



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Smertekartlegging og demens

Hvordan kan sykepleiere kartlegge smerter hos pasienter som er rammet av alvorlig demens i sykehjem?

SYK 180H

Bacheloroppgave i sykepleie

Kandidatnr: 13 og 46

Antall Ord: 8628

Innleveringsdato: 11.04.2014

Hippokrates sa «Sjelden kurere, ofte lindre, alltid trøste» (Fors, 2012:18).

Du spør meg kanskje

Om det er godt

Eller vondt

Å være menneske

Veit du kva

Eg svarar da?

Eg svarar JA!

- Olav H. Hauge

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling	3
1.2 Presentasjon og presisering av problemstilling	3
1.3 Oppgavens avgrensing	4
1.4 Definisjoner	5
2.0 METODE	6
2.1 Hva er metode?.....	6
2.2 Kvalitativ metode	6
2.2.1 Fordeler og ulemper ved litteraturstudie	7
2.3 Etikk	7
2.4 Kildekriterier	7
2.5 Litteratursøk	8
3.0 TEORI	9
3.1 Demens.....	9
3.2 Smerte.....	12
3.3 Smertekartleggingsverktøyet MOBID-2	14
4.0 Presentasjon av sykepleieteori	16
4.1 Grunnlag for valg av teori	16
4.2 Menneske-til-menneske-forhold	16
4.3 Travelbee´s syn på pasientbegrepet.....	17
4.4 Travelbee og kommunikasjon	17
4.5. Empati	17
4.6 Benner & Wrubels teori om mestring	18
5.0 Drøfting	19
5.1 Et hverdagsseksempel fra sykehjem	19
5.2 Smerte, et helhetsbilde	20
5.3 Møte med den demente i et menneske-til-menneske forhold.....	21
5.3.1 Demente og smertekartlegging.....	21
5.4 Hvorfor bruke verktøy for å kartlegge smerte.....	23
5.4.1 Innhenting av smertedata hos alvorlig demente i sykehjem.....	24
5.4.2 MOBID-2 som et smertekartleggingsverktøy i sykehjem.....	24
5.4.3 Hvordan smertekartleggingsverktøyene fungerer i praksis.....	26
5.5 Resultater etter bruk av MOBID-2 verktøy i sykehjem	28

6.0 Avslutning	29
Litteraturliste	30
VEDLEGG	34
Vedlegg 1	34
Vedlegg 2	35
Vedlegg 3	40
Vedlegg 4	41

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Som tema for vår bacheloroppgave har vi valgt kartlegging av smerte hos pasienter som er rammet av demens. Med den forventede befolkningsutviklingen Norge har nå, og med tanke på at folk lever lengre, har Helsedirektoratet publisert at innen 2040, er det forventet at ca. 135 000 mennesker i Norge lider av demenssykdom (Helsedirektoratet, 2014). Vi trenger mer helsepersonell som har kunnskaper om smerte hos demente, og hvordan man kartlegger smerte hos denne pasientgruppen. Vi har valgt å belyse dette temaet gjennom vår bacheloroppgave ettersom vi jobber med eldre mennesker. Når vi blir ferdig utdannede sykepleiere har vi et større ansvar for å oppdage, lokalisere og definere smerten hos mennesker. Vi valgte spesifikk smertekartlegging av pasienter som er rammet av demens ettersom det er en svært utsatt gruppe mennesker man bør ha kunnskaper om. Vi ønsket selv å oppsøke denne kunnskapen slik at vi står stødigere som sykepleiere når vi er ferdigutdannet.

I denne oppgaven vil vi bruke kunnskap og forskning som allerede eksisterer for å få svar på vår problemstilling. Vårt formål er derfor ikke å produsere ny kunnskap, men heller gå i dybden på forskningen som allerede er tilgjengelig.

Vi ønsker å påpeke at vi gjennom oppgaven har valgt å bruke uttrykkene sykepleier, pleier og pasient, mest på grunnlag av å forenkle teksten. Joyce Travelbee sier at man bør unngå slike ”merkelapper” i jobbsammenheng, men vi ønsker at leseren skal se en tydelig forskjell på rollene.

1.2 Presentasjon og presisering av problemstilling

Vi har gjennomført et litteraturstudie for å sette oss inn i smertekartleggingsverktøyet MOBID-2.

Hvordan kan sykepleiere kartlegge smerter hos pasienter som er rammet av alvorlig demens i sykehjem?

1.3 Oppgavens avgrensning

Vi har valgt å avgrense dette innenfor pasienter som bor på sykehjem og har en demenslidelse.

Vi har utelatt å ta for oss demente som bor hjemme, i omsorgsboliger eller som er innlagt på sykehus. Da vi valgte sykehjem, var det på grunnlag av at helsedirektoratet viser til at ca. 80% av sykehjemsbeboere lider av demens, derav flere med alvorlig demens. Når vi snakker om demente i vår oppgave så refererer vi til personer med alvorlig demens.

Vi har tre typer smertekartleggingsverktøy for demente i Norge, men vi har valgt å se nærmere på MOBID-2. Vårt fokus er på demente med smerter som ikke kan gi uttrykk for dette selv.

1.4 Definisjoner

Smerte:

Egil Andreas Fors skriver i sin bok: *Hva er smerte* fra 2012 at definisjonen på smerte er forklart av Merskey, Bogduk et al fra 1994:

Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse forbundet med vevsskade eller truende vevsskade, eller beskrevet med begreper fra en slik skade (Fors, E. 2012: 63).

Demenssykdom:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret adferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid (Engedal og Haugen, 2006:20).

Sykehjem:

«Sykehjem skal gi tilbud om døgnopphold til personer som trenger helsefaglig bistand utover det som forsvarlig kan gis i eget hjem. Tiltak med annen boform for heldøgns omsorg og pleie kan sidestilles med sykehjem. Forutsetningen er at tiltaket dekker behovet den enkelte pasient har for nødvendig og forsvarlig helsehjelp» (Braut, 2009, avsnitt 1).

2.0 METODE

2.1 Hva er metode?

Vilhelm Aubert (Sitert av Dalland, 2007:83) sin definisjon på metode lyder 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 (1985:196).

Dalland forteller oss at metode er vår fremgangsmåte for å hente kunnskap, og etterprøve om dette er korrekt. Begrunnelsen for valg av metode er at det kan på best mulig måte gi oss gode data og gi oss svar på spørsmål som er faglig interessante (Dalland, 2007).

2.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ forskning er en stor del av sykepleieforskningen, den har gjerne fokus på opplevelser og erfaringer som er relatert til helse og sykdom. Hensikten med denne metoden er å formidle allerede oppsummert kunnskap til forskningsmiljøer og praksisfelt. Det er tekstlige beskrivelser av opplevelser og analyser som artikkelforfatteren har trukket ut av sentrale temaer i studiene. De undersøker sammenhenger, identifiserer fellestrekkene og gir dem et felles språk. Ut av dette bygges funnene sammen på et abstrakt nivå, og på denne måten fremkommer det noe nytt, en syntese av forskningsresultatene av heterogen karakter (Bjørk & Solhaug, 2013). Fortolkningslære går også under navnet hermenutikk. Å fortolke betyr å forsøke og finne frem til en underliggende mening, eller å redegjøre for noe som fremstår som uklart (Dalland, 2007).

Vi har valgt å gjøre en litteraturstudie, det betyr at vi har tilegnet oss informasjon via bruk av tidligere forskning. Vi har gjort en systematisk gjennomgang av litteraturen som vi mener er relevant for vår problemstilling.

I et forskningsprosjekt er hensikten med litteratursøket å vise hvilken kunnskap som allerede eksisterer om et forskningstema eller en problemstilling. De påpeker mangler eller hull i kunnskapsgrunnlaget (Bjørk & Solhaug, 2008:55).

2.2.1 Fordeler og ulemper ved litteraturstudie

Det finnes gode og dårlige sider ved å velge litteraturstudie. Det positive er at man får en god innføring i den kvantitative og kvalitative forskningen som allerede eksisterer på valgt område, og man får større innblikk i internasjonal forskning, som kanskje allerede er kommet lenger enn den norske forskningen. Når man bruker ny forskning med faglitteratur så har man et godt utgangspunkt for å komme frem til relevant, ny og god kunnskap (Bjørk & Solhaug, 2008).

Ulempen ved dette valget av metode er at den kan virke krevende. Det kan være mye litteratur på valgt tema, og da er det mye å gå gjennom. Det er viktig at man er kildekritisk og ikke lar seg rive for lett med på diverse litteratur som ikke berører valgt tema. Det ligger naturlig til at metoden krever gode søkeferdigheter hos forfatteren, og vurderer sine valg av databaser nøye. Om man velger feil kan man fort gå forbi mye bra forskning. Systematisk litteratursøk i databaser gir ingen garanti for at en finner "alt" av relevant litteratur (Bjørk & Solhaug, 2008).

2.3 Etikk

I Dalland (2007) står det at en skal gjøre rede for alle kildene man bruker i arbeidet sitt. Det er uærlig å gjengi andres tanker som sine egne. Vi takker for hjelpen gjennom kildehenvisninger i oppgaven. Vi har valgt å anonymisere personer i denne oppgaven for å opprettholde taushetsplikten og beskytte personene dette måtte gjelde.

2.4 Kildekriterier

Når man leter etter relevant litteratur er det en fordel å prøve å få problemområdet innenfor et hovedemne. Etter man har gjort dette, kan man ved hjelp av lærebøker og andre måter tilegne seg relevant litteratur og skaffe seg en oversikt. Vår egen førforståelse av oppgaven kan være begrenset, men ved å studere litteraturen åpner vi opp for flere perspektiver (Dalland, 2007).

2.5 Litteratursøk

For å samle inn mest mulig kunnskap om valgt tema og problemstilling, brukte vi pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. For å få god kvalitet og best mulig forutsetninger for å finne god litteratur, så var vi på litteratursøkekurs som var satt opp via biblioteket. Vi fikk en gjennomgang av hvordan vi bruker databasene og anbefalinger av hvilke databaser som var mest aktuelle for oss. Vi ble også anbefalt å søke opp tidligere bacheloroppgaver og masteroppgaver slik at vi hadde en retningslinje for hvordan oppbygningen av oppgaven skulle se ut. Vi søkte opp bacheloroppgaver gjennom Bibsys med ordene: «demens» og «smerte». Gjennom oppgavene vi fant, søkte vi også opp spesifikke forfattere for å kunne bruke dem i vår oppgave.

Vi legger ved et vedlegg med oversikt over databaser, treff og antall brukte.

