



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

4DBACH

Wenche Buchholdt Holen og Tone Laila Hjemly

Veileder: Anna-Lena Westbye Pedersen

«Den tause smerte»

«The silent pain»

Antall ord: 13 596

Bachelor i sykepleie deltid

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

**Den dypeste smerten
i dine smerter
er at den ikke
engang fattes
av de som står deg nær**

-Poul Bundgaard-

Sammendrag

Norsk tittel: «Den tause smerte»

Engelsk tittel: «The silent pain»

Hensikt: Å få økt kunnskap i hvordan vi som sykepleiere på best mulig måte skal kunne vurdere smerter hos personer med alvorlig demens, slik at de kan beholde sin integritet og oppleve økt livskvalitet.

Problemstilling: «Hvordan kan vi som sykepleiere lettere vurdere smerte hos personer med alvorlig demens?»

Metode: Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie som inkluderer pensum- og selvvalgt litteratur, samt 3 nasjonale og 2 internasjonale forskningsartikler.

Teori: Vi har valgt teori som vi mener er relevant i forhold til å svare på vår problemstilling: Sykepleieutøvelsen, sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, demens, smerter, smertevurdering, smertekartlegging og kommunikasjon. Etikk, lover og retningslinjer.

Resultater: Vurdering av smerter hos personer med demens er utfordrende. Det viser seg at det ikke er nok fokus på smertevurdering og kartlegging av smerte hos personer med alvorlig demens. Kartlegging av smerte blir tilfeldig og kartleggingsskjemaer blir lite brukt fordi vi ikke har nok kjennskap til disse. I tillegg er det for dårlige prosedyrer og rutiner rundt smertekartlegging, og dokumentasjonen er mangelfull.

Konklusjon: God kunnskap og erfaring, samt kjennskap til pasienten er viktig for å vurdere smerte hos personer med alvorlig demens. Sammen med kvalitetssikring, godt tverrfaglig samarbeid, opplæring og dokumentasjon mener vi denne jobben blir lettere for både sykepleieren og legen i denne vurderingen. Vi ser også at ved å benytte oss av smertekartleggingsskjema, vil det bli ytterligere lettere å vurdere den tause smerte hos disse pasientene.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag	3
1. Innledning.....	6
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	6
1.2 Formål og problemstilling.....	7
1.3 Begrepsavklaringer.....	7
1.4 Avgrensning og disposisjon av oppgaven.....	8
2. Metode.....	10
2.1 Litteratursøk.....	10
2.2 Presentasjon av forskningsartikler	11
2.3 Kildekritikk.....	13
2.4 Etisk vurdering.....	13
3. Teori.....	14
3.1 Sykepleieutøvelsen.....	14
3.2 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee.....	15
3.3 Demens.....	18
3.4 Smerter.....	20
3.4.1 Smertevurdering.....	23
3.4.2 Smertekartleggingsverktøy	24
3.5 Kommunikasjon.....	25
3.6 Etikk, lover og retningslinjer.....	26
3.6.1 Pasientrettighetsloven	26
3.6.2 Helsepersonelloven	26
3.6.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	26
4. Den tause smerte	27
4.1 Sykepleierens rolle og ansvar	27
4.2 Menneske-til-menneske forholdet.....	28
4.3 Formidlende ferdigheter	29
4.3.1 Samhandling og tverrfaglig samarbeid.....	31
4.4 Lidelse.....	32
4.4.1 Smerte en ensom erfaring.....	33
4.4.2 Vurdering og karlegging av smerte	34
4.4.3 Verktøy til bruk i kartlegging av smerte	36

4.4.4	Dokumentasjon	40
4.5	Håp, sykdom og lidelse som menneskelige erfaringer	41
5.	Konklusjon	43
	Bibliografi	45

Vedlegg 1 – Søkehistorikk

Vedlegg 2 – Mobid-2, smertekartleggingsskjema

Vedlegg 3 – Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI), smertekartleggingsskjema

