



Smertekartlegging hos pasienter med demens

HØYSKOLEN DIAKONOVA

Bachelor i Sykepleie

Modul 11: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 149

Antall ord: 9955

Dato: 11. 03. 2016

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diakonova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

Innhold

1	INNLEDNING	1
1.1	CASE	1
1.2	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.3	PROBLEMSTILLING	2
1.4	OPPGAVENS HENSIKT OG SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS.	2
1.5	AVGRENSNINGER	3
1.6	BEGREPSAVKLARINGER	3
1.7	OPPGAVENS VIDERE OPPBYGNING	4
2	METODE	5
2.1	DATABASER OG LITTERATURSØK	5
2.2	PRESENTASJON AV DE VALGTE FORSKINGSARTIKLENE	7
2.3	KILDEKRITIKK	9
3	TEORETISK GRUNNLAG	10
3.1	SYKEPLEIE	10
3.1.1	ULIKE ASPEKTER FRA JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI	10
3.1.2	SYKEPLEIEPROSESSEN	12
3.2	PASIENTEN MED LANGKOMMEN DEMENSSYKDOM	13
3.3	PASIENTEN MED KRONISKE SMERTER	14
3.4	PASIENTEN MED DEMENSSYKDOM OG TROLIGE SMERTER	15
3.4.1	HVILKE KONSEKVENSER HAR SMERTER PÅ PASIENTER MED DEMENS?	15
3.4.2	DEMENSATFERD ELLER SMERTEATFERD?	15
3.5	SYKEPLEIERENS KARTLEGGINGSMETODER VED TROLIGE SMERTER	16
3.5.1	SYKEPLEIEMETODE: OBSERVASJON	16
3.5.2	SYKEPLEIEMETODE: KLINISK UNDERSØKELSE	17
3.5.3	SYKEPLEIEMETODE: SMERTEKARTLEGGINGSVERKTØY	18
4	DISKUSJON	20
4.1	SYKEPLEIERENS OBSERVASJONER OG VURDERINGER	20
4.2	SYKEPLEIERENS SMERTEKARTLEGGINGSVERKTØY	23
4.3	SYKEPLEIERENS UTFORDRINGER, HOLDNINGER OG KOMPETANSE	27
4.3.1	UTFORDRINGER	27
4.3.2	HOLDNINGER	29
4.3.3	KOMPETANSE	29
5	KONKLUSJON	32
	LITTERATURLISTE	33
	VEDLEGG	35

1 Innledning

I dag lever nærmere 78 000 mennesker med demenssykdommer. Med en økende befolkning i en økende alder, kan vi forvente en fordobling av antall personer med demensrelaterte lidelser innen 2035 (Vossius et al., 2015). Forskning viser at om lag 60 % av sykehjemsbeboere med demenssykdommer har daglige smerter (Husebø & Habiger, 2015). Å kartlegge smerter hos demenspasienter kan være utfordrende og stiller krav til sykepleierens vurderingsevne og kompetanse. Det hevdes at helsepersonellets mangelfulle smertekartlegging, er en av grunnene til den store forekomsten av underbehandlet smerte hos denne pasientgruppen (Torvik & Bjørø, 2014).

I denne oppgaven skal jeg utforske hvordan smerter kan avdekkes og hvilke kunnskaper som bør ligge til rette for å kunne kartlegge smerter hos pasienter med langtkommen demens og språkvansker. Videre skal jeg vurdere de vanligste kartleggingsmetodene, og drøfte hvordan de fungerer i praksis, samt drøfte sterke og svake sider ved dem.

1.1 Case

Nina på 92 år er en smertepåvirket demenspasient, som bor på sykehjemmet der jeg jobber. Da Nina flyttet inn på sykehjemmet kunne hun fortelle at hun hadde smerter i ryggen under stell. Nå har hennes kognitive tilstand blitt mer svekket, og hun klarer ikke lenger å gjøre rede for smertene sine. Jeg opplever at hun er aggressiv og lite samarbeidsvillig under stell. Hun skriker, klorer, og slår etter personalet. Hun medisineres med smertelindrende- og beroligende medikamenter fast, men det har liten virkning på adferden hennes under stellet. Jeg opplever at det prøves og feiles med medisineringen til Nina, og at det stadig er endringer på medisinlisten hennes.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg vil skrive om hvordan sykepleier kan kartlegge smerter hos pasienter med langtkommen demens, fordi det er et tema jeg ønsker å lære mer om. Etter flere år med arbeidserfaring på både somatisk og skjermet avdeling på sykehjem, har jeg møtt flere demenspasienter med smerteproblematikk. Det hevdes at smerter hos pasienter med langtkommen demens er undervurdert og underbehandlet på norske sykehjem (Skovdahl & Berentsen, 2014). Smertene

kan være vanskelige å vurdere på grunn av pasientens reduserte språkferdigheter og kognitive svikt. Derfor kan det være nødvendig å observere adferd som tegn på smerte (Torvik & Bjørø, 2014). Som i Ninas situasjon opplever jeg ofte at smertepåvirkede demenspasienter kan ha en utfordrende adferd. I mange tilfeller kan det være vanskelig å skille mellom smerteadferd og demensadferd, som medfører at smerteadferden ofte blir feiltolket (Wyller, 2015). Gjennom mine erfaringer har jeg aldri sett at kartleggingsmetoder som kartleggingsverktøy har blitt tatt i bruk for utredning av smerter hos denne pasientgruppen. Derfor ble jeg nysgjerrig på hvilke metoder og verktøy som kan anvendes, og hvordan de fungerer i praksis.

Demens og smerter er et dagsaktuelt tema, som har vært mye omtalt i mediene, med avisoverskrifter som *"Sykehjemspasienter med demens lider unødige"* (Brækhus, 2015) og *"Demente opplever et smertehelvete uten ord"* (Husebø, 2013). Forskning viser at hele seks av ti demente pasienter på sykehjem har smerter daglig (Husebø & Habiger, 2015). Jeg synes det er trist og uverdige at mange demente lider i stillhet, og jeg tenker at bedre kompetanse blant sykepleierne kan sikre en bedre utredning av smertene.

1.3 Problemstilling

Jeg har valgt følgende problemstilling: *Hvordan kan sykepleier kartlegge kroniske smerter hos pasienter med langtkommen demens på sykehjem.*

1.4 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans.

I denne oppgaven ønsker jeg å belyse hvordan en sykepleier kan kartlegge kroniske smerter hos pasienter med langtkommen demens og språkvansker. Hensikten er å utforske et fenomen jeg mener sykepleiere trenger å lære mer om, og håper at oppgaven kan bidra til fagutvikling innenfor dette området. I løpet av arbeidsprosessen ønsker jeg å tilegne meg kompetanse som kan styrke mitt fremtidige kartleggingsarbeid som sykepleier.

1.5 Avgrensninger

Jeg velger å avgrense til skjermet enhet på sykehjem, fordi der møter man ofte demenspasienter med en utfordrende adferd. Utfordrende adferd kan være relatert til smerter og ubehag, og det skal jeg gå nærmere inn på i drøftingsdelen av oppgaven.

I oppgaven tar jeg for meg Alzheimers demens type 2, som er den vanligste demenssykdommen. Omlag 60 % av demensrammede personer har denne formen for demens (Skovdahl & Berentsen, 2014).

Sykdomsforløpet ved demenssykdom deles inn i 1) mild, 2) moderat og 3) alvorlig grad, i følge diagnosesystemet ICD-10 (international Classification of Diseases and Related Health Problems) (Solheim, 2015). Grad 3 omtales som den alvorlige graden, men i oppgaven velger jeg å heller bruke begrepet «langtkommen demens» fordi jeg synes at det er et mindre brutalt begrep.

Risikoen for å få smertefulle kroniske sykdommer øker med alderen (Torvik & Bjøro, 2014). Med en økende alder er også risikoen for å utvikle demens større (Skovdahl & Berentsen, 2014). Derfor har jeg valgt å avgrense til eldre over 65 år, selv om yngre mennesker også kan rammes av demens og smerter.

Pasienter med smerter i muskel- og skjelettsystemet er den største gruppen pasienter med kroniske smerter, og derfor velger jeg å avgrense til denne gruppen (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2013).

1.6 Begrepsavklaringer

Kartlegge: *”En gjennomgang og vurdering av de forhold som har betydning for pasientens behov, samt en vurdering av hvilke løsninger og virkemidler som kan være aktuelle for å møte behovene”*(Kristoffersen, 2012a s. 325).

Smerte, kronisk smerte, smertekartleggingsverktøy, demens og langtkommen demens er definert i oppgavens teoridel.

1.7 Oppgavens videre oppbygning

Denne oppgaven består av en innledningsdel, en metodedel, en teoridel, en drøftingsdel og avslutningsvis en konklusjonsdel. I tillegg inneholder oppgaven en forside, en litteraturliste og tre vedlegg. Oppgavens metodedel inneholder litteratursøket, presentasjonen av forskningsartiklene og kildekritikken. I teoridelen legger jeg frem faglitteratur som belyser oppgavens tema og problemstilling, og i diskusjonsdelen drøfter jeg problemstillingen min i lys av caset og fag- og forskningslitteraturen, som er lagt frem i oppgavens metodedel og teoridel. Til slutt kommer oppgavens konklusjonsdel med en oppsummering fra teorien og drøftingen.

2 Metode

En metode er et redskap som benyttes når vi ønsker å undersøke, fremskaffe eller etterprøve kunnskap. I 1985 formulerte sosiologen Vilhelm Aubert metode slik: *”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”* (Dalland, 2012, s. 111). Denne oppgaven besvares som en litteraturgjennomgang, som innebærer at oppgaven bygger på eksisterende og skriftlige kilder, i form av forskning og annen litteratur (Dalland, 2012). Hensikten med en litteraturgjennomgang er å innsamle data som kan belyse oppgavens valgte problemstilling.

2.1 Databaser og litteratursøk

For å innhente mest mulig kunnskap om valgt tema og problemstilling brukte jeg forskningslitteratur, faglitteratur og pensumlitteratur. Jeg har også benyttet meg av nettsidene sykepleien.no, aldringoghelse.no, nasjonalforeningen.no, lovdata.no og nsf.no. Litteraturen har jeg funnet gjennom skolens bibliotek, Deichmanske bibliotek, og ved hjelp av systemdatabasen Oria. Hovedsakelig har jeg benyttet databasene SveMed+ og PubMed for å finne relevant forskning til å besvare oppgavens problemstilling med.