Vi søkte på Bibsys, PubMed, SveMed+, ProQuest og Idunn for å få en oversikt over aktuelle bøker og artikler som kunne brukes i vår oppgave. Vi brukte søkeordene: «demens», «smerte», «kartlegging», «Joyce Travelbee». For å finne forskningsartikler brukte vi søkeordene: «dementia», «smerte», «pain assessment tools», «pain survey», «demens», «smertebehandling» og «smertkartlegging». Vi brukte forskjellige kombinasjoner av disse og operatører som «or», «and», og «not».

På grunn av begrensning av ord har vi valgt og legge disse funnene som vedlegg. På den måten får vi en god oversikt over litteratur og oppgaven ser ryddigere ut.

3.0 TEORI

3.1 Demens

Engedal og Haugen har følgende definisjon på aldersdemens:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret adferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid (Engedal og Haugen, 2006:20).

Dette var definisjonen for aldersdemens, som debuterer hyppigst hos eldre over 65-70 år. Det nevnes også at demens kan ramme personer helt ned i 30-årsalderen, men det er sjeldent (Engedal og Haugen, 2006).

Det finnes ulike internasjonale klassifikasjonssystemer som demenssyndromet er nedfelt i, for eksempel DSM IV og ICD-10. ICD-10 er en oversikt som forklarer en del om demens, blant annet graden av kognitiv funksjonssvikt: Mild, som virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet. Moderat, der personen ikke kan klare seg uten hjelp fra andre, og til slutt alvorlig, der kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig (Engedal, 2006). ICD-10 har også en del andre kriterier for demens, blant annet svekket hukommelse, spesielt for nyere data. Hvor klar bevisstheten er regnes også som et kriterie. Et tredje kriterie er svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd, og det siste punktet på ICD-10 er at tilstanden må ha en varighet på minst seks måneder (Engedal og Haugen, 2006).

En pasient som lider av alvorlig demens, er ikke i stand til å ta vare på seg selv, og er heller ikke orientert for tid, sted eller situasjon, og det er ofte disse pasientene vi finner i sykehjem. Omtrent halvparten av alle aldersdemente er i en tidlig fase og bor i sitt eget hjem. Innleggelse i sykehjem eller annen institusjon blir aktuelt for de fleste når sykdommen progredierer (Engedal, 2006).

Demens kan arte seg veldig forskjellig fra person til person, men det finnes mange kliniske likheter. Hukommelsesvansker og problemer i forhold til egenomsorg har alle som rammes av demens. Den demensrammede glemmer først hendelser i nær fortid, samt avtaler, glemmer å spise, glemmer å handle og ellers hverdagslige ting som er enkelt å huske for en kognitivt frisk person. Pasienten får i denne fasen ofte problemer med tidsorienteringsevnen. Noen, spesielt

hos pasienter med Alzheimers sykdom, kan man observere språkvansker hos pasienten. Det betyr at pasienten ikke finner de rette ordene når det føres en samtale, eller mangler flyt i talen. Mange greier å bruke mestrings- og forsvarsmekanismer i startfasen av en demenssykdom (Engedal, 2006).

Alzheimers sykdom, er den vanligste typen demens og rammer over halvparten av de som får demens. Det er en nevrodegenerativ lidelse, som betyr at det skjer et gradvis tap av nerveceller i hjernebarken, og dermed utvikler pasientene en gradvis tiltakende demens gjennom flere år (Jacobsen, 2010).

I sykdommens neste fase, der man går over til moderat demens, blir pasienten lett forvirret, særlig ved stress. Pasienten greier ikke alltid å bruke sine tillærte mestringsevner og mister dermed grepet på sin tilværelse. Ofte ser man psykotiske symptomer i form av vrangforestillinger, synshallusinasjoner og merkelig, uforståelig atferd. Hukommelsen forverres som regel i denne fasen, samt språkevnen og evnen til å orientere seg i rom. De fleste i denne fasen kommer i kontakt med helsevesenet (Engedal, 2006).

Demens kan medføre ulike følelsesmessige reaksjoner, og det er gjort forskjellige undersøkelser i forhold til dette, som viser at 10-70% av personer med demens har vrangforestillinger og fra 5-80% har et depressivt stemningsleie. Det er vondt for pasientens pårørende og se sine nærmeste tynges av depresjon, angst, uro eller forvirring, store personlighetsforandringer i form av mistenksomhet eller aggresjon. De første følelsesmessige symptomene vil normalt sett veksele noe mellom de ulike demenstypene (Engedal og Haugen, 2006).

Frontotemporal demens er et overordnet begrep, hvor flere degenerative hjernesykdommer hører inn under begrepet. Ifølge studier har cirka 10% av demensrammede denne typen. Atferdsendringer er det man ser først hos disse pasientene. Typisk er interesseløshet, tap av hemninger, angst, rastløshet og endrede spise- og drikke vaner (Engedal og Haugen, 2006).

Depresjon og tilbaketrekning er vanlig ved demens, årsaken kan være at evnen til å mestre og å tilpasse seg tap svikter. Det er vanskelig å oppdage depresjon hos en pasient med alvorlig demens. Den kognitive svikten gjør at uttrykket for depresjon ikke kommer gjennom tale og normal kommunikasjon. Sinne, irritabilitet og uro kan være en atypisk måte for denne pasientgruppen å formidle depresjon på (Engedal og Haugen, 2006).

Angst er vanlig ved demens, da pasienten ikke ser sin egen situasjon. Å være alene vil ofte utløse angst, særlig hos en person med alvorlig demens. Når korttidsminnet forsvinner vil det for eksempel føles forferdelig når ektefellen går en snartur i butikken; Den alvorlig demente føler seg alene i hele verden, og det vil være naturlig å lete etter ektefellen. Dersom de bor hjemme kan de gå ut alene for å lete. Katastrofereaksjon er en panikkliknende angst man ser i situasjoner hvor den demente ikke forstår, blir redd og aggressiv, setter seg til motverge eller flykter unna (Engedal og Haugen, 2006).

Vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner kan opptre ved alle demenssykdommene. Noe av det vi tolker som vrangforestillinger skyldes tidsforskyving eller er en følge av pasientens kognitive svikt. Noen pasienter med alvorlig demens skal ut å melke kyrne, noen tror at foreldrene lever, og noen steller i stand til kaffebesøk til søsken. Dette kan betegnes som konfabuleringer, men også som uttrykk for savn. Pasienter med Alzheimer mangler evne til å forstå forskjell på TV og virkeligheten, det betyr at personer på TV oppleves som tilstedeværende. Tanker om å bli bestjålet, eller sjalusiparanoide ideer er av psykotisk natur og viser seg hos personer med demens. Årsaken kan være utrygghet, eller manglende evne til å ha oversikt. Ved samtidig opptreden av hallusinasjoner og vrangforestillinger, kan det foreligge delirium (Engedal og Haugen, 2006). Irritabilitet og aggressivitet er definert som vanskelig eller utfordrende atferd.

Årsakene til denne type atferd er ytterst komplekse: ulike faktorer som grad av demens, type demens (frontal- og hjernestammeskader), personlighetstype, delirium ved akutt somatisk sykdom, manglende forståelse av egen svikt, sviktende samhandling mellom pasient og miljø, miljøfaktorer pasienten lever under og angst spiller en rolle (Engedal og Haugen, 2006:47).

Vi har sett i praksis at smerter ofte utløser denne type atferd.

Svikt i blodforsyningen til hjernen kan også forårsake demens, såkalt vaskulær demens. Dette kan enten skyldes flere små embolier til hjernen (muliinfarktdemens) eller generell arteriosklerose som gir mer kroniske iskemiforandringer (Jacobsen, 2010).

Lewy-legeme-demens er en type demens som forekommer nokså ofte, som kan kjennetegnes av alvorlige psykiske forandringer sammen med demenssymptomer, som kan svinge fra dag til dag. Pasientene kan ha parkinsonistiske symptomer (Jacobsen, 2010).

3.2 Smerte

Smerte er et utfordrende og sammensatt fenomen, som også er helt vanlig å oppleve. Det er viktig å skille mellom smerte som et sanseintrykk og som opplevelse. Definisjonen på smerte er sensorisk og emosjonell opplevelse, derfor finnes det både fysiske og psykiske smerteopplevelser. Smerte er alltid reelt for den som opplever den (Fors, 2012). Hovedfunksjonen ved smerte er å hindre skader (Nortvedt & Nesse, 1997).

Smerte er noe vi opplever, og denne opplevelsen er privat og unik for hver enkelt av oss (Husebø, S, 1990:15).

Smerte kan være enten fysiologisk eller klinisk opplevd smerte som akutte smertetilstander, tilstand på grunn av cancer, eller annen sykdom som reduserer livslengden og kvaliteten. Eller det kan være langvarige og kroniske smerter som ikke trenger å redusere levetiden (Nortvedt & Nesse, 1997). Smerte er et fenomen som uavhengig av kjønn, og på tvers av sykdomstilstander er en del av mange menneskers hverdag. Den oppleves ofte som en trussel for selve tilværelsen for det er en konstant påminnelse om vår egen sårbarhet og dødelighet. Smerte er en reaksjon på en vevsskade eller et traume, og intensiteten av den øker i samsvar med skadens omfang. Kobling mellom årsak og virkning, har gjort at behandlingen har som oftest rettet seg mot årsaken til smerten, og ikke bare det å lindre smerten (Nortvedt & Nesse, 1997).

Vi skiller smertene mellom å være nociseptiv, som er den vanlige smerten som forekommer etter en vevsskade i huden, eller nevropatisk smerte som er forårsaket av skader eller sykdom som angriper nervesystemet. Du har også idiopatisk smerte, det er et uttrykk for smerte som ikke har noen kjent årsak (Fors, 2012).

Börjesson, Mannerkorpi, Knardahl, Karlsson & Mannheimer har definisjonen på begrepet smerteterskel som lyder: ”Den laveste intensiteten av en viss stimulus som pasienten oppfatter som smertefull” (2008:584).

Du har også begrepet smertetoleranse, som innebærer hvor mye en person kan motta av en form for smertestimuli før det blir vondt. Mennesker kan ha lik smerteterskel, men ulik toleranse for samme smerte. Dette har betydning for å kunne belyse og behandle smertene effektivt (Börjesson et al, 2008).

