelindrende stillinger - stadige virkningsløse posisjonskift (finner ikke ro)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
3.	Beskytter smertefulle områder	- ingen beskyttelse - beskytter seg, men tillater stell/undersøkelse - beskyttelse som hindrer stell/undersøkelse - beskytter seg også i fravær av kontakt	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
4.	Ansiktsuttrykk	- normalt ansiktsuttrykk - ansiktsuttrykk som uttrykker smerte ved forespørsel/kontakt/undersøkelse - ansiktsuttrykk som uttrykker smerte spontant - vedvarende uttrykkløst ansikt (matthet, stivhet, tomt blikk)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
5.	Søvn	- normal søvn - problemer med innsovning - hyppige oppvåkninger (urolig søvn) - søvnløshet som påvirker våken tilstand	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
PSYKOMOTORISKE REAKSJONER						
6.	Stell og/eller påkledning	- aktivitet/bevegelighet er uendret (normalt) - aktivitet/bevegelighet er litt hemmet, men lar seg gjennomføre - aktivitet/bevegelighet er betydelig hemmet (vanskelig å gjennomføre) - umulig, pasienten motsetter seg ethvert forsøk	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
7.	Forflytning	- forflytter seg som vanlig - lett redusert (unngår enkelte bevegelser, begrenset gå-radius) - sterkt redusert (selv med hjelp er forflytning vanskelig) - forflytning er umulig, pasienten lar seg ikke overtale	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
PSYKOSOSIALE REAKSJONER						
8.	Kommunikasjon	- normal kommunikasjon - intensivert kommunikasjon, søker oppmerksomhet på uvanlige måter - redusert kommunikasjon (vil være alene) - fravær eller avvisning av all kommunikasjon	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
9.	Sosialt aktivitet	- normal deltakelse i aktiviteter (måltider, tilstelninger osv.) - deltar i aktiviteter, men kun etter overtalelse - nekter av og til å delta i aktiviteter - avstår fra all sosial aktivitet	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
10.	Atferdsproblemer	- normal atferd - gjentatte atferdsproblemer - permanente atferdsproblemer i kontakt med andre - permanente atferdsproblemer (selv uten ekstern stimulans/kontakt)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
TOTALT						

Vedlegg 3

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Patientens 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	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon
«Aul»	Grimaserer	Stivner
Stønner	Rynker pannen	Beskytter seg
Ynker seg	Strammer munnen	Skyver fra seg
Gisper	Lukker øynene	Endringer i pusten
Skriker		Krymper 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

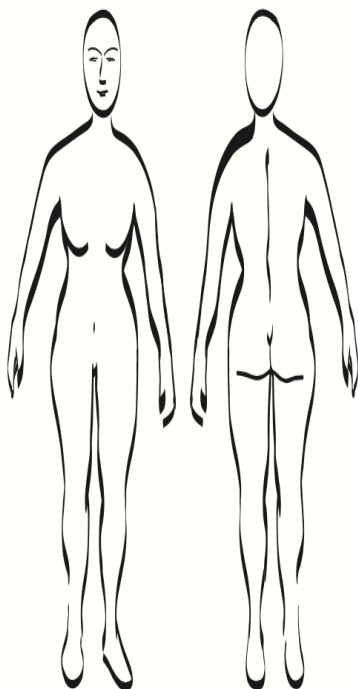
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
	→			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	→			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofterledd	<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

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)

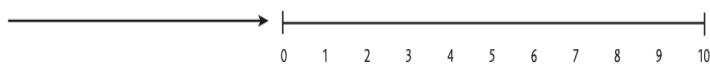


Smerteintensitet

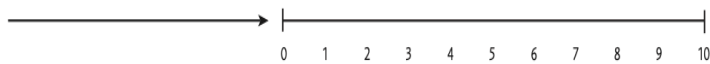
Basert på observert smerteatferd;
tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss
på linjen 0-10

6. Hode, munn, hals

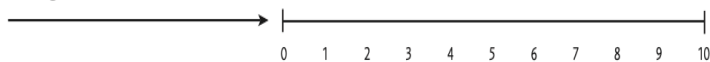
0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte



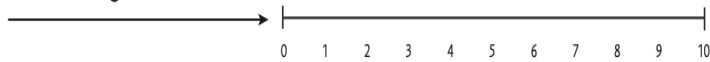
7. Bryst, lunge, hjerte



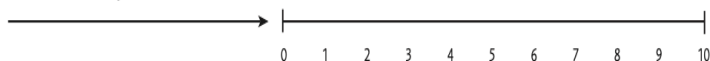
8. Mage – øvre del



9. Bekken, mage – nedre del



10. Hud, infeksjon, sår



Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