Jeg startet med å søke i SveMed+, fordi denne databasen er nordisk og omhandler medisin og helse. Jeg søkte på ”Dementia” AND ”Pain”, og da kom det opp 34 forskningsartikler. Videre i søket avgrenset jeg med fagfelle vurdering, som betyr at forskningsartikkelen har blitt vurdert og godkjent av eksperter innenfor området, som medfører at den er kvalitetssikret (Dalland, 2012). Totalt kom det opp 13 forskningsartikler, og disse ble sortert etter nyeste dato. Ut fra søket i SveMed+ valgte jeg tre forskjellige forskningsartikler.

”Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester” var den første forskningsartikkelen jeg fant, og den lå øverst på søkeresultatlisten (Larsen & Knudsen, 2013). Denne forskningsartikkelen fanget interessen min, fordi den avdekket mangler i utredningen og oppfølgingen av smerter hos eldre på sykehjem og i hjemmetjenesten. Studien hadde brukt en kvantitativ metode, som gir informasjon i form av målbare enheter (Dalland, 2012).

”Smertebehandling til personer med langtkommen demens” var den andre forskningsartikkelen jeg fant, og den var plassert som nummer to på søkeresultatlisten (Jenssen, Tingvoll, & Lorem, 2013). Jeg valgte denne studien, fordi jeg syntes den samsvarte godt med oppgavens problemstilling. Studien belyser viktigheten av gode fagkunnskaper og et godt fungerende tverrfaglig samarbeid, ved smertevurdering av pasienter med langtkommen demens. Studien er kvalitativ, som betyr at den fanger opp deltageres meninger og opplevelser (Dalland, 2012).

Som nummer fem på søkeresultatlisten var forskningsartikkelen ”Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer” (Lillekroken & Slettebø, 2013). Jeg valgte å bruke denne kvalitative forskningsartikkelen fordi den belyste hvilke utfordringer sykepleiere møter ved smertekartlegging hos pasienter med demenssykdom.

De tre nevnte forskningsartiklene hadde flere likhetstrekk. Blant annet var alle publisert i 2013, alle var på norsk og hadde norske forfattere, og alle omhandlet smertekartlegging hos pasienter med demens. Likevel var innholdet i de tre forskningsartiklene svært forskjellige, med ulike hensikter, metoder og resultater.

Videre satt jeg søket mot engelske studier i databasen PubMed. På det første søket brukte jeg søkeordene: ”Pain” AND ”Assessment” AND ”Dementia” AND ”Nursing home”. Totalt kom det opp 208 forskningsartikler. Jeg valgte å sortere etter mest relevant, som betyr at forskningsartiklene som inneholder flere av mine søkeord vil legge seg øverst på søkeresultatlisten.

Helt øverst på søkeresultatlisten var forskningsartikkelen ”Nurses knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in nursing home setting (Burns & McIlfatric, 2015). Jeg leste abstraktet og syntes at studien virket interessant og relevant til temaet og problemstillingen min. Studien var kvantitativ og belyste sykepleieres kunnskaper, holdninger og barrierer ved smertekartlegging hos pasienter med demens. Det spilte også ett pluss at forskningsartikkelen var fra 2015.

Til slutt syntes jeg at oppgaven trengte mer forskning om smertekartleggingsverktøy, og søkte i PubMed med søkeordene "Dementia" AND "Pain" AND "Assessment". Da kom det opp hele 618 forskningsartikler. Jeg avgrenset søket med å kun inkludere forskningsartikler som var tilgjengelige i databasen som abstrakt og i fulltekst. Da kom det opp 123 forskningsartikler, og videre sorterte jeg søket etter mest relevant.

Som nummer fem på søkelisten var forskningsartikkelen "*The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia*" (Husebo, Ostelo, & Strand, 2014). Forskningsartikkelen fanget interessen min fordi den belyste hvordan smertekartleggingsverktøyet Mobid-2 fungerte i praksis. Det spilte også et pluss at forskningsartikkelen var skrevet av Bettina Husebø, som har vært med på å utvikle Mobid-2. Jeg oppfatter Bettina Husebø som en anerkjent forsker innen temaet demens og smerter, ettersom flere fagartikler refererer til hennes forskningsarbeid.

2.2 Presentasjon av de valgte forskningsartiklene

Studie 1.

Larsen & Knudsen (2013) undersøkte et system av prosedyrer og rutiner for å avdekke smerter hos eldre personer i utvalgte hjemmetjenester og sykehjem i Norge.

Resultater: De forskjellige virksomhetene hadde få stillingshjempler for sykepleiere, og legedekning hadde de ca. en gang i uken. Fem av ti sykehjem brukte ikke smertekartleggingsverktøy. Studien også viser store mangler i rutiner på smertere registrering ved innkomst og videre oppfølging av smerter. Over 60 % av pasientene med demensdiagnoser hadde smerteproblematikk, og smerteandelen var signifikant større på sykehjem enn i hjemmetjenesten (Larsen & Knudsen, 2013).

Studie 2.

Jenssen, Tingvoll & Lorem (2013) undersøkte hvilke erfaringer og utfordringer sykepleiere møter ved vurdering av smerte hos personer med langtkommen demens og språkvansker.

Resultater: Sykepleierne vektla viktigheten av gode fagkunnskaper og et godt tverrfaglig samarbeid med kollegaer, lege og pårørende. Manglende kommunikasjon og rapporteringer medførte uenigheter omkring pasientens behov for smertelindring. Usikkerheten rundt observasjonene resulterte i prøving og feiling med medikamenter, som medførte at pasientene

fikk bivirkninger i form av tretthet og sløvhet. Studien viste at sykepleierne ikke benyttet smertekartleggingsverktøy, og at flere av sykepleierne syntes det var for lite fokus på kunnskapsutvikling på sykehjemmene. Stadige utskiftninger av personalet og stor mangel på fagfolk, var et problem som påvirket pasientenes smerteoppfølging i stor grad (Jenssen et al., 2013).

Studie 3.

Lillekroken & Slettebø (2013) undersøkte utfordringene og dilemmaene som sykepleiere møter ved smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.

Resultater: Sykepleiernes utfordringer var 1. Pasientens høye alder, comorbiditet og polyfarmasi. 2. Rutiner for smertekartlegging og smertelindring. 3. Etiske betraktninger ved behandling av pasientens smerte. Funn fra studien indikerer at sykepleierne hadde gode kunnskaper om smertelindring, men mangelfulle kunnskaper om kartlegging, samt dårlige rutiner for vurdering og behandling. Smertekartleggingsverktøy ble ikke benyttet. Flesteparten av sykepleierne ønsket felles prosedyrer og retningslinjer på smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Studie 4.

Burns & McIlfatric (2015) undersøkte sykepleieres kunnskaper og holdninger til kartlegging av smerter hos pasienter med demens.

Resultater: Totalt hadde sykepleierne gode kunnskaper om vurdering og håndtering av smerter hos pasienter med demenssykdom. Sykepleierne benyttet smertekartleggingsverktøy som var tilegnet personer med demens, men enkelte sykehjem var ikke like flinke til å bruke verktøyene rutinemessig. Bedre opplæring om smertekartlegging hos demente ble også etterlyst. Sykepleierne mente at underbemanning og tidsmangel var den vanligste barrieren for smertekartleggingen. Enkelte mente også at personalets holdninger og pasientens pårørende var en barriere (Burns & McIlfatric, 2015).

Studie 5.

Husebø, Ostelo & Strand (2014) Undersøkte hvordan smertekartleggingsverktøyet Mobid-2 fungerte i praksis, samt utforsket validitet, reliabilitet og responsivitet.

En gruppe pasienter fikk trinnvis behandling med smertestillende medikamenter, mens en annen gruppe pasienter fikk behandling og omsorg som normalt. Begge gruppene ble vurdert med Mobid-2 smerteskala gjennom en 8 ukers periode.

Resultater: Blant mobiliseringene som skulle utføres var bevegelse i hofte, knær, ankler og snuing i sengen de meste smertefulle. Etter åtte uker oppnådde gruppen som fikk smertebehandling bedre smertelindring enn gruppen som fikk vanlig behandling og omsorg. Studien viste at Mobid-2 oppdaget eventuelle reduksjoner i pasientens smerteintensitet, ved gjentatte målinger over tid. I studien blir det belyst at Mobid-2 kan evaluere effekten på pasientens medisinske behandling (Husebo et al., 2014).

2.3 Kildekritikk

I oppgaven har jeg benyttet kilder på bakgrunn av gyldighet, holdbarhet og relevans for problemstillingen min. Hovedsakelig har jeg satt en grense på at litteraturen som benyttes i oppgaven ikke skal være eldre enn 5 år, for å kunne opprettholde at oppgavens innhold er gyldig og holdbart. Et unntak er boken ”Ulike tekster om smerter” fra 2008, som jeg anser som relevant for oppgavens problemstilling, fordi den inkluderer aktuelt fagstoff som jeg ikke har funnet like detaljert beskrevet i nyere litteratur.

Jeg har også brukt boken ”Mellommenneskelige forhold i sykepleien” av Joyce Travelbee i oppgaven. Denne boken er fra 1999, og er en revidert versjon av teorien Travelbee utviklet på 1960-tallet. Teorien er gammel, men likevel synes jeg at Travelbee gir et anvendelig perspektiv på den mellommenneskelige relasjonen mellom sykepleier og pasient. Dette perspektivet mener jeg er like relevant i dag, som det var for 50 år siden.

En styrke til oppgaven er at forskningsartiklene som benyttes ikke er eldre enn tre år, som kan medføre god holdbarhet og gyldig informasjon. En svakhet er at feiltolkninger kan forekomme i oversettelsen ved to av mine engelske forskningsartikler. Likevel mener jeg at funnene fra de anvendte forskningsartiklene har en overføringsverdi som belyser oppgavens problemstilling. I tillegg til primærlitteratur har jeg benyttet sekundærlitteratur i oppgaven. Sekundærlitteraturen kan øke sjansen for feiltolkning av primærlitteraturen, men likevel velger jeg å anse sekundærlitteraturen som en pålitelig kilde i denne sammenhengen.

3 Teoretisk grunnlag

3.1 Sykepleie

International Council of Nurses (ICN) yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier følgende: *”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert”* (Norsk sykepleierforbund, 2008 s. 7).

Smertekartlegging er en selvstendig sykepleiefunksjon, som kan utføres av sykepleieren på egenhånd. Sykepleieren er godt egnet til å kartlegge pasientens smerter, fordi hun/han tilbringer mye tid med pasienten, som gir en unik mulighet til observasjon og evaluering av tiltak. Sykepleierens oppgave er å kartlegge fortløpende hvordan smerten påvirker pasientens funksjon og evne til å utføre daglige aktiviteter på sykehjemmet. Videre iverksetter sykepleieren tiltak som bidrar til å lindre smerte, samt hjelper pasienten med å opprettholde en selvstendig funksjon så lenge som mulig (Torvik & Bjørø, 2014).