Depresjon kan forsterke opplevelsen av smerte, langvarige smerter kan fremkalle depresjon hos mennesker, og depresjon er som regel et resultat av smerte. Den kan ofte relateres til personens gradvise opplevelse av redusert livskvalitet som kan være følger av kroniske smerter (Nortvedt & Nesse, 1997). Kultur og verdier spiller en rolle for hvordan vi oppfatter smerte og vår reaksjon på dem. Disse kulturelle forskjellene kommer nok av de varierte måtene en lærer smerteopplevelsen å kjenne på (Nortvedt & Nesse, 1997).

Hos eldre kan det virke som om smerteterskelen og smertetoleransen er blitt redusert. De nevrofysiologiske endringene i overføringen av smerteimpulser hos eldre settes ned med to til tre prosent. De får en lavere smerteterskel, og de får en dårligere biokjemisk smertehemming. Eldre personer opplever å få hyppigere depresjoner enn yngre i forbindelse med smerter, noen ganger kan en depresjon i seg selv karakteriseres som smerte. Smertefulle sykdommer som for eksempel muskel-og skjelettsykdommer forekommer oftere hos eldre personer. Det er nære sammenhenger mellom smerte, funksjonell status og livskvalitet (Nortvedt & Nesse, 1997). Smerte er en av de fundamentale problemene og mest faglig etiske utfordringene som helsearbeideren står ovenfor i sin praksis. Helsepersonell må forstå hva smerte som fenomen innebærer for den syke, og hvordan pasienten opplever smerten.

Utgangspunktet for all smertebehandling er at den skal beskytte pasientens egen verdi og verdighet (Nortvedt & Nortvedt, 2001). Det kan være vanskelig å legge merke til om pasienter opplever smerte. Selvrapporing er en forutsetning for god smertebehandling, men når pasientene er alvorlig demente, er dette vanskelig og de er avhengige av at pleierne har evnen til å tolke verbale og nonverbale signal om smerte. Det er ofte at smerte blir undervurdert hos eldre fordi helsepersonellet misforstår deres atferd og språk (Sørensen, 2012).

Hos pasienter som ikke kan gi muntlig beskjed om at de har smerter, må en være ekstra oppmerksom på nonverbale signaler som kan tyde på smerte. Man må alltid ta pasientens smerte på alvor, og huske at angst, uro og smerte henger ofte sammen (Blix & Breivik, 2006). Endret atferd kan være en av de største indikatorene på smerte hos mennesker som ikke kan kommunisere verbalt, men det er ofte vanskelig å tolke siden dette også kan komme av andre ting enn smerte (Kaasalainen, 2007) Ved smertebehandling av gamle mennesker må vi ta hensyn til at de har ofte redusert toleranse for analgetika. Doseringen må bestemmes ut fra sykdomsbilde, alder og allmenntilstand (Blix & Breivik, 2006).

Stein Husebø sier at «Smerte er det pasienten sier gjør vondt» (1990:68). Når en person opplever smerte, blir det som regel uttrykt gjennom ord eller handlinger. Personer rundt den som opplever smerter kan observere deres væremåte og atferd for å få ett inntrykk av hvor plaget han eller hun er (Husebø, 1990). I boka Demens «Fakta og utfordringer» fra 2009 er det nevnt at utfordrende atferd, endring av atferd eller av funksjonsnivå kan være et symbol på smerte (Engedal & Haugen, 2009). Larsen og Knudsen (2013) sier at smerte påvirker atferden mer hos de med alvorlig demens, enn hos de med mild eller moderat demenssykdom. De fleste sykehjemspasienter har et sammensatt sykdomsbilde. Betydningen av dette er at de kan ha smertefulle lidelser, som vil kunne gi komplekse smertebilder som er vanskelige å oppdage. (Larsen & Knudsen, 2010).

3.3 Smertekartleggingsverktøyet MOBID-2

Et todelt verktøy som ble videreutviklet og testet i doktorgradsprosjektet «Assessment of Pain in Patients with Dementia» ved universitetet i Bergen (Husebø, 2009). Det er validert gjennom to ulike studier og viser høy reliabilitet og validitet (Torvik, 2012). Del en av MOBID-2 legger vekt på pleiepersonalets observasjon av smerteatferd relatert til: muskulatur, ledd og skjelett, under vanlig mobilisering i sykehjem. Del to av MOBID-2 er relatert til smerteatferd i indre organer, hode og hud (Husebø, 2009). Helsepersonellet kartlegger smerte under systematiske øvelser eller mobilisering av pasienten. Atferden kartlegges med tanke på ansiktsuttrykk, verbalisering, lokalisering og bevegelser. Den kartlegger om det er smerte til stede eller ikke, og smerteintensiteten gjennom de ulike bevegelsene og lokaliseringen av smerten (Torvik, 2012).

I MOBID-2, del en, blir pasienten blir instruert til å:

- Åpne begge armer, en arm av gangen
- Strekke begge armene mot hodet, en arm av gangen
- Strekke og bøye ankler, knær og hofterledd
- Snu seg i sengen, til begge sider
- Sette seg opp på sengekanten

MOBID-2 er designet med tanke på pasientenes hverdag på sykehjemmene. Den fanger opp observasjonene som pleierne gjør av smertereaksjoner hos pasientene under stell.

Når pasienter har alvorlig demens så vil det være språkvansker, og det vil oppstå problemer med å forstå instruksjoner. Derfor må vi guide de gjennom de fem øvelsene som er nevnt over.

Mobiliseringen må avsluttes med en gang dersom det mistenkes at det kan være smertefullt for pasienten. Sykepleieren skal vurdere all responsen fra pasienten under hver bevegelse og skal krysse av om pasienten viser smerterelatert atferd. Disse står på observasjonsskjemaet: Lyder (skriking, stønner, gisper, ynker, puster fort eller sier AU!), ansiktsuttrykk (grimaser, rynker pannen, lukker øynene eller at munnen strammer seg), og til slutt avvergende reaksjon (stivner, skyver seg unna, beskytter seg, krymper seg eller holder pusten). Atferden skal tolkes ut fra NRS (Numerical Rating Scale) som går fra 0-10 hvor 10 er verst tenkelig smerte, og null er smertefri.

MOBID-2, del to, fanger opp smerteatferd som skal relateres til indre organer, hode og hud. Slik smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, ulykker eller infeksjoner. I den siste delen av MOBID-2 må observasjoner skje samme dag, og deretter foregå over en uke til sammen for å få et helhetlig inntrykk av smertebildet. Smertereistreringen foregår på samme måte som i del en, men til slutt skal sykepleieren tolke pasientens totale smerteintensitet på en NRS skala. Dersom den er lik 3 eller over 3 skal det iverksettes tiltak for å redusere smerten (Husebø & Sandvik, 2011).

4.0 Presentasjon av sykepleieteori

4.1 Grunnlag for valg av teori

Joyce Travelbee er en amerikansk dame som tidligere har jobbet som psykiatrisk sykepleier. Vi velger å bruke hennes teori, fordi vi mener den er relevant for oppgaven vår og dagens sykepleiepraksis. Hun er en gammel teoretiker, men det hun står for gjelder fremdeles etter vårt syn. Sykepleierens hensikt og mål er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller klare å mestre sykdom og lidelse. Om det skulle være nødvendig, må en også hjelpe dem å finne mening i disse erfaringene. Sykepleiere blir oppfattet som et hjelpende menneske, de er velkvalifiserte til å gi hjelp på grunn av det de vet, gjør og kan (Travelbee, 2001).

4.2 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbee's menneske-til-menneske-forhold, er vesentlig i forbindelse med å forstå den syke, noe som igjen er viktig for å kartlegge smerte.

Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt. Menneske-til-menneske-forholdet blir målrettet bygd opp og opprettholdt av den profesjonelle sykepleieren (Travelbee, 2001: 177).

Sykepleiere bør forsøke og bevisst etablere og opprettholde et menneske-til-menneske-forhold til den syke eller den som søker hjelp. Dette styrkes om de deler flere opplevelser eller erfaringer sammen (Travelbee, 2001). Sykepleieren og den syke forholder seg til hverandre som unike individer. Dette forholdet kommer ikke av seg selv, men må bygges opp dag etter dag mens sykepleieren samarbeider med den syke og de andre rundt. Sykepleieren kan ikke alltid basere seg på at den syke klarer å kommunisere sine behov, men som sykepleier skal hun kunne avdekke at det foreligger et behov gjennom systematisk observasjon av den sykes atferd. Hun må vite hva og hvordan hun skal kunne observere og tolke den informasjonen som hun innhenter. I mange situasjoner kan ikke sykepleieren prate med den syke eller de pårørende om hvilke behov den syke trenger dekket. I akutte situasjoner må sykepleieren raskt kartlegge den sykes tilstand, trekke egne slutninger ut fra de opplysningene hun har tilgjengelig, og bestemme hva den syke trolig har behov for, så sette i gang de nødvendige tiltak for å dekke behovene.

4.3 Travelbee´s syn på pasientbegrepet

Begrepet «pasient» må vi være oppmerksomme på. Dersom vi kaller alle sykehjemsbeboerne for «pasienter» er det en viss fare for å behandle alle likt, når de har individuelle behov.

Å bruke ordet pasient vil være en kategori og en stereotyping av personer. Det fungerer greit å bruke definisjonen i det praktiske, særlig i kommunikasjonssammenheng for å skille rollene mellom de enkelte individene som vi nevner i denne oppgaven.

Travelbee´s teori bygger på at det bare finnes enkeltmennesker som trenger omsorg, tjenester eller hjelp fra andre som kan gi dem det de trenger. Et menneske oppleves som personlig og unikt, mens en pasient klarer man ikke å like eller ha varme følelser for. Det blir som en merkelapp, og når man setter på denne lappen da begynner en avhumaniseringsprosess, og det kommer opp en vegg mellom pasient og sykepleier som kan føre til avstand (Travelbee, 2001).

4.4 Travelbee og kommunikasjon

Kommunikasjon er en prosess som gjør sykepleiere i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Det er definert som å kunne meddele eller utveksle tanker eller meninger. Det er en prosess der meninger utveksles mellom individer gjennom et felles system av symboler. Kommunikasjon er en handling, atferd og en prosess.

Non-verbal kommunikasjon er overføring av et budskap uten bruk av ord, det kan være gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser. For at sykepleieren skal kunne bruke dette i sitt yrke, er det viktig at de setter individet i fokus og er mottakelig for det de sanser. Sykepleieren er nødt til å skille ut sine egne behov og ønsker fra behovene og ønskene hos omsorgsmottakeren. Det er ikke alle som ønsker å bli behandlet som en selv ønsker (Travelbee, 2001).