Blant sykepleierens funksjons- og ansvarsområder mener jeg at den lindrende sykepleiefunksjonen er aktuell for oppgavens problemstilling. Denne funksjonen går ut på å redusere eller begrense omfanget av ulike typer belastninger, samt fremme menneskets opplevelse av velvære (Skaug, Nortvedt, & Kristoffersen, 2012).

3.1.1 Ulike aspekter fra Joyce Travelbees sykepleieteori

I dette kapitlet skal jeg understreke mine egne synspunkter, ved å knytte dem til enkelte aspekter fra Joyce Travelbees sykepleieteori. Formålet er å belyse hvordan sykepleiere kan kartlegge smerter hos demensrammede. Joyce Travelbee vektlegger viktigheten av en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten for å ivareta pasientens individuelle behov. Jeg anser hennes sykepleieteori om den mellommenneskelige prosessen som relevant, fordi hun belyser sykepleieintensjoner som er aktuelle for oppgavens problemstilling.

Travelbee definerer sykepleie som *”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”* (Travelbee, 1999 s. 29).

Å mestre erfaringer med sykdom og lidelse anser jeg som lite hensiktsmessig hos pasienter med langtkommen demens, fordi jeg erfarer at denne pasientgruppen har liten innsikt i egen sykdomstilstand. Når pasienten ikke er i stand til å redegjøre for egne smerter, er det heller ikke hensiktsmessig å forebygge pasientens erfaringer med sykdom og lidelse, ettersom disse erfaringene kan være glemt. En grundig smertekartlegging som medfører iverksettelse av lindrende behandling der pasienten opplever velvære, synes jeg er mer hensiktsmessig hos pasienter med langtkommen demens, der det er nåtiden og den gode dagen som gjelder.

Videre anser jeg det som relevant at det forekommer en mellommenneskelig prosess mellom sykepleieren og pasienten, uansett pasientens kognitive tilstand. Travelbee mente at sykepleie var en mellommenneskelig prosess fordi den alltid, direkte eller indirekte handlet om mennesker. Hun mente at sykepleierens oppfatning av mennesket ville prege og påvirke atferden hennes/hans på alle områder, fordi kvaliteten på sykepleieomsorgen bestemmes primært av sykepleierens menneskesyn og forståelse av den syke (Travelbee, 1999).

Jeg mener det er viktig å kunne se personen bak demenslidelsen, og ha kjennskap til personens tidligere liv. Kjennskaper til personens tidligere somatiske og psykiske plager, anser jeg som betydningsfullt for å kunne yte god sykepleie til den enkelte. Travelbee var også opptatt av å lære den syke å kjenne, for å kunne oppfatte mennesket som skuler seg under merkelappen «pasient». Hun mente begrepet «pasient» kunne medføre en generalisering av individet, slik at mennesket bak pasienten ble oversett, og de individuelle behovene ikke ble ivaretatt (Travelbee, 1999). Av erfaringer synes jeg det er vanskelig å bli kjent med personer med langtkommen demens, og synes derfor at pårørende er en god kilde til informasjonen jeg trenger. Travelbee oppfordrer sykepleieren til å bli kjent med pasienten som et individ, for å lettere kunne oppdage forandringer i den enkeltes sykdomstilstand. (Travelbee, 1999).

Pasienten kan uttrykke hvordan han eller hun har det gjennom nonverbal kommunikasjon. Denne kommunikasjonsformen kan hjelpe sykepleieren med å oppdage smerter og ubehag hos pasienten med reduserte verbale ferdigheter. Travelbee mener at observasjon og kommunikasjon kan medføre at sykepleieren fastslår den sykes behov. Gjennom den nonverbale kommunikasjonen etablerer sykepleieren et kjennskap til pasienten, og utvikler et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999).

Av egne erfaringer mener jeg det er vesentlig å observere for å kunne avdekke om personen har et behov. Travelbee mente at systematisk observasjon var det første skrittet på veien til sykepleierintervensjoner. Hun belyser at systematisk observasjon forutsetter at sykepleieren har gode kunnskaper, ferdigheter og evner. Sykepleieren må vite hva og hvordan hun skal observere, og hun må kunne bedømme den relative betydningen av det hun har observert (Travelbee, 1999).

Jeg har erfart at smerteterskelen er veldig individuell, og at enkelte mestrer smerte bedre enn andre. Personer med demens kan reagere annerledes på smerte enn kognitivt friske personer, og mine erfaringer er at enkelte endrer atferd og blir urolige eller aggressive. Travelbee mente at *”En innlysende faktor er smertens årsak, varighet og intensitet, og i hvilken grad det gis lindring ved hjelp av forskjellige legemidler”* (Travelbee, 1999 s. 113). Alle mennesker er forskjellige og hvert enkelt menneske reagerer på sin egen individuelle måte under påkjenninger. (Travelbee, 1999).

3.1.2 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen er en analytisk og systematisk tilnærming der sykepleieren fokuserer på pasientens helsesituasjon sett i et sykepleieperspektiv (Hellesø, 2015). Det første trinnet i sykepleieprosessen er datainnsamlingen, som innebærer at sykepleieren innhenter opplysninger om pasientens helsetilstand og hjelpebehov. Sykepleieren kan innhente opplysninger gjennom observasjon, der kliniske undersøkelser, kartleggingsverktøy eller andre måleinstrumenter kan benyttes. Dataopplysninger kan også innhentes gjennom samtale med den demensrammedes nærmeste pårørende. Etter datainnsamlingen skal behovet for sykepleie identifiseres, og sykepleiediagnoser formuleres i tiltaksplanen. Nina fra caset kunne for eksempel ha fått denne sykepleiediagnosen: ”Pasienten opplever sterke smerter under stell, som følge av tidligere gjennomgått ryggvirvelbrudd”. Deretter trenger tiltaksplanen et mål for ønsket oppnåelse av sykepleiehandlingene. Et eksempel på mål kan være: ”Pasienten opplever god smertelindring”. Det neste trinnet i prosessen er å formulere sykepleietiltak som tar utgangspunkt i sykepleiediagnosen. I tilfellet med Nina, kan tiltakene både være medikamentelle og ikke-medikamentelle. Deretter skal sykepleietiltakene iverksettes og gjennomføres. Det siste trinnet i sykepleieprosessen er evalueringen, der det vurderes om målet for sykepleiehandlingene har blitt oppnådd. Evalueringen blir dokumentert og tiltaksplanen blir oppdatert (Dahl & Skaug, 2012).

3.2 Pasienten med langkommen demenssykdom

Demens kan defineres som en fellesbetegnelse på flere lidelser, som oppstår av organiske skader i hjernen. En demenssykdom kjennetegnes ved kognitiv svikt, ved redusert funksjonsevne i dagliglivet, og ved endringer i følelser og personlighet. De vanligste kognitive kjennetegnene er svekket hukommelse, orienteringsevne og nedsatte språkferdigheter (Aldring og helse, 2016). Sykdomsforløpet ved en demenssykdom kan deles inn i mild, moderat og alvorlig grad, i følge diagnosesystemet ICD-10. Den milde graden virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet. Ved moderat grad kan ikke personen klare seg uten hjelp fra andre, mens ved alvorlig grad er det nødvendig med kontinuerlig tilsyn og pleie. Demens er en kronisk og langvarig tilstand, som per i dag ikke kan kureres (Solheim, 2015).

I denne oppgaven tar jeg for meg sykepleierens smertekartlegging hos pasienter med langtkommen demens ved Alzheimers sykdom. Alzheimers demenssykdom er en neurodegenerativ lidelse som først og fremst oppstår i hjernebarken. Alzheimers demenssykdom kan deles inn i to typer: Type 1 rammer vanligvis personer under 65 år, mens type 2 rammer eldre over 65 år. Type 2 er den vanligste formen for demenssykdom, og omlag 60 % av demensrammede personer har denne tilstanden (Skovdahl & Berentsen, 2014).

Personer med langtkommen demens har ofte liten innsikt i egen livssituasjon. Vanligvis bor de på sykehjem, som følge av at de har et kontinuerlig behov for tilsyn. På grunn av økt handlingssvikt er personen ofte avhengig av veiledning og hjelp til daglige gjøremål som stell, toalettbesøk og påkledning (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2015). De praktiske evnene blir svært svekket, og enkelte kan trenge hjelp med å bli matet under måltidene. Det kan oppstå atferdsendringer som motorisk uro, endret døgnrytme, irritabilitet og aggresjon ved langtkommen demenssykdom. Det er også vanlig med inkontinens, vekttap, afasi problemer, og enkelte får redusert fysisk funksjon (Solheim, 2015).

”Afasi betyr svikt i forståelsen og produksjonen av språk” (Solheim, 2015, s. 25). De fleste pasienter med langtkommen demens utvikler afasi. Afasien kan utarte seg som motorisk- eller sensorisk afasi. Ved motorisk afasi har personen vansker med å uttrykke seg verbalt. Det oppstår en svikt i selve ordproduksjonen, der personen får en dårligere taleflyt preget av treghet. Mens ved sensorisk afasi har ikke personen evnen til å forstå og oppfatte det som blir sagt. Talen er som regel intakt, men det er ikke alltid innholdet gir mening (Solheim, 2015).

3.3 Pasienten med kroniske smerter

International Association for Study of Pain definerer smerte som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse (i følge Berntzen, Danielsen & Almås, 2013). Smerte er alltid subjektivt og kan oppleves ulikt fra person til person. Bare den som selv kjenner smerten vet hvordan den føles, hvor intens den er, og hvor lenge den varer (Berntzen et al., 2013). Kroniske smerter defineres som smerter som har vart i 3 måneder eller lenger (Nortvedt & Rustøen, 2008). Kroniske smerter er vedvarende, og kan medføre smerter over et livsløp. Årsaken til smertene kan skyldes ulike langvarige sykdomstilstander, og relateres ofte til det området av kroppen der smerten er lokalisert. Enkelte opplever kroniske smerter uten å vite årsaken, mens andre har kroniske smerter som følge av senkomplikasjoner etter kirurgi, traumer eller skader. Noen personer har også fått kroniske smerter på grunn av dårlig behandling av akutte smerter. Smertene kan oppleves konstante eller at de kommer og går med sykdomsaktiviteten (Berntzen et al., 2013).

I denne oppgaven tar jeg for meg sykepleierens smertekartlegging av kroniske smerter i muskel- og skjelettsystemet, hos pasienter med langtkommen demenssykdom. Pasienter med smerter fra muskel- og skjelettsystemet er den største pasientgruppen med kroniske lidelser (Berntzen et al., 2013). Hos eldre mennesker er artrose den hyppigste kroniske tilstanden ved smerter fra muskel- og skjelettsystemet. Det er særlig de store leddene som hofter, knær og skuldre som rammes. Med en økende alder er det vanlig å utvikle osteoporose, som gir økt fare for hoftebrudd, håndleddsbrudd og brudd i ryggvirvelen. Lårhalsbrudd forekommer ofte hos eldre, og etter et slikt brudd fordobles risikoen for kroniske smerter (Torvik & Bjørø, 2014).

Symptomer på smerte: Fysiologiske smertereaksjoner kan synliggjøres hos pasienten som forhøyet blodtrykk, hurtigere puls, hurtigere åndedrett, utvidete pupiller, og svetting. Pasienten kan uttrykke atferdsmessige reaksjoner på smerte ved at han gnir på stedet der det er smerter, gråter og ynker seg, har økende muskelspenninger, rynker pannen og lager grimaser med berøring (Berntzen et al., 2013).

3.4 Pasienten med demenssykdom og trolige smerter

Pasientens hovedutfordring er at han/hun ikke klarer å formidle smertene sine på en adekvat måte, og ikke har evnen til å reflektere over hva smerten skyldes, hvor den er lokalisert, eller hvilken karakter og styrke den har (Solheim, 2015). Pasienter som ikke kan selvrappportere smerte, er en sårbar gruppe, som er avhengig av at sykepleiere observerer og tolker deres nonverbale smertetegn (Torvik & Bjøro, 2014). Ved langtkommen demenssykdom vet ofte pasienten ikke sitt eget beste, som medfører at sykepleieren i samarbeid med pårørende og lege, tar avgjørelser på pasientens vegne. Pasient- og brukerrettighetsloven sier blant annet i § 4-3, at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av senil demens ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2015).

3.4.1 Hvilke konsekvenser har smerter på pasienter med demens?

Å leve med kroniske smerter over lengre tid har en belastende effekt på kroppen. Pasientene opplever ofte søvnvansker og svekket søvnkvalitet, som kan fremkalle trøtthet og utmattelse (Berntzen et al., 2013). Ubehandlete kroniske smerter kan påvirke pasientens psykososiale helse, der endringer i den mentale statusen forekommer blant annet gjennom økt forvirring, irritabilitet og depresjoner (Galek & Gjertsen, 2011). Delirium kan også oppstå som følge av langvarige smerter. En annen alvorlig konsekvens hos eldre personer med demens er redusert livskvalitet. Sterke smerter hos eldre kan også ha en innvirkning på funksjonsnivået. Dersom pasienten har smerter ved bevegelse kan passivitet oppstå. Ved passivitet over lengere tid vil muskelmassen svekkes, som i verste fall kan medføre smertefulle kontrakturer i ledd (Torvik & Bjøro, 2008). Innaktivitet som følge av smerter kan også ha negative konsekvenser for pasientens sirkulasjon og respirasjon (Nortvedt & Rustøen, 2008). Sykdomstilstander som pneumoni, dyp venetrombose og trykksår kan forekomme på grunn av innaktivitet og sengeleiekomplikasjoner (Torvik & Bjøro, 2014).

3.4.2 Demensatferd eller smerteatferd?

Det kan være vanskelig å skille mellom demensadferd og smerteatferd, fordi det er flere likhetstrekk mellom dem. Pasienter med langtkommen demens kan uttrykke smertene sine gjennom urolig adferd, som blant annet kan kjennetegnes ved agitasjon, økt vandring og rastløshet. Smerten kan også uttrykkes gjennom verbale kjennetegn som synging, roping,

skriking og banning. Følgende atferdsendringer trenger ikke nødvendigvis å bety at pasienten har smerter. Atferden kan også skyldes personlighetsendringer som er en del av demenssykdommen, hvor det forekommer hjerneorganiske skader (Solheim, 2015). Likhetsstrekkene mellom smerteatferd og demensatferd kan medføre at sykepleieren ikke oppfatter pasientens smerter, som kan resultere i at pasienten feilmediseres med beroligende legemidler i stedet for smertelindring. Kartleggingsarbeidet blir vanskeligere når atferden kan mistolkes. Derfor bør sykepleier observere og dokumentere hvor ofte denne adferden forekommer, hvor lenge den varer, og når på døgnet den utløses (Solheim, 2015). Deretter kan man se etter et mønster av utløsende årsaker, og utforske om atferden kan skyldes en underliggende faktor som for eksempel smerter.

3.5 Sykepleierens kartleggingsmetoder ved trolige smerter

Sykepleierens smertekartlegging er vesentlig for å kunne oppdage smerter, og for å kunne planlegge, gjennomføre og evaluere en eventuell smertebehandling (Torvik, Skauge, & Rustøen, 2008). Foreløpig finnes det ingen standardiserte retningslinjer for smertekartlegging hos pasienter med demenssykdom i Norge (Torvik & Bjørø, 2014). Derfor kan de forskjellige kartleggingsmetodene benyttes etter hva sykepleieren foretrekker. I dette kapitlet tar jeg for meg kartleggingsmetodene; observasjon, klinisk undersøkelse og kartleggingsverktøy. Disse metodene er observasjonsbaserte, og avhenger sykepleierens tolkninger og vurderinger.

3.5.1 Sykepleiemetode: Observasjon

Når pasienten har sviktende språkferdigheter, blir det nødvendig at sykepleieren observerer atferd som tegn på smerte. American Geriatrics Society lagde i 2002 en oversikt over vanlig smerteadfærd hos eldre med kognitiv svikt. Her er en rask gjennomgang av oversikten:

Sykepleieren observerer pasientens ansiktsuttrykk der typiske smertetegn er tristhet, frykt, grimaser, rynket panne, lukkede øyne og rask blinking. Deretter observeres pasientens verbalisering og vokalisering der typiske smertetegn er sukking, jamring, stønning, grynting, roping, monotone rop, støyende åndedrett og rop om hjelp. Så observeres kroppsbevegelser der anstrengelse, beskyttende kroppsbevegelser, urolige og nervøse bevegelser, monotone bevegelser og endringer i gangart kan være typiske tegn. Videre observeres forandringer i mellommenneskelige samhandlinger i form av aggressivitet, at pasienten motsetter seg omsorg, sosialt uakseptable tegn, forstyrrende oppførsel og tilbakeholdenhet. Neste

observasjon er forandringer i aktivitetsmønster og rutiner der typiske smertetegn er matvegring, endringer i søvnmønsteret og økt vandring. Til slutt observeres endringer i pasientens mentale status, der vanlige tegnene er gråtetokter, økt forvirring og irritabilitet. (Torvik & Bjøro, 2008).

3.5.2 Sykepleiemetode: klinisk undersøkelse

En klinisk undersøkelse er en metode som kan benyttes for å kartlegge pasientens helsetilstand og funksjonsnivå. Denne undersøkelsen går ut på å systematisk undersøke kroppens organsystemer ved bruk av kliniske undersøkelsesteknikker, som blant annet er inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon. Inspeksjon er det sykepleieren observerer ved bruk av synet, mens ved palpasjon brukes hendene og fingrende til å kjenne på pasienten. Ved perkusjon bruker sykepleieren hendene til å tromme eller banke for å høre lyd fra forskjellige deler av kroppen, og ved auskultasjon lytter sykepleieren gjennom stetoskop. Det er en forutsetning at sykepleieren har god nok kompetanse til å kunne skille mellom normalstandard og avvik i muskel- og skjelettsystemet (Grov, Moadah-Amiri, & Kyte, 2015).

Den kliniske undersøkelsen er vesentlig fordi den er et ledd i datasamlingen som utføres før tiltakene kan iverksettes. Hensikten er å foreta observasjoner og registreringer slik at sykepleieren oppdager sykepleieproblemer. Dermed har hun et bedre grunnlag for å vurdere hvilke tiltak som skal iverksettes. Dokumentasjonsprosessen er viktig for å kunne videreformidle pasientens behov for ytterligere undersøkelser. Sykepleieren kan bidra til en rask avklaring, ved å rapportere avvik fra det normale til pasientens lege (Grov et al., 2015).

Ved en klinisk undersøkelse av muskel- og skjelettsystemet begynner sykepleieren med å observere pasientens ganglag og positur. Videre bør observasjonen foregå når pasienten er avkledd og ligger i sengen. Pasientens kropp observeres for rødhet og hevelser, for å se etter tegn til betennelse eller skader i underliggende strukturer. Deretter ser sykepleieren etter unormale kuler i bløtdeler og ved de beinete strukturene. Beinstrukturer, ledd og muskler palperes forsiktig, samtidig som det kjennes etter økt varme, ømhet og hevelse i huden. Det er normalt om pasienten ikke kjenner ømhet ved palpasjonen. Sykepleieren undersøker bevegeligheten i forskjellige ledd. Det forventes at alle leddene kan beveges fritt og smertefritt til den grensen som er naturlig for hvert av leddene. Til slutt inspiseres ryggstøtten, mens pasienten står oppreist. Sykepleieren står bak pasienten og ser etter skjevheter i

ryggsøylen. Det kan være letter å se etter asymmetri når pasienten bøyer seg framover (Grov et al., 2015).

3.5.3 Sykepleiemetode: Smertekartleggingsverktøy

Smertekartleggingsverktøy er et hjelpemiddel for å kunne vurdere pasientens smerteintensitet. Hos pasienter med normal kognitiv funksjon benyttes vanligvis et skåringsverktøy der pasienten selv skalierer smerteintensiteten sin på en skala fra 0-10 (Wyller, 2015). Hos demenspasienter som ikke kan selvrappportere egen smerte, benyttes observasjonsbaserte kartleggingsverktøy, der sykepleieren vurderer pasientens smerteatferd på vegne av pasienten (Torvik & Bjørø, 2014). Smertekartleggingsverktøy kan innebære bruk av kroppskart, smertedagbok og skjema for kartlegging av symptomer på smerte. Verktøyene kan inndeles i endimensjonale- og flerdimensjonale skalaer. Endimensjonale skalaer måler pasientens smerteintensitet, mens flerdimensjonale skalaer måler ulike dimensjoner ved smerte, som smertens kvalitet og hvordan den påvirker pasientens funksjon (Torvik et al., 2008).

I de tre neste avsnittene skal jeg ta for meg smertekartleggingsverktøyene: Mobid-2, Doloplus-2 og CNPI. De er alle tilpasset pasienter med langtkommen demens og afasi. Kartleggingsverktøyene har til felles at de er designet som skjemaer der ulike atferdsbaserte smerteindikatorer skal observeres og dokumenteres.