4.5. Empati

En erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Empati er evnen til å kunne leve seg inn i eller ta del i og forstå hva den andres psykiske tilstand er i øyeblikket. Det er en prosess hvor den enkelte er i stand til å se forbi ytre atferd og klarer å fornemme den andres indre opplevelse på et gitt tidspunkt. De tar del, men samtidig greier å stå utenfor og være en observatør. Sykepleieren skal fungere som en klippe for den som lider og som trenger en som kan forstå, men som ikke overtar sorgen (Travelbee, 2001).

4.6 Benner & Wrubels teori om mestring

Patricia Benner, professor i sykepleie ved The University of California, San Fransisco. Hun er en internasjonalt kjent forsker og foreleser om kompetanse i kliniske ferdigheter, helse, stress og mestring.

Judith Wrubel, assisterende klinisk professor ved samme universitet som Benner. Hun har forsket mye på stress og mestring, sosial kompetanse, klinisk kunnskap og infertilitet (Konsmo, 1995).

Benner og Wrubel har en teori om dette som gjelder mestring, og sier at:

Det folk gjør når det de opplever som meningsfullt blir revet opp og deres vanlige fungering bryter sammen. Fordi målet med mestring er å finne mening igjen, er ikke mestring en rekke strategier som folk kan velge fritt blant uten begrensninger ... (Konsmo, 1995:84).

Pasienter som har nevrologiske sykdommer, rammes av større skade på «selvet» enn personer med andre sykdommer. Pasientene kan få en følelse av å være i en fremmed kropp, årsaker til dette kan komme av blant annet de følelsesmessige symptomene som er nevnt over (Konsmo, 1995).

5.0 Drøfting

5.1 Et hverdagseksempel fra sykehjem

I sykehjem varierer forekomsten av smerte mellom 47-88%, mens hos hjemmeboende varierer den mellom 25-65%. Studier viser ingen signifikant forskjell i smerteforekomst mellom personer med og uten demenssykdom (Larsen & Knudsen, 2013).

Et eksempel fra min sykehjemspraksis hvor jeg møtte Astrid, en 72 år gammel enke med alvorlig demens, som bodde på sykehjem. Hun hadde to barn som av og til var på besøk. Hun hadde svært lite språk, men noen ord som hun kunne uttale, men som ikke kunne settes inn i noen forståelig sammenheng. Hun brukte rullestol, og hadde personheis inne på rommet som ble brukt for å transportere henne mellom stol og seng. Jeg ble kjent med Astrid på hennes eldre leveår og vil beskrive henne som en snill, glad og behagelig person. Første gangen jeg skulle jobbe med henne så gledet jeg meg ettersom hun virket som et veldig godt menneske. Jeg hadde aldri hjulpet henne alene opp av sengen om morgenen eller stelt henne på badet, så jeg visste ikke helt hva jeg gikk til.

Da jeg kom inn på rommet hennes, var hun våken og lå under dyna og så på meg. Da jeg prøvde å ta bort dyna tviholdt hun på den og nektet å slippe den. Da bestemte jeg meg for at jeg skulle la henne ligge litt til. Da jeg kom inn en liten halvtime etterpå var hun litt mer samarbeidsvillig angående dyna. Jeg hentet personheisen for å få henne over i rullestolen, da ble hun sint og prøvde å slå bort både seilet og heisen. Jeg visste ikke riktig hvordan jeg skulle gjøre dette, og undret meg over om dette var normal atferd for Astrid? Dette var ikke slik jeg var vant til å se henne, så jeg måtte hente hjelp fra de faste ansatte. De fortalte at humøret varierte veldig om morgenen. Noen ganger gikk det veldig bra, og noen ganger var alt feil.

Vi fikk henne over på toalettet, men det bedret ikke situasjonen noe betydelig. Hun var fortsatt gretten og lite samarbeidsvillig. Hun spiste lite gjennom hele dagen, og dyttet oss bort fra seg. Dette fortsatte likens dagen etter. Den tredje dagen var det en av de faste sykepleierne som gikk inn til Astrid. Hun kunne fortelle oss at dette var svært ulikt hennes normale oppførsel, og hun mistenkte at noe var galt.

5.2 Smerte, et helhetsbilde

I lyset av Travelbee's teori er smerte og lidelse intense ensomme erfaringer som mennesker opplever. Når mennesker rammes av sterke smerter er det allerede vanskelig for folk å uttrykke seg hvor vondt de har det (Travelbee, 2001). Gjennom studier som er gjort i Norge og internasjonalt viser smertestatistikken blant alle beboerne på sykehjem at det varierer mellom 20 og helt opp til 83% (Larsen & Knudsen, 2013). Det er nesten umulig å uttrykke og videreformidle hvor smertefullt man har det, og da er det vanskelig for andre å vurdere graden eller intensiteten av smerten. Helsepersonell har gjerne en oppfatning av hvor vondt noen mennesker kan ha det, men de kan ikke være helt sikre på om de har en god nok vurdering av den individuelle smerten personen opplever (Travelbee, 2001).

Margo McCaffery (sitert av Nortvedt & Nesse, 1997:18) sier «Smerte er hva pasienten sier det er, og er til stede når han sier det» (1983). Ifølge hennes definisjon er smerte et subjektivt fenomen. Det gir et helhetlig perspektiv, og en sammensatt smertebehandling spesifikt rettet mot den enkelte. Helhetlig smertebehandling gir først mening når vi ser en pasient med smerte som en unik person med sin livshistorie og erfaringer. Når vi snakker om helhetlig smertebehandling tenker vi på de fysiske, psykososiale, kulturelle og åndelige behovene som alle danner et grunnlag for de individuelle synene på smerte. (Nortvedt & Nesse, 1997). Smerte blir sjeldent rapportert av eldre, ofte fordi mange eldre mener at smerte er en del av det å bli gammel, og det er vanskelig å sette ord på det de føler. Personer som ofte opplever smerte har ofte tilleggssymptomer som depresjon, angst, søvnforstyrrelser, nedsatt matlyst og vekttap. Om slike symptomer varer over tid og ikke blir behandlet, vil det føre til nedsatt funksjonsnivå etterhvert (Gran, Grov & Landmark, 2013).

5.3 Møte med den demente i et menneske-til-menneske forhold

Når vi ser på smerte hos eldre som er rammet av demens i lyset av Travelbee's teori er det viktig å ha dannet et menneske-til-menneske-forhold til pasientene. Det er grunnleggende å kjenne pasientene, hvordan deres atferd er, for å kunne se avvik fra det normale. Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013) sier det ligger i den daglige pleien med nærhet og det å skaffe seg kjennskap til pasienten. Påførende er en av de viktigste ressursene man har til pasientene, da de sitter med kunnskapen om hele mennesket. Benner og Wrubel legger vekt på at ved nevrologiske sykdommer så rammes individet selv av større skader, enn ved andre sykdommer. Pasienter som er alvorlig dement kan få en følelse av å være i en fremmed kropp. De kan oppleve fullstendige personlighetsforandringer og virke fremmed for sine påførende. Å være alvorlig dement går ofte utover deres mestringsfølelse, de har ikke kontroll over seg selv eller hva de tenker og gjør (Konsmo, 1995).

5.3.1 Demente og smertekartlegging

Hos demensrammede pasienter kan smerte forekomme hyppig og er ofte veldig sammensatt. Indikasjoner på smerte er oftest avhengig av verbal tilbakemelding, men ettersom demenssykdommer fremtrer kan det bli vanskelig for pasientene å uttrykke sin smerte verbalt (Kaasalainen, 2007). Personer med alvorlig demens er ikke alltid i stand til å gi uttrykk for smerte på grunn av redusert hukommelse, manglende refleksjonsevne og svekket språkbeherskelse (Husebø, 2009). Endret atferd kan komme av enten demenssykdommen eller smerte, og det er svært vanskelig å skille disse (Husebø, 2009). Eksempler kan være forvirring, tilbakeholdelse, aggresjon, eller bare små endringer av væremåte (Kaasalainen, 2007). Typisk smerteatferd og symptomer på demens er svært like. Kartlegging av smerte blir mer avansert dersom man har alvorlig demens, fordi ansiktsmimikken og øyekontakten avtar gradvis (Galek & Gjertsen, 2011). Hver og en av oss har våre unike smerteuttrykk, og det er forskjellig fra alle andre. Personer med demens er mer sårbare i smertesituasjonen, og er avhengige av å ha mennesker rundt seg som kjenner deres normale atferd og som kan reagere på en forandring i atferdsmønsteret (Galek & Gjertsen, 2011). 60 % av pasienter som har en demensdiagnose har også smerteproblematikk (Larsen & Knudsen, 2013). I noen av artiklene som vi har lest, spesielt hos Larsen & Knudsen, poengterer de at det er svært mange som jobber innenfor helsesektoren som har lite utdanning og dårlig opplæring ved arbeidsplassen sin. Sørensen (2012) mener at deler av personalet ved forskjellige institusjoner har manglende utdanning, eller har fått for lite

opplæring eller oppfølging av arbeidsplassen. I enkelte kommuner er det ikke nok personell med nødvendig kompetanse for å kvalitetssikre institusjonene (Larsen & Knudsen, 2013).

Gjennom undersøkelser som har blitt gjort, er det kommet frem at det blir sjeldent videreformidlet tidligere dokumenterte diagnoser som kan være smertefulle. Dette forekommer spesielt hos pasienter som ikke kan formidle dette selv (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013). Vi mener at de pasientene som er svært utsatt for dette er de som lider av en alvorlig demenssykdom. Vi har ofte opplevd at det er blitt gitt en muntlig beskjed på rapporter som absolutt skulle vært dokumentert skriftlig. Tidligere diagnoser har ofte lett for å bli oversett, spesielt om de ikke er videre dokumentert. Kognitivt friske personer greier selv å fortelle mennesker rundt seg om smertefulle diagnoser. En dement person er ofte avhengig av pårørende eller andre omsorgspersoner som kan videreformidle tidligere plager, som kan blusse opp igjen.

Tilbake til eksemplet hvor Astrid har endret atferd, i en periode over tre dager. En av de faste ansatte bekreftet dette som unormal oppførsel. Jeg som helt ny kunne ikke vite at dette var unormalt. Jeg kan selv relatere til den forskningen som er gjort, og kan dra en konklusjon til viktigheten av å kjenne pasienten på forhånd. Sammen med sykepleieren som var fast ansatt ved avdelingen, utelukket vi urinveisinfeksjon ved hjelp av urinstix, og tok generelle kliniske observasjoner av Astrid. Ingen funn ble gjort på dette tidspunkt. Vi satte oss ned og diskuterte oss frem til å gjøre en smertekartlegging av Astrid, ved hjelp av MOBID-2.