Mobid-2: Ved bruk av Mobid-2 blir pasientens smerteatferd observert ved forskjellige standardiserte bevegelser, som gir grunnlag for å kunne vurdere smerteintensiteten i muskel- og skjelettsystemet. Del 1 av smerteskjemaet består av å registrere smerteatferd under 5 standardiserte mobiliseringer under stell. Basert på den observerte smerteatferden skal styrken på smerteintensiteten tolkes på en skala fra 0-10. Del 2 av Mobid-2 består av å lokalisere den observerte smerteatferden ved bruk av avkrysning på en tegning av en kroppsskisse (Husebø & Habiger, 2015).

Doloplus-2: Doloplus-2 smerteskjema omfatter somatiske, psykomotoriske og psykososiale reaksjoner på smerte. Totalt skal 10 punkter tolkes på en skala fra 0-3. Somatiske reaksjoner omfatter klager på smerte, smertelindrende hvilestillinger, beskyttelse av smertefulle områder, ansiktsuttrykk og søvn. Psykomotoriske reaksjoner omfatter aktivitet i forbindelse med stell og forflytning. Mens psykososiale reaksjoner omfatter kommunikasjon, sosial aktivitet og atferdsproblemer (Torvik & Bjørø, 2008).

CNPI –Checklist of nonverbal pain indicators: CNPI smerteskjema består av seks atferdsbaserte smerteindikatorer. Sykepleieren registrerer ett poeng på de indikatorene der smerteatferd observeres, og til slutt summeres den totale poeng-skåringen. De seks atferdsbaserte smerteindikatorene omfatter: 1) verbale klager som stønning og roping, 2) ansiktsgrimaser, 3) klamring, 4) uro, 5) at pasienten gnir eller masserer det affiserte området, og 6) høylydte klager der pasienten gir uttrykk for ubehag (Torvik & Bjøro, 2008).

4 Diskusjon

På bakgrunn av caset, teorien og forskningsfunnene som er presentert tidligere i oppgaven, vil jeg i dette kapitlet drøfte problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier kartlegge kroniske smerter hos pasienter med langtkommen demens på sykehjem?*

For å besvare problemstillingen skal jeg drøfte hvordan de ulike kartleggingsmetodene som ble presentert i kapittel 3.5 i teoridelen fungerer i praksis på demenssyke Nina fra caset. I kapittel 4.1 tar jeg for meg sykepleierens observasjoner og vurderinger, samt klinisk undersøkelse og dokumentasjon. I kapittel 4.2 tar jeg for meg de tre tidligere presenterte smertekartleggingsverktøyene, og drøfter positive og negative sider ved dem. Til slutt i kapittel 4.3 tar jeg for meg sykepleierens utfordringer, holdninger og kompetanse sett i lys av oppgavens tema og problemstilling.

4.1 Sykepleierens observasjoner og vurderinger

Systematisk og regelmessig observasjon er nødvendig når sykepleieren skal kartlegge kroniske smerter hos pasienter med langtkommen demens og afasi. Det er nødvendig å observere for å kunne avdekke om pasientens har symptomer og tegn på smerter.

Observasjonen gir også et grunnlag for å kunne vurdere aktuelle endringer og følge opp helsetilstandens utvikling over tid. Det er en forutsetning at sykepleieren kjenner pasientens vanlige demensatferd, for å enklere kunne oppdage personlighetsendringer som avviker fra normalen (Torvik & Bjøro, 2014). Travelbee mente også at sykepleierens kjennskap til pasienten ville gjøre det lettere å oppdage forandringer sykdomstilstanden (Travelbee, 1999).

En annen forutsetning er at sykepleieren har god nok kompetanse til å foreta en observasjon av pasientens atferd. Travelbee presiserer at sykepleieren må vite hva og hvordan hun skal observere, samt kunne bedømme den relative betydningen av det hun har observert (Travelbee, 1999). Det kan ta tid å opparbeide seg observasjonsferdigheter, og i tillegg kreves vurderingskunnskaper om hva som er normalt å forvente av den enkelte pasient, som ofte vil variere ut i fra pasientens alder og sykdomstilstand (Grov et al., 2015).

Når pasientens atferd skal observeres kan sykepleieren benytte listen som er utarbeidet av American Geriatrics Society. Denne listen viser vanlige indikasjoner på smerteatferd ved kognitiv svikt, og kan benyttes som en mal for å unngå at vesentlige observasjoner utelukkes. Det finnes derimot ingen fasit på hvordan pasienter med demens reagerer på smerte, som

følge av at alle individer er forskjellige og reager deretter. Enkelte pasienter kan reagere med å bli oppspilte og urolige, mens andre blir tilbaketrukkne og passive. Imidlertid trenger det ikke å bety at pasienten har smerter selv om atferden blir tolket som smerteatferd. Denne atferden kan også være et tegn på at pasienten utvikler personlighetsforandringer på grunn av demenssykdommen (Torvik & Bjørø, 2008). På den ene siden er det utfordrende å tolke smerteatferden, men på den andre siden er observasjonsfunn som indikerer smerte ett skritt videre i kartleggingsarbeidet.

Demenssyke Nina som vi møtte i oppgavens case har blant annet flere av de atferdsbaserte smertetegnene som AGS presiserer. Det som er spesielt fremtredende hos Nina er hennes aggressive atferd, som kommer til syne gjennom verbaliseringen og vokaliseringen, forandringer i den mellommenneskelige samhandlingen og forandringer i den mentale statusen. For å finne ut om Ninas atferd er forårsaket av smerter eller demenssykdommen, kan vi observere hvor ofte, hvor lenge, og når på døgnet denne atferden utløses, og dermed se etter et mønster av utløsende årsaker. Ninas atferd er spesielt framtrædende under morgenstellet, men også under kveldstellet og ved forflytning. Atferden forekommer 2-3 ganger daglig, og vedvarer under hele stellet og forflytningen, som tar omtrent 30 minutter totalt. Observasjonene bør dokumenteres, slik at Ninas lege kan ta atferdsmønsteret med i betraktningen ved eventuelle medisinske endringer (Solheim, 2015).

Pasienten kan vise fysiologiske symptomer på smerte, som kan avdekkes ved å måle vitale parametre og observere om pasienten har smertetegn, som utvidete pupiller og økt svetting. Disse tegnene trenger heller ikke å bety at pasienten har smerter, men kan derimot oppstå som følge av komorbiditet, polyfarmasi og alderdom (Komorbiditet betyr at personen har flere sykdomslidelser. Polyfarmasi betyr at personen bruker flere legemidler) (Lillekroken & Slettebø, 2013).

En klinisk undersøkelse kan avdekke om det er skader i muskel- og skjelettsystemet som forårsaker pasientens smerteatferd. Denne observasjonsmetoden krever at sykepleieren har skjerpede sanser, der oppmerksomheten er rettet mot pasientens reaksjoner og eventuelle tilbakemeldinger. Her kreves mengdetrening og kompetanse på hva som kan vurderes som normaltilstand, og hva som kan vurderes som avvik (Grov et al., 2015). Det store spørsmålet er hvordan fungerer denne metoden i praksis hos demenspasientene? På den ene siden virker det som at denne undersøkelsesmetoden kan bidra til en rask avklaring av pasientens

smertetilstand. Men på den andre siden undrer jeg over hvordan dette vil la seg gjøre hos motorisk urolige demenspasienter, som ikke vil ligge stille i sengen.

Det hadde blitt en utfordring for sykepleieren å få til et samarbeid med demenssyke Nina under en klinisk undersøkelse. Nina ville trolig ha strittet imot, slik hun gjør i stell-situasjonene der hun har tvangsvedtak. § 4A-3 i pasientrettighetsloven sier følgende: *”Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette”* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2015). I Ninas situasjon har tillitsskapende tiltak liten respons og hensikt, fordi hun har manglende forståelse for hva som blir sagt og foregår i omgivelsene. På grunn av Ninas manglende samtykkekompetanse kan undersøkelsesmetoden benyttes, dersom formålet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade, som står i henhold til § 4A-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2015). Sett i lys av Ninas framtidsutsikter, kan det være hensiktsmessig å utføre en klinisk undersøkelse, så lenge sykepleieren fremtrer varsomt og forsiktig, og møter Nina med respekt og forståelse. På den måten kan sykepleieren innhente betydningsfull data, som gir et bedre grunnlag for hvilke tiltak som skal iverksettes videre i behandlingen.

Sykepleierens observasjoner av pasientens smerte er en viktig del av datainnsamlingen i sykepleieprosessen, og bør dokumenteres fortløpende. Dokumentasjonen sørger for at aktuelle observasjoner og tiltak blir fulgt opp, og bidrar til kvalitet og kontinuitet i sykepleien som utføres (Dahl & Skaug, 2012). Forskning viser at dokumentasjon og kvalitetssystemer er viktige for å sikre kontinuitet og systematikk i avdekkingen og oppfølgingen av smerter hos eldre (Larsen & Knudsen, 2013). Derimot vil noen hevde at dokumentasjonen er tidskrevende og at tiden som brukes på å dokumentere kunne heller blitt bukt med pasientene, da det i tillegg er underbemanning på flere sykehjem. Imidlertid stilles det også større krav til sykepleierens dokumentasjoner enn tidligere, og dokumentasjonen har blitt en sentral del av sykepleieoppgavene. I følge forskning fra ti forskjellige norske sykehjem, registrerte kun halvparten av sykehjemmene pasientenes smerter ved innkomst. Videre fant forskerne ut at hele seks av ti sykehjem hadde ikke rutiner for oppfølging av smerte. Den mangelfulle avdekkingen og oppfølgingen av smertene, kunne medføre at pasientens smerter ikke ble oppdaget eller dokumentert i journalsystemet (Larsen & Knudsen, 2013).

I dette kapittelet presiserer jeg at sykepleierens observasjoner og vurderinger er viktige for å kunne avdekke om pasienten har symptomer og tegn på smerter. Sykepleieren må vite hva og hvordan hun skal observere, og kunne bedømme den relative betydningen av observasjonene, der avvik skiller fra normalen. Observasjonene og vurderingene gir et bedre grunnlag for å kunne iverksette smertelindrende tiltak gjennom sykepleieprosessen.

4.2 Sykepleierens smertekartleggingsverktøy

Smertekartleggingsverktøy som er tilpasset pasienter med langtkommen demens og afasi, er alltid observasjonsbaserte, som betyr at sykepleieren evaluerer smerte på vegne av pasientens smerteatferd (Sandvik, 2011). På den ene siden vil andres vurderinger av smerteintensiteten hos en person, sjeldent samsvare med individets egen opplevelse av smerte. Men på den andre siden er sykepleierens vurderinger den eneste muligheten for å kunne avdekke smerte, når pasienten ikke klarer å formidle smerten selv (Bjørø & Torvik, 2008). For at smertekartleggingsverktøyet skal kunne skille mellom demensatferd og smerteatferd, er det en forutsetning at sykepleieren som utfører kartleggingsarbeidet har et godt kjennskap til pasienten med trolige smerter (Sandvik, 2011).

Forskning fra 2013 viste at norske sykepleiere benyttet smertekartleggingsverktøy i en svært liten grad hos pasientene med langtkommen demens på sykehus, sykehjem og i hjemmetjenesten. Årsaken til den fraværende bruken var sykepleiernes manglende kunnskaper om kartleggingsverktøyene (Jenssen et al., 2013; Larsen & Knudsen, 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013). En nyere britisk studie viser derimot at sykepleiere fra sykehjem i Storbritannia hadde gode kunnskaper om observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy. Over 80 % av sykepleierne som deltok i studien benyttet smertekartleggingsverktøyene, men enkelte sykehjem hadde manglende rutiner for når de skulle brukes (Burns & McIlfatric, 2015).

En norsk forskningsstudie viser at et utvalg av sykepleiere på sykehus og sykehjem mente at smertekartleggingsverktøy ikke kunne benyttes hos pasienter med langtkommen demens (Lillekroken & Slettebø, 2013). Mens sykepleierne fra en britisk forskningsstudie mente at pasienter med langtkommen demens har vansker med å formidle egen smerte, og derfor brukes observasjonsbaserte kartleggingsverktøy, framfor de tradisjonelle verktøyene (Burns & McIlfatric, 2015). Ut i fra forskningen tolker jeg at britene ligger noen steg foran oss i forhold til kompetanse og bruk av smertekartleggingsverktøy. Imidlertid kan forskningsresultatene

være misvisende som følge av at den norske forskningen er to år eldre enn den britiske forskningen. Mye kan ha endret seg på to år, men av egen erfaring virker det som at sykepleiere på norske sykehjem benytter kartleggingsverktøy fremdeles i en svært liten grad, og har begrensede kunnskaper om verktøyene.

Så langt har mer enn 35 forskjellige smertekartleggingsverktøy for eldre med demens blitt utviklet, testet og anmeldt i litteraturen (Husebø et al., 2012). Blant disse er det kun Mobid-2, Doloplus-2 og CNPI som finnes for klinisk bruk på norsk. Men hvorfor bør egentlig sykepleieren benytte disse verktøyene framfor andre kartleggingsmetoder?

Kartleggingsverktøy bør benyttes fordi det er et godt hjelpemiddel i kartleggingsarbeidet, som bidrar til økt bevissthet på smerteproblematikk hos demente. Smertekartleggingsverktøy bidrar også til konsekvent registrering, avdekking av smerteproblemet, og bedre kommunikasjon mellom sykepleieren og legen om smerter og smertelindring (Galek & Gjertsen, 2011). Disse verktøyene er utviklet for å hjelpe sykepleieren til å utføre en mest mulig strukturert og systematisk vurdering av pasientens sannsynlige smertetegn (Wyller, 2015). Kartleggingsverktøyene viser en slags oppskrift på hvilke tegn en skal se etter når smerter skal kartlegges, og sørger dermed for at de mest nødvendige observasjoner ikke blir utelukket (Sandvik, 2011). En høyere forekomst av smerter hos nonverbale pasienter har blitt funnet når sykepleieren bruker observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy, framfor å ikke bruke verktøy (Torvik & Bjøro, 2014).

I en tidligere forskningsstudie brukte forskjellige sykepleiere kartleggingsverktøy for å vurdere om demenspasientene hadde smerter. Resultatene fra studien viste en stor grad av samsvar mellom sykepleiernes smerteskåringer (Bjøro & Torvik, 2008). Den store samsvaringen kan indikere på at kartleggingen ikke trenger å bli tilfeldig ut i fra hvilken sykepleier som utfører den (Larsen & Knudsen, 2013). Det er selvsagt en forutsetning at alle sykepleierne kjenner pasienten godt, bruker det samme verktøyet og har fått opplæring i hvordan verktøyene brukes, for å sikre en fullkommen smertekartlegging (Husebø & Habiger, 2015).

En negativ side ved smertekartleggingsverktøyene er at de er testet ved å måle smerteatferd på gruppenivå, mens i praksis brukes de på individnivå. Pasientene kan ha ulike måter å uttrykke smerter på, og når verktøyene kun er testet på gruppenivå blir ikke den individuelle smertesignaturen tatt med i betraktningen på hvordan verktøyet vil fungere i praksis (Torvik & Bjøro, 2014).

For oppgavens problemstilling er det sentralt å spørre om hvilket verktøy som er best egnet for å kartlegge kroniske smerter i muskel- og skjelettsystemet hos demenspasienter. Svaret på det er Mobid-2, som faktisk er det eneste verktøyet som er spesialutviklet for å kartlegge smerter i muskel- og skjelettsystemet (Husebø & Habiger, 2015). Tidligere forskning viser at det er vanskeligere å avsløre kroniske smerter i muskel- og skjelettsystemet, dersom pasienten ligger i ro under sykepleierens observasjoner (Husebø et al., 2012). Både Mobid-2, Doloplus-2 og CNPI måler smerter både ved bevegelse og i ro. CNPI forklarer ikke hvilke type bevegelser som skal utføres, og Doloplus-2 kartlegger kun smerter i bevegelse under forflytning, stell og påkledning. Mens ved Mobid-2 blir smerten kartlagt under hele 5 standardiserte mobiliseringsøvelser med pasienten (Se vedlegg).

Ut i fra litteraturen tolker jeg at Mobid-2 er det verktøyet som generelt er best egnet til å kartlegge kroniske smerter hos pasienter med langtkommen demens. Det er fordi det er nyere og spesielt tilpasset dementes hverdag på sykehjem. I tillegg er Mobid-2 det eneste verktøyet som er testet med henblikk på validitet, reliabilitet og responsivitet (Validitet betyr gyldighet, reliabilitet betyr pålitelighet, og responsivitet betyr den forventede reaksjonen) (Husebø & Habiger, 2015). Sammenlignet med de andre verktøyene, måler Mobid-2 flere aspekter ved smerte. Det måler både smerter i bevegelsesapparatet, i indre organer, i hodet og i huden (Husebø et al., 2012). Mange aspekter kan imidlertid også være en utfordring, fordi det er en fare for at andre sykdomstilstander blir vurdert i stedet for smerten (Sandvik, 2011).

Forskning viser at ved en vellykket smertebehandling over tid vil Mobid-2 kunne oppdage en tydelig reduksjon i smerteintensiteten hos pasienten, sammenlignet med smerteintensiteten før behandlingen (Husebo et al., 2014). Denne påviselige smerteovervåkingen over tid gjør det lettere å følge opp pasientens smerter, samt evaluere smertebehandlingens effekt. CNPI og Doloplus-2 kan derimot ikke oppdage reduksjoner i pasientens smerte over tid, men forskning viser at de begge har evnen til å differensiere pasientene som har smerter, fra de som ikke har det (Bjørø & Torvik, 2008).

Smertekartleggingsverktøyet CNPI dekker kun halvparten av AGS sine smerteindikatorer, som er et begrenset antall smerteatferdstyper, sammenlignet med Doloplus-2 som omtaler fem av seks smerteindikatorer, men går ikke i dybden på disse. I motsetning til CNPI og Doloplus-2, inkluderer ikke Mobid-2 forandringer i mellommenneskelig samhandling, som uro og aggressivitet. Men til gjengjeld inkluderer Mobid-2 observasjoner fra den siste uken, og en kroppsskisse der smerten lokaliseres (Se vedlegg). Overraskende nok finnes det ingen

veiledning eller kriterier for hvordan skaleringen ved CNPI skal tolkes, bortsett fra at dersom noen av smerteindikatorne er positive, anbefales det en videre utredning av smertens årsak (Bjørø & Torvik, 2008). Derimot har både Doloplus-2 og Mobid-2 bruksanvisning på hvordan verktøyene benyttes og hvordan skaleringen tolkes.

Hvordan ville disse smertekartleggingsverktøyene ha fungert på demenssyke Nina fra caset? Jeg tenker at det hadde gått fint å kartlegge Ninas smerter mens hun ligger i ro. Men jeg tror at Nina ville ha blitt sint, irritert og aggressiv når smertene skulle kartlegges ved bevegelse, i likhet med tidligere reaksjoner på kartleggingsmetoder i denne oppgaven. Jeg tenker at siden Nina allerede viser tegn til smerteatferd, vil det være hensiktsmessig å prøve ut smertekartleggingsverktøy, til tross for at Nina ikke vil samarbeide. Hennes atferdsmessige reaksjoner på mobiliseringen kan avdekke smertens årsak, intensitet og lokalisasjon (Husebø & Habiger, 2015). Følgende observasjoner vil være viktige dersom legen skal foreta eventuelle endringer på medisinalisten hennes. Travelbee mente at en innlysende faktor ved smertebehandlingen er smertens årsak, varighet, intensitet og i hvilken grad det gis smertelindring ved bruk av legemidler (Travelbee, 1999).

Fag- og forskningslitteraturen kan fastslå at de tre nevnte smertekartleggingsverktøyene fungerer i praksis hos eldre med demenssykdom, men at enkelte fungerer bedre enn andre (Bjørø & Torvik, 2008; Husebø & Habiger, 2015). En nyere britisk studie viser at enkelte sykepleiere ønsker smertekartleggingsverktøy som er mer forståelige og mindre avanserte å bruke i praksis (Burns & McIlfatric, 2015). En innlysende årsak til dette ønsket kan være kompetansemangel i bruken av kartleggingsverktøyene. Det kreves at sykepleierne setter seg inn i hvordan kartleggingsverktøyene fungerer og leser bruksanvisningen før de benyttes (Husebø & Habiger, 2015).

I motsetning til Doloplus-2 og CNPI, er det anbefalt å gjennomføre et standardisert opplæringsprogram for pleiepersonalet før Mobid-2 blir tatt i bruk. Opplæringsprogrammet bør ha fokus på ulike smertetyper, smerteintensitet, diagnoser og stadier ved demens, samt tolkning av nonverbale og verbale tegn som uttrykk for smerte (Husebø & Habiger, 2015). Med grunnlag i at det anbefales opplæring, er det en forutsetning at pleiepersonellet har tid og mulighet til å delta på opplæringen. Dette avhenger av at avdelingslederen er villig til å bruke ressurser på å sette av tid til kurs for personalet. Optimalt sett bør også vurderingen og behandlingen baseres på tverrfaglig samarbeid, der pleiepersonell, lege, fysioterapeut, ergoterapeut og eventuelt miljøterapeut inkluderes (Husebø & Habiger, 2015).