Ut fra vårt eksempel ønsker vi å trekke inn Travelbee, og hennes grunnfilosofi, som omhandler et menneske-til-menneske forhold. Gjennom artiklene vi har lest, står det ofte presisert at den som utfører en smertekartlegging bør kjenne til eller ha kunnskap om pasienten. Om det ikke skulle være mulig å gjennomføre, må en bruke pårørende som en ressurs. De innehar mye kunnskap om pasientens levde liv og de ulike behovene. Standardiserte spørreskjema kan brukes med fordel dersom pårørende er tilgjengelige (Engedal, 2006). I sykepleieprosessen er det første og viktigste trinnet observasjon. Gjennom det som blir observert vil sykepleieren danne et grunnlag for de beslutningene som tas (Travelbee, 2001). Vi knytter dette opp mot smertekartleggingsprosessen i eksemplet. Det første som ble observert, var at noe var galt, men uten noen som kunne bekrefte eller avkrefte den teorien ble man bare nødt til å avvente og se om situasjonen bedret seg. Videre i eksemplet kom det kyndigere hjelp til unnsetning, og hun satt på mer kunnskap om pasienten og kunne si at noe var galt. Empati er en prosess som den enkelte opplever ved å se forbi den ytre atferden, og klarer å fornemme nøyaktig hva den andres

indre opplever på et gitt tidspunkt (Travelbee, 2001). Når vi nevner empati, ønsker vi å vise at vi reflekterer over pasientens situasjon. Ikke bare Astrid sin, men alle som lider av alvorlig demens. Som enkeltindivider er det ikke alltid dagsformen er lik, den går både opp og ned.

5.4 Hvorfor bruke verktøy for å kartlegge smerte

Kognitiv svikt gjør at personalet må avdekke smerte ved observasjon, siden personen ikke kan selvrapportere (Larsen & Knudsen, 2013). Ganske ofte er det vanskelig for personalet å kjenne til tegnene på smerte hos den enkelte pasient (Sørensen, 2012). Pasienten kan ha blitt feildiagnostisert eller det kan være manglende eller for dårlig bruk av smertekartleggingsverktøy. Pasienten kan være nødt til å repetere en atferd ofte før personalet reagerer med at noe kan være vondt (Sørensen, 2012). Signalene på smerte kan bli vage og vanskelige å fange opp, dermed blir det problemer for pleierne (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013). Når demente ikke klarer å gi uttrykk for smerte verbalt endrer de ofte atferd. Det er uvant for sykepleierne å tolke endret atferd som et tegn på smerte, de har mer erfaring med å spørre pasienten om det er smerte, eller å lese ansiktsuttrykk (Galek & Gjertsen, 2011). Selv om pasienten endrer atferd og det er en indikasjon på smerte, så forteller den oss svært lite om intensiteten, hvor den er lokalisert og karakteristikk på smerten (Galek & Gjertsen, 2011).

Thuathail og Welford (2011) sier at pleierne ofte oppdager tilstedeværelsen av smerte, men ikke alvorlighetsgraden eller intensiteten. Når man får en god rutine for dokumentering og bruk av smertekartleggingsverktøy, vil det danne et godt grunnlag for bedre medisinerings av pasientene som lider av alvorlig demens. Vi tenker at de fleste sykepleiere bør ha kunnskapene om å kunne tolke smertesignaler, om det er fra barn, voksne eller mennesker med nonverbal kommunikasjon. Som Thuathail og Welford (2011) sier, greier de fleste sykepleierne å merke seg at det kan være smerte, men de kan ikke fortelle hva, hvor og hvordan den oppleves for den individuelle personen. Travelbee (2001) sier at når sykepleieren kjenner den syke som person, vil det være enklere å se de små forandringene, likedan som de store. Dette kan vi sette i sammenheng med demente som endrer atferd, enten det er smerte eller andre grunnleggende behov som må dekkes. En bør ha et standardisert kartleggingsverktøy som retningslinjer for å kunne registrere hvilken atferd som skal og bør observeres med tanke på smerte. For best grunnlag for videre behandling av smerte er det viktig å ha en systematisk og god vurdering av pasientens kropp (Sandvik & Husebø, 2011). Smertekartleggingsverktøyene er med på å forbedre hverdagen til demente pasienter, det gjør pleierne mer bevisste på om pasientene

opplever smerter (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013). Nøyaktig smertevurdering er grunnlaget for en hensiktsmessig og effektiv smertebehandling (Thuathail & Welford, 2011). Travelbee (2001) sier at å hjelpe et menneske som lider av smerte er en veldig kompleks og vanskelig oppgave. Smerteopplevelsen vil nok aldri kunne formidles, slik at andre enn den som gjennomgår smerten vil kunne oppfatte denne fullt ut.

5.4.1 Innhenting av smertedata hos alvorlig demente i sykehjem

I Larsen & Knudsen (2013) sin undersøkelse kommer det frem at en av virksomhetene ikke har noe system for å kartlegge smerte, og de resterende sier at dette inngår i det daglige arbeidet, men er ikke systematisert. Informasjonen blir innhentet gjennom innkomstsamtaler, legevisitt, prosedyrer, medisinslogg eller gjennom rapporter om virkning av medisiner eller om smerter. For god smertelindring av eldre med kognitiv svikt kreves det en systematisk kartlegging hvor en avdekker og kan behandle smerten. Det er viktig at pasienten og pleieren har en god relasjon seg imellom (Larsen & Knudsen, 2013). Analysen på bruken av MOBID-2 ble gjennomført under de forutsetningene at personer som brukte verktøyet hadde kjennskap til pasienten og hadde fått en systematisk gjennomgang av bruken av det. Evaluering og behandling av smerte hos pasienter med kognitiv svikt er helt avhengig av motivert, kvalifisert og stabilt personale som har tverrfaglig bakgrunn. MOBID-2 fremstår som et valid og reliabelt verktøy som er tilpasset hverdagen på norske sykehjem og ellers i eldreomsorgen (Husebø, 2009).

5.4.2 MOBID-2 som et smertekartleggingsverktøy i sykehjem

På bakgrunn av smerteatferd, standardiserte bevegelser og smertetegninger har MOBID-2 vist seg å være tilstrekkelig pålitelig og gyldig. Det er tidsbesparende for sykepleierne å kunne vurdere smerter hos pasienter med alvorlig demens. En systematisk vurdering av smerte er en forutsetning for god behandling. Atferdsobservasjon eller smertekartlegging av pasienter rammet av demens, er svært utfordrende, ettersom det ikke er noen form for abstrakt tenking eller selvrapporteringsevner.

Smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 er todelt og representerer en ny tilnærming, ved å møte svakhetene i eksisterende skalaer. Den opprinnelige MOBID oppfordrer helsepersonellet til å vurdere smerte fra muskler og skjelettsystemet ved å observere smerteatferd. I MOBID-2, del en, ble det avslørt en høyere samlet skår på smerteintensiteten av guidede bevegelser, enn ved vanlige omsorgsaktiviteter og observasjon. Smerte fra indre organer kan representere hyppige plager hos eldre personer, men kan være vanskelig å diagnostisere, fordi det ofte er

utbredt, diffust og dårlig beskrevet. Hodet og huden registreres av helsepersonellet basert på smerteatferd som overvåkes over tid. Pasienter med demens klarer ikke alltid å redegjøre for sin atferd, om det er på grunn av smerte eller for å vise indikatorer på irritabilitet og aggresjon. Før MOBID-2 blir tatt i bruk av sykehjem, er de oppfordret til å gjennomføre et standardisert opplæringsprogram for pleiepersonalet. De har fokus på ulike diagnoser, og de forskjellige stadiene av demens, smerten som er relatert til muskel- og skjelettsystemet, hud, hode og indre organer, smerteatferd og hvordan man bruker smerteintensitetskalaen og smertetegningen (Husebø, 2009).

I MOBID-2 er den primære omsorgspersonen (påførende eller sykepleier) oppfordret til å tolke atferden hos den demensrammede, uavhengig om det kan skyldes smerte eller atferdsforstyrrelser på grunn av demens.

I MOBID-2, del to, får sykepleierne en oppfordring om å observere smerteatferd den gjeldende dagen og en uke fremover i tid, for å se om smerten kan komme fra indre organer, hode eller hud. Pasientene blir definert til smertepåvirket når MOBID-2-elementer eller den generelle smerteintensitet blir skåret lik eller høyere enn 3 på NRS (Husebø, Strand, Moe-Nilssen, Husebø & Ljunggren, 2010). Den personen som har vurdert pasienten gjennom alle punktene bør vurdere pasientens totale smerteskår. Den totale smerteskåren skal gjenspeile smerteintensiteten som pasienten opplever. Om pasienten har et kne som har en smerteskår på 6, og en skulder på 4, så bør den totale smerteskåren bli 6, for det er den høyeste smerten som pasienten opplever. For noen kan det føles trygt å få en felles vurdering av pasientens totale smerteintensitet, men dette er frarådet ettersom det kan gi motsigelser på smerteintensiteten (Husebø, Sandvik, 2011).

For å fange opp smerter fra hode, hud og indre organer, bør observasjon av smerteatferd trolig bli overvåket av omsorgspersoner over tid. Det bør være en forutsetning at den som foretar kartleggingen er kjent med pasientens normale atferd. Alle elementene av MOBID-2 ble ansett som relevant og viktig av personalet som deltok i Husebø et al sin studie i 2010. Design og instruksjonen ble beskrevet som presis og håndterbar, vurderingsverktøyet ble ansett som motiverende og gjennomførbart for de ansatte til å bruke i en klinisk setting. Testgruppen hevdet at instrumentet virket godt egnet til å identifisere utbredelsen av nociceptive og andre typer smerte (Husebø et al, 2010). Om institusjonen allerede har fokus på smerte hos pasientene, er det vist at det er enklere å presentere og starte opp med en systematisk smertekartlegging. Dersom alle ansatte får en grundig opplæring fra start, er det større sjanse for at det vil bli brukt.

Tverrfaglig samarbeid bør iverksettes ved bruken av verktøyet, da vil det bli lettere å bruke eller referere til MOBID-2. Dersom et tverrfaglig samarbeid vellykkes bør det være en egen koordinator for verktøyet på sykehjemmet (Husebø & Sandvik, 2011).

Tilbake til Astrid som fremdeles har vondt. Jeg og den faste sykepleieren bestemte oss for å gjøre en smertekartlegging av Astrid ved hjelp av MOBID-2. Vi fikk henne til å gjøre alle øvelsene og bevegelsene, med hjelp av oss. Det var helt åpenbart at Astrid ga uttrykk for smerte når vi skulle snu henne fra side til side. Hun hev etter pusten, holdt pusten og ynket seg klart og tydelig. Vi snudde henne godt over til siden, og tok bort klær som kunne skjule huden, slik at vi skulle få se ordentlig på overflaten. Vi studerte nøye, og fant et begynnende trykksår på halebeinet. Det var nok veldig smertefullt for Astrid, ettersom hun hadde endret atferd så mye de siste dagene. Det var godt for oss å få svar på hvorfor Astrid fikk en slik alvorlig atferdsendring, og bekreftelse av at vi gjorde rett i å gjøre en MOBID-2 kartlegging.

5.4.3 Hvordan smertekartleggingsverktøyene fungerer i praksis

Kvaliteten av smertekartleggingen og oppfølgingen av den avhenger av personalets kompetanse, og hvordan virksomhetene har valgt prosedyrer og rutiner som legger til rette for avdekking av smerte (Larsen & Knudsen, 2013). For at smertebehandlingen i sykehjem skal kunne bli bedre må en ha standardiserte retningslinjer som er tilpasset den individuelle pasienten og deres forløp over tid (Gran, Grov & Landmark, 2013). Flere sykehjem mangler personell med videreutdanning, og de har ansatte har ulik kompetanse, stillingsstørrelse og opplæring. Derav kan den ønskede oppfølgingen av pasientene svekkes (Larsen & Knudsen, 2013). Vår egen erfaring fra praksis er at det er ofte innleide personer på avdelingene, det er ofte ufaglærte vikarer. Dette fører til dårlig oppfølging av pasientene, og lav kontinuitet på avdelingene. Vi tenker eksempelvis på MOBID-2 del to som aller helst bør observeres en ukes tid, for å få en god smertekartlegging. Kartleggingen bør skje av personen som først startet MOBID-2 kartleggingen, dette for å få den samme smertevurderingen.

Mange virksomheter har i sitt daglige arbeid å gjøre en generell observasjon av pasientene som de omgås med, men de har ingen oversikt av hva denne observasjonen skal eller bør inneholde. For å få et bedre sammenligningsgrunnlag og en bedre oppfølging av pasientene bør alle virksomhetene bruke smertekartleggingsverktøy. Det vil gi en forsikring om at alle har gjort de samme kartleggingene, de vet hvordan man bruker disse og hvordan undersøkelsene skal gjennomføres (Larsen & Knudsen, 2013). I Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013) sin

forskningsartikkel har de intervjuet sykepleiere i forskjellige sykehjem, hvor det kom det frem at ingen av informantene kjente til smertekartleggingsverktøy, men en hadde kjennskap til kartlegging av uro.

Det er nesten blitt en forutsetning at pasientene selv skal rapportere smerte for å få lindring, vi ser at dette ikke er tilfelle på alle sykehjem. Smertekartlegging bør være basert på observasjoner av typisk smerteatferd under systematiske bevegelser av kroppen. Dersom man har vondt, prøver man helst å ikke bruke denne kroppsdelen (Husebø & Sandvik, 2011).

Pasienter som er rammet av alvorlig demens er avhengige av personalet ved sykehjemmene og andre omsorgspersoner som kan tolke deres smerteuttrykk, uansett om det er verbale eller non-verbale tegn (Sandvik & Husebø, 2011). Når en kartlegger smerte bør en se på intensiteten, karakter, lokalisasjon, virkningen på den fysiske funksjonen og påvirkningen av atferd. Det er vist at pasientene rapporterer mer smerte enn det sykepleierne har vurdert at de har. Det er størst misforhold hos pasienter som lider av kognitiv svikt (Larsen & Knudsen, 2013). Larsen & Knudsen (2010) sier at de fleste av helsepersonellet kunne se at det var smerteatferd, hos demente pasienter med nonverbal kommunikasjon. Helsepersonellet hadde problemer med å gjenkjenne hva smerteuttrykket inneholdt og viste usikkerhet rundt smertevurdering, diagnose og behandling. Smerteintensiteten var det aller vanskeligste å sette en vurdering på.

5.5 Resultater etter bruk av MOBID-2 verktøy i sykehjem

Ansiktsuttrykk var den hyppigste observerte smerteatferd, etterfulgt av smertelyder og forsvar ved bruk av MOBID-2. Husebø et al (2010) sier at sykepleierne observerte mindre smerteatferd, men at inter-rater og test-retest reliabilitet var forbedret fra det første studiet. Den totale smerteerfaringen som den demensrammede opplever vil alltid være en utfordring for personalet, men det krever at personalet kjenner pasienten fra før og vet hva normal oppførsel er (Husebø et al, 2010). Slik vi tolker det Husebø et al presenterer så kan ikke hvem som helst gjøre en MOBID-2 kartlegging av en dement person. Det bør være en omsorgsperson som har kunnskaper om den aktuelle personen fra tidligere. Noen som kjenner til de små hverdagslige tingene som den demente kanskje pleier å gjøre, da er det lettere å se avvik fra det normale. Det argumenteres for at flere atferdsindikatorer som endringer i sosialisering, mental status og aktivitetsmønster eller rutiner bør inkluderes i MOBID-2 verktøyet. Funksjonelle elementer som søvn, appetitt og sosial kontakt har en tendens til å bli påvirket av smerte, men kan også være avhengig av flere andre faktorer. En annen begrensning av verktøyet er relatert til begrepet smertevurdering, som er hovedsakelig basert på lokalisering, intensitet og varighet. Differensieringen mellom akutt og kronisk smerte er ikke oppnådd i MOBID-2 smertekartleggingsverktøyet (Husebø et al, 2010).

En studie av Thuathail & Welford (2011) konkluderte med at MOBID-2 er effektiv for vurdering av muskel- og skjelettsmerter. Samtidig er dens nøyaktighet i vurderingen av nervesmerter tvilsom. Det finnes ingen gullstandard for vurdering av smerte hos eldre mennesker med kognitiv svikt, derfor er det vanskelig å ha en målestokk for å kunne validere verktøyene. Personer som fortsatt kan selvrapportere smerte er det aller beste verktøyet for smertekartlegging som vi har (Thuathail & Welford, 2011).

6.0 Avslutning

Når vi ser på forskningen som eksisterer om smerte på sykehjem, viser den store variasjoner. Mellom 47-88% av pasientene opplever smerter. Sykepleierne som jobber innenfor sykehjem bør være opplyste om at det finnes mye smerte blant de eldre som er rammet av demens. De bør være oppmerksomme på at de som er rammet av kognitiv svikt ofte kan ha problemer med å gi uttrykk for smerte. Slik vi ser det så er smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 et verktøy som fungerer. Verktøyet bevisstgjør sykepleieren på at pasienten kan oppleve smerte. For å oppnå en optimal bruk av verktøyet, bør sykepleieren kjenne pasienten for å kunne skille mellom smerterelatert og demensrelatert atferd. Sykepleieren og pasienten bør ha utviklet et menneske-til-menneske-forhold. Dersom pårørende er involvert i pasientens tilværelse er det viktig å bruke dem som ressurser for å optimalisere kartleggingen. Det er viktig at ledelsen ved de forskjellige institusjonene fremmer bruken av MOBID-2, og sørger for god opplæring, tverrfaglig samarbeid og motivasjon.

Litteraturliste

* = selvvalgt litteratur: 630 sider

- = Pensum

- Bjørk, I.T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. 1. Utgave. Oslo: Akribe AS.

- Blix, E.S., & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

* Braut, G. S. (2009). Sykehjem. I Store medisinske leksikon. Hentet 10. mars 2014 fra <http://sml.snl.no/sykehjem>. (1side)

* Braut, G.S & Stoltenberg, C. (2009). Reliabilitet. I Store medisinske leksikon. Hentet 9.aprik 2014 fra: <http://sml.snl.no/reliabilitet>

* Braut, G.S. (2009). Validitet. I Store medisinske leksikon. Hentet 9. april 2014 fra <http://sml.snl.no/validitet>.

* Börjesson, M., Mannerkorpi, K., Knardahl, S., Karlsson, J & Mannheimer, C. (2008). «Smerter». I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken -fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (kap. 45., s. 582 - 601). Oslo, hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/Publikasjoner/aktivitetshaandboka.pdf> (hentet: 05.03.2014) (19 sider)

- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal

* Engedal, K. (2006) Urunde hjul, *Alderspsykiatri i praksis*, 1.utgave, 2.opplag 2006, Forlaget Aldring og helse (kap 13, 24 sider)

* Engedal, K., Haugen, P.K. 2006. *Lærebok demens – fakta og utfordringer*. 4. utgave, 2. opplag. Forlaget Aldring og helse (kap 1, 11 sider)

- * Fors, E.A. (2012). *Hva er smerte*. Oslo: Universitetsforlaget (kap 3, 4, 5: 77 sider)
- * Galek, J. & Gjertsen, M. (2011). Får bedre smertebehandling. *Tidsskriftet Sykepleien* (13), s. 62-64. DOI: 10.4220/sykepleiens.2011.0194 (3 sider)
- * Gran, S.V., Grov, E.K & Landmark, B.T.H. (2013). Smertekartlegging og medikamentell smertebehandling av eldre pasienter i sykehjem. *Sykepleien Forskning* 8(3):220-230. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2013.0090 (10 sider)
- * Helsedirektoratet. (2011). Demens. <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx> (Hentet: 13.02.2014)
- * Husebø, B.S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 129:1996-1998. DOI: 10.4045/tidsskr.08.0660 (3 sider)
- * Husebø, B.S. & Sandvik, R.K. (2011). Måler smerte hos personer med demens. *Sykepleien* 2011 99(11):62-64 DOI: 10.4220/sykepleiens.2011.0162 (3 sider)
- * Husebo, B.S., Strand, L.I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S.B. & Ljunggren, A.E. (2010). Pain in persons with severe dementia. Psychometric properties of Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain scale in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (24) s. 380-391. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x (11 sider)
- * Husebø, S. (1990). *Smerteboken - Boken om smerte og hvordan smerte kan lindres*. Oslo: Eide Forlag (13 sider)
- Jacobsen, D m.fl. (2010). *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2. utgave, 2. opplag 2010, Gyldendal Norsk Forlag.
- * Jenssen, G., Tingvoll, W., & Lorem, G. (2013). *Smertebehandling til personer med langkommen demens. Geriatrisk sykepleie. Vol. 3 No. 5, 26-34 (9 sider)*