I dette kapittelet presiserer jeg at smertekartleggingen blir mer strukturert og systematisk ved bruk av kartleggingsverktøy. En viktig forutsetning er at sykepleieren kjenner pasienten godt og har fått god opplæring, før smertekartleggingsverktøyet kan benyttes. I følge litteraturen er Mobid-2 det best egnede kartleggingsverktøyet, fordi det avdekker smerter under standardiserte bevegelser, og er tilpasset dementes hverdag på sykehjem.

4.3 Sykepleierens utfordringer, holdninger og kompetanse

4.3.1 Utfordringer

Forskning viser at norske sykepleiere synes det er utfordrende å kartlegge smerter hos pasienter med langtkommen demens, fordi smertesignalene ofte er vage og vanskelige å fange opp (Jenssen et al., 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013). På sykehjemmene møter sykepleiere en rekke utfordringer og barrierer ved smertekartleggingen, og de vanligste er tidsmangel, underbemanning og manglende kompetanse (Burns & McIlfatric, 2015).

Den store mangelen på kvalifiserte helsepersonell utgjør den store kompetansemangelen blant de ansatte på sykehjemmene. Forskning viser at sykehjemmene sliter med å få tak i nok fagfolk, og det er omlag dobbelt så mange stillingshjemler for hjelpepleiere enn for sykepleiere (Jenssen et al., 2013; Larsen & Knudsen, 2013). Med et stort antall ufaglærte, stadige utskiftninger, høyt sykefravær og underbemanning på arbeidsplassen, blir det vanskelig med kontinuitet i arbeidet med demenssyke. Den store mangelen på fagfolk kan medføre en individualisering av pleien og behandlingen, der det blir opp til hver enkelt pleiepersonell å sikre kvalitet i arbeidet med smerteproblematikk (Larsen & Knudsen, 2013).

Et godt fungerende tverrfaglig samarbeid blant personalet er spesielt avgjørende for en målrettet kartlegging og behandling av smerte (Torvik & Bjørø, 2014). For at et tverrfaglig samarbeid skal fungerer optimalt, avhenger det et godt arbeidsmiljø på sykehjemmet. For det første er det legen som har ansvaret for den medisinske utredningen av smerte hos pasienten, og avklarer årsaksforhold, stiller diagnoser og avgjør den medisinske behandlingen. For det andre er det sykepleierens oppgave å observere pasientens symptomer og atferd på smerte, samt iverksette tiltak. Sykepleieren administrerer smertelindrende medikamenter etter legens forordning, og observerer virkning og bivirkning hos pasienten (Torvik & Bjørø, 2014). For det tredje utfører fysioterapeuten, ergoterapeuten, hjelpepleieren og ufaglærte de arbeidsoppgavene som de har kompetanse på. Sett i lys av dette er det viktig at det ikke blir en

profesjonskrig mellom de ulike yrkesgruppene, men at de heller arbeider sammen som et team, for pasientens beste. Forskningsfunn viser at dårlig kommunikasjon blant personalet kan medføre manglende rapporteringer og uenigheter om pasientens behov for smertelindring. Manglende rapporteringer medfører at legen mottar sprikende opplysninger om pasientens smertesituasjon, og mottar dermed ikke nok informasjon for å kunne iverksette smertelindrende behandling til pasienten (Jenssen et al., 2013).

Et manglende tverrfaglig samarbeid med pasientens lege kan oppleves som en utfordring for smertekartleggingen. Forskning viste at enkelte sykepleiere syntes det var utfordrende å samarbeide med tilsynslegen på sykehjemmene, fordi de opplevde å ikke få aksept for smertevurderingene sine. Sykepleierne mente at vurderinger deres fikk manglende oppfølging fordi legene var beskjedne med å rekvirere smertelindrende behandling til eldre pasienter (Jenssen et al., 2013). På den ene siden kan det oppleves nytteløst og demotiverende for sykepleierne å ikke få aksept for vurderingene sine. Men på den andre siden er det legen som har det medisinske ansvaret, der betraktninger i forhold til pasienten høye alder, komorbiditet og polyfarmasi må tas hensyn til (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Mens noen leger er beskjedne med smertelindrende medikamenter, viser forskning at andre leger ikke er det. En studie viser nemlig at det prøves og feiles mye med medisineren hos pasienter med langtkommen demens og trolige smerter. På den ene siden kan prøvemedisinering være hensiktsmessig dersom det utprøves over en kort periode, der smerteatferden kartlegges før og etter påstartet smertebehandling. For da kan sykepleieren sammenligne smertevurderingene, og se om atferden har endret seg (Bjørø & Torvik, 2008). Men på den andre siden kan prøvemedisineren utsette den eldre demenspasienten for store belastninger i form av bivirkninger fra alle medikamentene. En forskningsstudie viste at et flertall av pasienter som ble utsatt for prøve og feile metoden ble sløve, stillesittende og sov store deler av dagen (Jenssen et al., 2013).

Nina fra caset har også blitt utsatt for prøve og feile metoden. Men selv om forskjellige medikamenter har blitt utprøvd over tid, oppleves det ingen ønsket effekt av den medikamentelle behandlingen. Det er vanskelig å vite om det kun er smerter som plager henne, eller om det er demensatferden som forårsaker væremåten hennes. Å skille mellom demensatferd og smerteatferd er særlig utfordrende da det er flere likhetstrekk mellom dem. Likhetstrekkene gjør at atferden kan feiltolkes, og pasienten kan i verste fall bli utsatt for feilmedisinering (Solheim, 2015).

4.3.2 Holdninger

Forskning viser at sykepleieres og pårørendes negative holdninger til smertelindring hos eldre pasienter med demenssykdom, er en barriere for god smertekartlegging og behandling. I denne forskningsstudien var både sykepleierne og pårørende negative på grunn av risikoen for bivirkninger og avhengighet av opioider (Burns & McIlfatric, 2015). Slike holdninger er generelt vanlig hos eldre, men kan også oppstå fordi enkelte mennesker tror at smerteterskelen er høyere hos eldre, siden smerte forekommer hyppigere i alderdommen (Torvik & Bjørø, 2014).

Travelbee presiserte at den som opplever angst og frykt på grunn av smerte, vil også oppleve andres reaksjoner ovenfor dens smertesituasjon. Med dette mente hun at pasienten kan oppfatte sykepleierens negative holdninger, blant annet gjennom kroppsspråket. Derfor bør sykepleieren legge vekk negative fordommer på jobb, og heller sørge for at pasienten blir vist tilstrekkelig omsorg (Travelbee, 1999). Det finnes dessverre mange negative holdninger, myter og fordommer knyttet til aldring i den vestlige kulturen. Slike holdninger, myter og fordommer kan dreie seg om at eldre har mindre å bidra med i samfunnet, de koster mer penger, de er ubrukelige og de er utslitte (Solheim, 2015). Jeg mener at slike holdninger er respektløse og diskriminerende, og strider imot Travelbees mellommenneskelige sykepleieteori, der menneskesynet var sentralt. Hun mente at ethvert menneske var unikt, enestående, uerstattelig og ulikt fra alle andre individer (Kristoffersen, 2012b).

4.3.3 Kompetanse

ICNs yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier i avsnitt 1.4 at *”sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis”* (Norsk sykepleierforbund, 2008, s. 7). Sykepleiernes faglige kompetanse er en forutsetning for å kunne utføre en god kartlegging av pasientens tilstand. En forskningsstudie viser derimot at norske sykepleiere hadde mangelfull kompetanse på smertekartlegging (Lillekroken & Slettebø, 2013). Flere sykepleiere mente at arbeidsplassen burde ha mer fokus på kunnskapsutvikling hos personalet gjennom kurs, fordi de syntes det var vanskelig å holde seg oppdatert på eget initiativ. Dersom sykepleierne ønsket å utvikle seg faglig måtte de tilegne seg fagkunnskapene på fritiden sin, som medførte at kun ”ildsjelene” klarte å holde seg oppdaterte (Jenssen et al., 2013). Kurs, seminarer og

smerteutdannelses programmer var ønskede tiltak for å heve kompetansen blant sykepleierne på sykehjem (Burns & McIlfatric, 2015).

Studier underbygger viktigheten av at det til enhver tid er sykepleiere med gode fagkunnskaper på avdelingen i demensomsorgen, fordi denne pasientgruppen er prisgitt sykepleierne på vekten, siden de ikke kan ivareta sine egne behov (Jenssen et al., 2013). Forskning viser at sykepleiere både i Norge og Storbritannia har gode kunnskaper om smertelindring, men mangelfulle kunnskaper om smertekartlegging, samt dårlige rutiner for vurdering og behandling (Burns & McIlfatric, 2015; Lillekroken & Slettebø, 2013).

Dårlige rutiner kan forekomme på grunn av mangel på klare retningslinjer for smertekartlegging og dokumentasjon. Derfor er det ønsket et system med prosedyrer der tilnæringsmåter i kartleggingen, vurderingen, oppfølgingen og dokumentasjonen av smerte inngår. Med et slikt system mener forskere at arbeidet med diagnostikk og behandling av smerte vil bli mer systematisk og få bedre kvalitet (Larsen & Knudsen, 2013). Forskning viser også at norske sykepleiere ønsket retningslinjer med felles prosedyrer på hvordan de skulle forholde seg til smertevurdering og smertelindring hos pasienter med demenssykdom (Lillekroken & Slettebø, 2013). Imidlertid finnes det også ulemper med å benytte et slikt system med felles prosedyrer for smertekartlegging, som følge av at alle individer er forskjellige. Med et slikt system blir ikke smertekartleggingen tilpasset hver enkelt pasient, der betraktninger i forhold til pasientens personlighet og atferd ikke blir tatt hensyn til (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Pasientens pårørende er en viktig ressurs, fordi det som regel er de som kjenner pasienten best, og dermed har rikelig med kunnskaper om pasientens normale atferd (Torvik & Bjøro, 2008). Et tett samarbeid med pårørende kan derfor være avgjørende når smerter skal kartlegges. Forskning viste at når sykepleierne var usikre på om pasienten hadde smerteproblematikk eller ei, var pårørende ganske klar på sitt synspunkt. Ofte forstod pårørende bedre hva pasienten uttrykte, og fungere som en slags kvalitetssikring for sykepleierne (Jenssen et al., 2013).

I dette kapittelet presiserer jeg aktuelle utfordringer og holdninger, samt behovet for kompetanse ved smertekartlegging hos demente. Vanlige utfordringer og barrierer for kartleggingsarbeidet er tidsmangel, underbemanning og kompetansemangel. Sykepleieren må være bevisst på sine negative holdninger og ha et helhetlig menneskesyn. Forskning viser også

at sykepleiere har manglende kompetanse på smertekartlegging. Derfor er det ønsket retningslinjer med felles prosedyrer for smertekartlegging hos demente.