- * Kaasalainen, S. (2007). Pain assessment in older adults with dementia – using behavioral observation methods in clinical practice – careful use can guide decision making and improve care. *Journal of Gerontological Nursing*. (5 sider)

- * Kongsmo, T. 1995. *En hatt med slør ... Om omsorgens betydning for sykepleie*. Engers Boktrykkeri A/S, Otta 1995. (2 sider)

- * Kunnskapssenteret. (08.10.2012). Test-retest reliabilitet. PsykTest. Hentet (09.04.2014)
URL: <http://www.psyktest.no/om-m%C3%A5leegenskaper>

- * Kunnskapssenteret. (08.10.2012). Interrater Reliabilitet. PsykTest. Hentet (09.04.2014)
URL: <http://www.psyktest.no/om-m%C3%A5leegenskaper>

- * Larsen, T.A., & Knudsen, L. (2013). Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. *Nordisk sygeplejeforskning*, vol. 3, No. 4, 287-299 (13 sider)

- * Larsen, T.A & Knudsen, L.B. (2010). Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter - en litteraturgjennomgang. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, nr. 2 – 2010, 6årgang. (19 sider)

- * Nortvedt, F., & Nesse, J.O. (1997). *Smertelindring: Utfordringer og muligheter*, (2.utgave). Oslo: Universitetsforlaget AS (kap 1 og 2: 56 sider)

- * Nortvedt, F., & Nortvedt, P. (2001). *Smerte - fenomen og forståelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag (kap. 1 og 2: 61 sider)

- * Sørensen, M. (2012). *Smertes hos pasienter med demens*. Tromsø: Insitutt for helse-og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø (61 sider)

- * Torvik, K. (2012). Smertekartlegging hos personer med nedsatt kognitiv funksjon. *Bestpractice*. (nr.10, 3.årgang) Hentet (11.03.14) fra:
<http://www.lundbeck.com/upload/no/files/pdf/temahefter/smertekartlegging.pdf>

(3 sider)

* Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
(kap: 1,2,3,4,5,6,7,8,9, 10, totalt 217 sider)

* Thuathail, A.N., & Welford, C. (2011). Pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Nursing standard*.vol.26.No.6, 39-46 (8 sider)

VEDLEGG

Vedlegg 1

Litteratursøk

Database	Søkeord	Treff	Antall leste	Antall brukt
SveMed+ Hentet: 04/03-14	Demens AND smerte	28	8	7
PubMed Hentet: 04/03-14	dementia AND pain assessment tools AND older people	21	4	1
ProQuest Hentet: 11/03-14	Thuathail AND pain	2	1	1
BIBSYS Hentet: 04/03-14	Dementia AND pain	5	1	1
BIBSYS Hentet 13/02-14	Smerte AND demens	17	1	1
BIBSYS Hentet:11/03-14	Joyce Travelbee	13	1	1
Idunn.no Hentet: 11/03-14	demens AND smerte	11	1	1
SveMed+ Hentet: 13/02-14	Husebø AND dementia AND pain	5	3	3
SveMed+ Hentet: 05/03-14	Smertebehandling AND demens	7	4	2
SveMed+ Hentet: 05/03-14	Smertekartlegging AND smertebehandling	2	2	1
PubMed Hentet: 24/03-14	Husebø AND dementia AND pain	16	3	1

Vedlegg 2

Resultat av litteratursøk

Tittel, forfatter og år, database og tidsskrift	Hensikt og metode	Konklusjon	Styrker og svakheter
<p>Smertekartlegging og medikamentell smertebehandling av eldre pasienter i sykehjem</p> <p>Gran, S.V., Grov, E.K & Landmark, B.TH. (2013).</p> <p>SveMed+</p> <p>Sykepleien.no/forskning</p>	<p>Beskrive smerteintensitet, lokalisasjon og behandling over tid ut fra et pasientperspektiv hos eldre, samtykkekompetente pasienter innlagt på sykehjem.</p> <p>En kvantativ studie hvor spørreskjema ble anvendt til datainnsamling</p>	<p>Studien avdekker at smerte er et undervurdert problem hos eldre pasienter på sykehjem.</p>	<p>Svakheter: majoriteten av respondentene kom fra korttidsavdelingene. De fem kartleggingene av smerter ikke ble utført på samme tidspunkt på dagen. En styrke er at utvalget er trukket fortløpende fra pasienter som har samtykkekompetanse, og at gjennomføringen ble gjentatt flere ganger og det er brukt et validert, anerkjent og reliabelt kartleggingsinstrument.</p>
<p>Får bedre smertebehandling</p> <p>Galek, J. & Gjertsen, M. (2011).</p> <p>SveMed+</p> <p>Tidsskriftet Sykepleien (13) DOI: 10.4220/sykepleiens.2011.0194</p>	<p>Belyse hvorfor systematisk kartlegging av smerter hos demente kan være nyttig, og beskrive kartleggingsverktøyene som er tilgjengelige i norske sykehjem.</p> <p>Litteratursøk</p>	<p>Kartlegging og lindring er vanskelig når pasient er dement. Dette er et viktig satsningsområde i norske sykehjem. Gir økt kompetanse av personalet.</p>	<p>Forskningen sier kartleggingsverktøyene er anvendbare, men trenger fortsatt utprøvinger.</p> <p>Kartleggingen av smerten er ingen enkel løsning. De må og sørge for at smerten utredes videre.</p>
<p>Smerteevaluering ved demens</p> <p>Husebø, B.S. (2009)</p>	<p>Sammendrag av en avhandling som beskriver utvikling og testing av MOBID-2</p>	<p>Når det kommer til smerte hos noen med kognitiv svikt så er det avhengig av stabilitet,</p>	<p>Det er basert på hennes egen doktorgradavhandling, og trekker derfor bare</p>

<p>Svemed+</p> <p><i>Tidsskrift for Den norske legeforening.</i> 129:1996-8. DOI: 10.4045/tidsskr.08.066 0</p>	<p>smertekartleggingsverktøy.</p> <p>En kvantitativ metode hvor totalt 284 sykehjemspasienter med demens av ulik grad og forskjellige typer, med eller uten smerte var inkludert for å registrere smerteatferd og tolke smerteintensitet ved gjentatte videoopptak under morgenstell og klinisk undersøkelse.</p>	<p>kompetent og motivert personale med tverrfaglig bakgrunn for at det skal oppdages. MOBID-2 skalaen fremstår som valid og reliabelt som evalueringsinstrument og tilpasset hverdagen innenfor norsk eldreomsorg</p>	<p>ut det viktigste av oppgaven, og belyser hvorfor MOBID-2 kan brukes i norske sykehjem, dette mener jeg styrker oppgaven.</p>
<p>Måler smerte hos personer med demens</p> <p>Husebø, B.S. & Sandvik, R.K (2011)</p> <p>SveMed+</p>	<p>Skal lette implementeringen av MOBID-2 smerteskalaen i sykehjem og andre institusjoner eller enheter som trenger den.</p> <p>Artikkelen er laget med en systematisk litteratursøking, og er ment som informasjonkilde om MOBID-2 verktøyet, og hvordan den brukes.</p>	<p>De åpner opp for at det skal bli lettere å tilegne seg informasjon om MOBID-2, og vil forklare hvordan og hvorfor du skal bruke dette verktøyet.</p> <p>De presenterer også ønsker for videre forskning for å forbedre denne skalaen.</p>	<p>De ser kun på MOBID-2 verktøyet, og utdyper også de faglige utfordringene som pleiere opplever med å bruke skalaen og hvor missvisende den kan være, om personalet ikke har nok kunnskap om hvordan scoringen fungerer.</p>
<p>Sykepleien.no</p> <p>Smertebehandling til personer med langtkommen demens.</p>	<p>Fokuserer på sykepleiernes egne erfaringer med å vurdere smerte hos</p>	<p>Samarbeid mellom de som jobber på avdelingene, legen og pårørende er sentralt for å kunne oppdage</p>	<p>En styrke i studien er at de har bruk 5 sykepleiere fra forskjellige kommuner, og</p>

<p>Jenssen, G., Tingvoll, W & Lorem, G. (2013)</p> <p><i>Smertebehandling til personer med langtkommen demens. Geriatriisk sykepleie. Vol. 3 No. 5, 26-34</i></p>	<p>personer med langtkommen demens.</p> <p>En kvalitativ tilnærming med et fenomenologisk hermenautisk utgangspunkt hvor de intervjuet fem sykepleiere som jobbet på sykehjemsavdelinger tilrettelagt for demente.</p>	<p>og ivareta pasientenes behov for smertelindring. Lederne må sørge for kompetanse oppbygning og øke fokus på smertebehandling.</p>	<p>sykehjem. De har derfor ulike miljøer, strukturer og kompetanse. Funnene kan ikke generaliseres, men er en indikasjon på felles problemer.</p>
<p>Pain assessment in older adults with dementia - using behavioral observation methods in clinical practice - careful use van guide decision making and improve care</p> <p>Kaasalainen, S (2007).</p> <p>Pubmed - Journal of Gerontological Nursing</p>	<p>Gi en oversikt av kunnskapen som finnes på feltet om forskjellige metoder som brukes for å kartlegge smerteadferd hos eldre, og diskutere bruken av disse metodene for å kunne veilede beslutningstaking i kliniske settinger.</p> <p>Systematisk litteratursøk.</p>	<p>Det finnes praktiske bekymringer med tanke på tolkninger av de forskjellige scoringene og den kliniske nytten av disse metodene. De bør brukes som en tilleggs måte for helsearbeiderne å tilegne seg informasjon om eldre med demens som kan ha smerte. Det er ingen måte som er perfekt</p>	<p>Hun har brukt mye forskning til å kunne støtte seg opp mot, dette styrker. Hun bruker seg selv mye som kilde, kan være en svakhet, samtidig som det kan bety at hun har masse erfaring på området og vet hva hun snakker om.</p>
<p>Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain scale in a clinical setting</p> <p>Husebo, B.S., Strand, L.I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S.B & Ljunggren, A.E (2010).</p>	<p>Finne en sammenheng mellom demente pasienters atferd og smerter. De bruker MOBID-2 for å evaluere demente pasientene for å finne ut om årsaken til deres atferd kan skyldes smerte.</p> <p>En tverrsnittstudie hvor pasientenes atferd ble observert gjennom kartleggingsverktøy.</p>	<p>MOBID-2 er en effektiv måte å kartlegge smerte på, basert på observasjon.</p>	<p>I undersøkelsen så brukte de bare ett sykehjem til å basere sine undersøkelser på. Det sykehjemmet hadde sin egen palliative enhet som også er svært erfarne innenfor smerteobservasjoner, de kan derav ha påvirket studien,</p>