5 Konklusjon

Foreløpig finnes det ingen direkte fasit på hvordan sykepleieren kan kartlegge kroniske smerter hos pasienter med langtkommen demenssykdom. Ut i fra litteraturen kan jeg konkludere med at både observasjon, klinisk undersøkelse og kartleggingsverktøy kan være hensiktsmessig å benytte i kartleggingsarbeidet. Smertekartleggingsverktøy er spesielt anbefalt, fordi det trolig vil medføre bedre kvalitet, struktur og systematikk i vurderingen, og i den videre oppfølgingen av pasientens eventuelle smerteproblematikk.

I enkelte observasjonsbaserte tilfeller er det ikke pasientens smerter som blir kartlagt, men det er symptomer og tegn som forskere fra AGS har valgt å omtale som ”smerteatferd”.

Sykepleieren kan heller ikke vite med sikkerhet om det er demensatferd eller smerteatferd som blir observert under smertekartleggingen, og det kan derfor være en utfordring å fastslå pasientens atferd som en indikasjon på smerte. Ved en klinisk undersøkelse blir kroppens fysiologiske tegn på smerter kartlagt, men til gjengjeld kan denne undersøkelsen være vanskelig å utføre i praksis hos urolige demenspasienter. Derfor mener jeg at en kombinasjon av forskjellige kartleggingsmetoder vil kvalitetssikre en bedre utredning av pasientens kroniske smerter.

Et viktig utgangspunkt ved smertekartleggingen er å kjenne pasienten godt, for å kunne oppdage personlighetsendringer som avviker fra normalen. Dette gjelder ved alle de nevnte kartleggingsmetodene, for å unngå at feilmålinger forekommer på grunn av at demensatferd blir tolket som smerteatferd. Manglende kompetanse og rutiner på smertekartleggingen er en av hovedutfordringene til norske sykepleiere. En idé for framtidens smertekartlegging er å innføre standardiserte retningslinjer, med prosedyrer på hvordan smerter skal kartlegges hos pasienter med demens og afasi. En slik innføring vil sannsynligvis medføre at det blir enklere for sykepleierne å forholde seg til smertekartleggingen og smertelindringen hos denne pasientgruppen.

Litteraturliste

- Aldring og helse. (2016). Demens. Hentet 18. 02. 2016 fra <http://www.aldringoghelse.no/demens/demens-1>
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2013). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (red.), *Klinisk sykepleie : 1* (4. utg., s. 355-398). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjæro, K., & Torvik, K. (2008). Smertekartlegging og -behandling hos eldre mennesker med demens. I A. Klpostad & T. Rustøen (red.), *Ulike tekster om smerte* (s. 182-202). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brækhus, L. A. (2015, 25.04.). Sykehjemspasienter med demens lider unødige. *ABCnyheter*. Hentet fra <http://www.abcnyheter.no/livet/2015/04/25/222668/sykehjemspasienter-med-demens-lider-unodig>
- Burns, M., & McIlfatric, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10), 479-487. doi: 10.12968/ijpn.2015.21.10.479
- Dahl, K., & Skaug, E.-A. (2012). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I E.-A. Skaug, F. Nortvedt & N. J. Kristoffersen (red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 2 : Grunnleggende behov* (2. utg., s. 15-60). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Galek, J., & Gjertsen, M. (2011). Får bedre smertebehandling. *Sykepleien, fag*, 99(13), 62-64. doi: 10.4220/sykepleiens.2011.0194
- Grov, E. K., Moadah-Amiri, D., & Kyte, L. (2015). Klinisk undersøkelse. I E. K. Grov & I. M. Holter (red.), *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 588-618). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hellesø, R. (2015). Pasientjournalen og prinsipper i journalføring. I E. K. Grov & I. M. Holter (red.), *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 209-243). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Husebo, 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. (2013, 08.07). Demente opplever et smertehelvete uten ord. *Bergens Tidende*. Hentet fra <http://www.bt.no/nyheter/innsikt/Demente-opplever-et-smertehelveteuten-ord-2928563.html>
- Husebø, B. S., Achterberg, W. P., Lobbezoo, F., Kunz, M., Lautenbacher, S., Kappesser, J., . . . Strand, L. I. (2012). Pain in patients with dementia *Norsk epidemiologi*, 22(2), s. 243-251.
- Husebø, B. S., & Habiger, T. F. (2015). Vurdering og behandling av smerte hos pasienter med demens. *Omsorg*, 32(1), 26-32.
- Jenssen, G.-M., Tingvoll, W.-A., & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk Sykepleie*, 5(3), 26-34.
- Kristoffersen, N. J. (2012a). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I E.-A. Skaug, F. Nortvedt & N. J. Kristoffersen (red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. . utg., s. 281-341). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2012b). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E.-A. Skaug, F. Nortvedt & N. J. Kristoffersen (red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Larsen, T. A., & Knudsen, L.-B. (2013). Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. *Nordisk Sygeplejeforskning* 3(4), 287-299.
- Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden*, 33(3), s. 29-33.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2015, 18.12). Alzheimers sykdom. Hentet 11.02.2016 fra <http://nasjonalforeningen.no/demens/ulike-typer-demens/alzheimers-sykdom/>
- Norsk sykepleierforbund. (2008). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 18.02.2016 fra https://www.nsf.no/Content/113944/NSF_yrkesetisk
- Nortvedt, F., & Rustøen, T. (2008). Kronisk smerte. I A. K. Wahl & T. Rustøen (red.), *Ulike tekster om smerte : fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 140-151). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2015). *Lov om pasient- og brukerrettigheter. Kapittel 4: Samtykke til helsehjelp*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63-KAPITTEL_4
- Sandvik, R. K. (2011). Smertevurdering ved kognitiv svikt. *Kreftsykepleie*, 27(3), s. 10-16.
- Skaug, E.-A., Nortvedt, F., & Kristoffersen, N. J. (2012). *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. utg., s. 408-437). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Solheim, K. (2015). *Demensguiden : holdninger og handlinger i demensomsorgen* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Torvik, K., & Bjørø, K. (2008). Smerte hos eldre. I A. K. Wahl & T. Rustøen (red.), *Ulike tekster om smerte : fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 105-127). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Torvik, K., & Bjørø, K. (2014). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. utg., s. 390-407). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Torvik, K., Skauge, M., & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I A. K. Wahl & T. Rustøen (red.), *Ulike tekster om smerte : fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 51-75). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vossius, C., Selbæk, G., Ydstebø, A. E., Benth, J. S., Godager, G., Lurås, H., & Bergh, S. (2015). *Resursbruk og sykdomsforløp ved demens*. Hentet fra http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk_/forskning_/alderpsykiatrisk-forskningscenter_/Documents/AFS_rapport_NY_nov_2015_kortversjon.pdf
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatri : en medisinsk lærebok* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Date: _____ 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
«Aa»
Stønner
Yrker seg
Griper
Skriker



Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Ryker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene



Avvergereaksjon
Slår
Beskytter seg
Skyver fra seg
Endringer i pust
Knyper 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

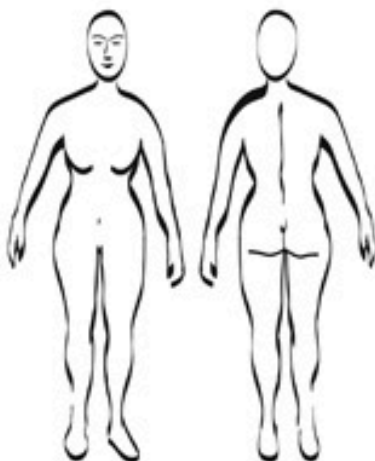
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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

APPENDIKS

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til andre 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	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

Bertha Husabøthof uls as; Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitet i Bergen

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	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	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	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	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	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
4. Ansiktsuttrykk	- normalt ansiktsuttrykk - ansiktsuttrykk som uttrykker smerte ved forespørsel/kontakt/undersøkelse - ansiktsuttrykk som uttrykker smerte spontant - vedvarende uttrykksløst ansikt (matthet, stivhet, tomt blikk)	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
5. Søvn	- normal søvn - problemer med innsovning - hyppige oppvåkninger (urolig søvn) - søvnløshet som påvirker våken tilstand	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	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	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	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	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
PSYKOSOSIALE REAKSJONER					
8. Kommunikasjon	- normal kommunikasjon - intensivert kommunikasjon, søker oppmerksomhet på uvanlige måter - redusert kommunikasjon (vil være alene) - fravær eller avvising av all kommunikasjon	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	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	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
10. Atferdsproblemer	- normal atferd - gjentatte atferdsproblemer - permanente atferdsproblemer i kontakt med andre - permanente atferdsproblemer (selv uten ekstern stimulans/kontakt)	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
TOTALT					

Dato: _____

Pasient Nr: _____

Sjekkliste med Nonverbale Smerteindikatorer

(Instruksjon: Skriv 0 dersom atferden ikke er observert, og 1 dersom atferden opptrådte om den bare opptrådte for et kort øyeblikk ved bevegelse/aktivitet eller i hvile/ro.)

	Ved bevegelse	I hvile/ro
1. Verbale klager: Ikke-verbale uttrykk (Uttrykk for smerte, men ikke med ord: stønner, onker, roper, skriker, puster tungt, sukker)	_____	_____
2. Ansiktsgrimaser/skvetter til/krymper seg (Rynker øyebryn, kniper øynene sammen, kniper leppene sammen, biter tennene sammen, "gaper plutselig", kjakaslepp, fordreiet uttrykk)	_____	_____
3. Klamrer (Klamrer eller holder seg i sengegrind, seng, brikke eller annen gjenstand)	_____	_____
4. Uro (Vedvarende eller periodevis stillingsendring, rugging, beveger hendene til stadighet eller i perioder, er ikke i stand til å sitte i ro)	_____	_____
5. Gnir eller masserer det affiserte området	_____	_____
(I tillegg, skriv ned Verbale klager).		
6. Høylydte klager: verbale uttrykk (Gir verbale uttrykk for ubehag eller smerte "au", "det gjør vondt", bevegelser utløser bannord eller edder eller roper i protest "stopp", "det er nok".)	_____	_____
Subtotal Skåre	_____	_____
Total Skåre		_____

Feldt, K.S. (2000). Checklist of Nonverbal Pain Indicators. *Pain Management Nursing*, 1(1), 13-21.

Norwegian translation by: Harald A.Nygaard, dr. med., Professor of Geriatric Medicine, University of Bergen, Norway, med tillatelse av Karen Feldt.