<p>PubMed - Scandinavian Journal of Caring Sciences.</p> <p>DOI: 10.1111/j.1471- 6712.2009.00710.x</p>			
<p>Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester.</p> <p>Larsen, T.A & Knudsen, L. (2013)</p> <p><i>Nordisk sygeplejeforskning,</i> vol. 3, No. 4, 287-299</p>	<p>Beskrive system for prosedyrer og rutiner for å avdekke smerte i virksomheter som har utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste.</p> <p>Det er en deskriptiv tverrsnittstudie hvor kartlegging skjer ved hjelp av spørreskjema med preformulerte og åpne spørsmål.</p>	<p>Smerte blir avdekket selv med mangelfulle systemer. Men det blir ikke jobbet systematisk for å gjøre smertelindringen bedre.</p>	<p>Det er en svakhet at de ikke ble stilt noe spesielle krav til de som skulle fylle ut skjemaene, det kan derfor ha vært ulike personer med forskjellig kompetanse.</p>
<p>Pain assessment tools for older people with cognitive impairment</p> <p>Thuathail, A.N & Welford, C (2011).</p> <p>ProQuest</p> <p>Nursing standard. Vol.26.No.6, 39-46</p> <p>Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter - en</p>	<p>Kunne avgjøre hvilke av de tilgjengelige smertekartleggingsver ktøyene som er mest hensiktsmessige å bruke på eldre mennesker med kognitiv svikt.</p> <p>Systematisk litteratursøk</p> <p>Hensikten er å gi en oversikt over hvilken forskningsbasert kunnskap som er</p>	<p>Smertevurdering av eldre mennesker med en form for kognitivsvikt er komplisert og det finnes ingen gylden standard</p> <p>Artikkelen fremhever utviklingen av flere smertekartleggingsver ktøy, hvor de fleste er fortsatt i de tidlige stadiene av utvikling og hvor gyldigheten og klinisk nytteverdi ikke ennå er fastslått.</p> <p>Prevalens av smerte varierte fra 47-88%. Sammenheng mellom smerte og diagnoser,</p>	<p>Denne studien ser på alle verktøy, selv om de ikke er helt ferdig utarbeidet enda. De kommer ikke med en mer utdypende konklusjon enn at det trengs mer forskning på området.</p> <p>Styrker: Selvrapportering av smerte er å foretrekke, dersom det lar seg</p>

<p>litteraturgjennomgang</p> <p>Knudsen, L.B & Larsen, T.A (2010)</p> <p>Nordisk tidsskrift for helseforskning, nr 2 - 2010, 6 årgang.</p>	<p>utviklet om smerte- og smertevurdering hos pasienter i sykehjem generelt, og med spesiell vekt på personer med demenssykdom.</p> <p>Det er gjennomført systematisk review, en litteraturgjennomgang. Intervju, observasjon, utprøving og vurdering av skjema og bruk av ekspertgruppe.</p>	<p>og smerte og atferdsuttrykk er påvist.</p> <p>Sykehjemsbeboere har samme smerteintensitet. De med demenssykdom får foreskrevet mindre smertestillende medikamenter.</p> <p>Kjennskap og relasjon til beboer har betydning.</p>	<p>gjøre. Det er kommet frem til nye forskningsspørsmål som kan være interessante å arbeide videre med, spesielt kvalitativt forskningsdesign.</p> <p>Svakheter: Språklige forutsetninger gjør at viktige artikler kan være utelatt. I halvparten av studiene var ikke yrkesbakgrunnen til forskerne oppgitt.</p>
---	---	---	---

Vedlegg 3

MOBID-2 Kartleggings skjema. Hentet (07.04.14) fra: <http://tidsskriftet.no/article/1899525>

APPENDIX

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Dato: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1-5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd

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



Smertelyd
A/uh
Sjener
Inkr seg
Giper
Skriker



Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Ryker gjennom
Strammer munnen
Lukker øynene



Avvergeresaksjon
Stiver
Beskytter seg
Skyer fra seg
Endringer i pust
Krymper seg

Smerteintensitet

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

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTENE FOR DINE OBSERVASJONER

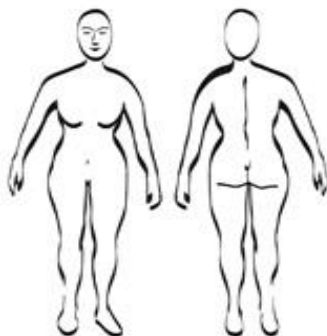
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergeresaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input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

APPENDIX

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

Smerteatferd

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



Observasjon	Smerteintensitet (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 Hovind Øst, et al., Institut for sykefunksjonell terapi, Universitet i Bergen

Vedlegg 4

Ordforklaringer

Reliabilitet

«Reliabilitet, pålitelighet, i hvilken grad man får samme resultater når en måling eller undersøkele gjentas under identiske forhold. Manglende reliabilitet kan oppstå som følge av ulikheter mellom observatører, dvs. de personene som utfører en undersøkelse, eller manglende stabilitet i måleinstrumentet, eller variasjon i det som blir målt» (Braut & Stoltenberg, 2009).

Validitet

«Gyldighet, i hvilken grad man ut fra resultatene av et forsøk eller en studie kan trekke gyldige slutninger om det man har satt seg som formål å undersøke» (Braut, 2009).

Test-retest reliabilitet

«Angir samsvar mellom resultater av en og samme test på to forskjellige tidspunkt» (Kunnskapssenteret, 2012).

Interrater reliabilitet

«Hvis to forskjellige fagfolk konkluderer likt om en persons diagnoser, kan diagnosene sies å ha høy interrater reliabilitet» (Kunnskapssenteret, 2012).

Innlevering av oppgave ved Universitetet i Nordland

Kurskode: SYK 180H **Delkode:** _____

Kursnavn: Bachelor i sykepleie

Semester: 6

Tittel: Smertekartlegging og demens - Hvordan kan sykepleiere kartlegge smerte hos pasienter som er rammet av alvorlig demens i sykehjem?

Forfatter(e):

Studentnr.:	Navn:
281577	Anne Marte Norbergsen
996816	Monica Helen Johansen

Skal oppgaven unntas offentlighet? (JA/NEI): Nei Hvis JA, hvor lenge: _____ Dette innebærer at oppgaven ikke vil bli gjort tilgjengelig fra biblioteket før ev. sperrefrist er utløpt.

Ønsker du at oppgaven skal bli tilgjengelig i fulltekst i Universitetets elektroniske publiseringsarkiv (Blix)? (JA/NEI): ___Ja_

Hvis JA, les vilkårene på baksiden og signér avtalen.



Avtale om tilgjengeliggjøring av materiale i Universitetet i Nordlands elektroniske publiseringsarkiv

Mellom Universitetet i Nordland v/Biblioteket (nedenfor kalt UIN) og opphavspersonen er det inngått avtale om å tilgjengeliggjøre opphavspersonens verk på de vilkår som er angitt nedenfor.

Verk: Smertekartlegging og demens - Hvordan kan sykepleiere kartlegge smerte hos alvorlig demente i sykehjem?

Opphavsperson: Monica H.Johansen & Anne Marte Norbergesen

Sted, dato: ..04/04-2014

Monica H.Johansen & Anne Marte Norbergesen

Underskrift opphavsperson

Underskrift UIN

1 Tillatelse til å tilgjengeliggjøre elektronisk materiale

Opphavspersonen gir med dette UIN en vederlagsfri, ikke-eksklusiv rett til å gjøre ovenfor nevnte verk tilgjengelig i UINs elektroniske publiseringsarkiv. Opphavspersonen gir publiseringsarkivets brukere adgang til fritt å kopiere og videreformidle materialet på ikke-kommersielle vilkår. All kommersiell bruk av materialet må avtales særskilt med opphavspersonen eller noen som opptrer på dennes vegne.

2 UINs plikter/ansvar

UIN skal tilgjengeliggjøre materialet slik det ble levert til UIN, med tekst, tabeller, grafikk, bilder med mer, men med de tekniske tilpasninger som anses nødvendig for tilgjengeliggjøring på internett. UIN skal søke å beskytte materialet mot å bli endret av uvedkommende/tredjepart, så langt dette er mulig i forhold til de tekniske løsninger vi benytter.

UIN får ikke rådighet over materialet utover det som er uttrykkelig fastsatt i denne avtalen.

UIN er ikke på noe vis ansvarlig for innholdet i materialet eller for opphavspersonens opptreden/handlinger for øvrig. UIN har ikke noe ansvar for eventuelle skader oppstått i sammenheng med denne avtalen, med mindre skaden(e) skyldes forsett eller grov uaktsomhet fra UIN eller fra noen UIN svarer for. Ansvarret omfatter ikke i noe tilfelle indirekte skader.

3 Opphavspersonens plikter/ansvar

Opphavspersonen skal følge UINs retningslinjer for tilgjengeliggjøring i publiseringsarkivet.

Opphavspersonen må selv klargjøre de konsekvenser en tilgjengeliggjøring av et materiale i publiseringsarkivet har i forhold til eventuelle forlag, tidsskrift eller andre rettighetshavere. Opphavspersonen innestår for at han/hun er opphavsperson til innlevert materiale og har fullstendig råderett over dette i dets helhet. Om materialet har flere opphavspersoner (f.eks. flere forfattere) innestår opphavspersonen som har innlevert materialet for at han/hun har innhentet de nødvendige tillatelser fra de andre opphavspersonene. Om materialet eller deler av materialet tidligere er publisert eller planlegges publisert i et tidsskrift eller ved et forlag, innestår opphavspersonen for at han/hun har innhentet de nødvendige tillatelser fra tidsskriftet/forlaget.

Opphavspersonen innestår for at materialet ikke har innhold som kan anses å stride mot gjeldende norsk rett eller inneholder lenker eller koblinger til slikt materiale.

Dersom UIN skulle bli gjort erstatningsansvarlig overfor tredjepart på grunn av at opphavspersonen ikke oppfyller sine plikter etter denne avtalen, skal opphavspersonen holde UIN skadesløs.

4 Overføring og opphør av avtalen

UIN kan bare overføre sine rettigheter og/eller plikter i henhold til denne avtale til tredjepart såfremt opphavspersonen gir sitt samtykke til dette.

UIN har en ubegrenset rett til å avbryte tilgjengeliggjøringen av materialet.

Opphavspersonen kan skriftlig si opp avtalen. Følgen av dette er at dokumentet tas bort fra publiseringsarkivet.