Vedlegg 4 – Doloplus-2, smertekartleggingsskjema

1. Innledning

Vi ønsker gjennom denne oppgaven og å sette søkelyset på hvordan vi som sykepleiere skal kunne oppfatte og tolke smerter hos personer med alvorlig demens, som har vanskelig for både å gjenkjenne sin egen smerte og å formidle denne utad. Vi har valgt å kalle oppgaven for « Den tause smerte» fordi vi mener at denne gruppen av mennesker har store problemer med å få uttrykt sin smerte, samtidig som de også i mindre grad blir sett og hørt. Vi mener at mennesker med demens lider under dette.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Smerter er den vanligste årsaken til at mennesker kontakter helsevesenet. Nesten 50 % av de som tar kontakt med lege har smerter. Smerter er et betydelig problem som blir større jo eldre man blir (Berntzen, Danielsen & Almås, 2013). Smerter opptrer hyppig hos eldre mennesker. Risikoen for å utvikle smertefulle kroniske sykdommer i tillegg til skader ved fall, øker med alderen. Eldre får også utført kirurgiske inngrep og foretar andre undersøkelser oftere enn yngre. Den vanligste årsaken til smerter av lengre varighet hos eldre er slitasjegikt i muskel og skjelettsystemet (Bjørø & Torvik, 2010).

Alderssammensetningen i Norges befolkning endrer seg på grunn av økt levealder og vi vil trolig få en befolkning hvor forskjellige demenslidelser fordobler seg over en 35 års periode (Helse og omsorgsdepartementet, 2015). 50 % av de med demens bor i eget hjem og 80 % av de som bor på sykehjem har en demenssykdom (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013). Ut fra dette kan man se at flestparten av pasientene på sykehjem har diagnostisert en demenslidelse. I en studie av Nygaard og Jarland (2005) står det beskrevet at 45-85 % av alle pasienter som bor på sykehjem har smertelplager, og at disse får mindre smertelindring enn kognitivt friske mennesker. Thuathail og Welford (2011) kan fortelle at tidligere studier har vist at det hos eldre mennesker er en høy forekomst av smerter som ikke er rapportert. Dette kommer av at store deler av denne aldersgruppen har redusert kognitiv funksjon. Det har vist seg at personer med moderat til langtkommen demens får mindre smertelindring enn kognitivt friske personer, dette underbygges av både utenlandske og norske studier (Thuathail & Welford, 2011). Svekket kognitiv funksjon fører til i mer eller mindre grad svekket oppmerksomhet, forståelse, kort- og langtidshukommelse og svekkelse av evnen til verbal og non-verbal kommunikasjon (Eide & Eide, 2013).

De erfaringene vi gjorde oss ute i praksis, var at det var generelt liten fokus på smerter hos eldre med alvorlig demens. Utagerende og vanskelig atferd ble som regel sett på som en del av sykdommen, og det ble sjelden diskutert om atferden kunne relateres til smerter. Vi ble veldig grepet av disse menneskene som ikke selv klarte å formidle hvordan de hadde det. Som framtidige sykepleiere ønsker vi derfor å lære mer om dette temaet og forhåpentligvis kunne bidra til at personer med alvorlig demens blir bedre ivaretatt på dette området, og dermed eventuelt få den smertelindringen de trenger. Det er en stor utfordring å observere og kartlegge smerter hos disse pasientene, og det er dette vi ønsker å se nærmere på. Vi ønsker å finne en lettere måte og å kartlegge smerter hos disse menneskene på.

1.2 Formål og problemstilling

Folkehelseinstituttet (2015) viser til en forventet fordobling av demens i årene 2006 til 2050. Samtidig viser Berntsen, Danielsen & Almås (2013) til en under- og feildiagnostikk av mange alvorlige smertetilstander. Vi ønsker med vår oppgave å få bedre kunnskap på området for så å kunne bidra til at personer med alvorlig demens kan få en adekvat smertelindring på linje med andre. På bakgrunn av dette har vi valgt følgende problemstilling:

«Hvordan kan vi som sykepleiere lettere vurdere smerte hos personer med alvorlig demens?».

1.3 Begrepsavklaringer

Begrepene i denne oppgaven handler i det store og hele om vurdering og observasjon gjennom kommunikasjon av smerter hos mennesker med alvorlig demens. Vi vil definere noen begrep her, men også under hvert kapittel hvor det faller seg naturlig.

I pasientrettighetsloven (1999) blir en pasient definert som «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» (Pasientrettighetsloven, 1999). Vi har valgt å bruke begrepet «pasient» i vår oppgave etter nettopp pasientrettighetsloven, selv om mange vil hevde at begrepene «beboer» eller «bruker» er mindre sykkeliggjørende. Vi mener allikevel at det er det best dekkende ordet.

Det kan forekomme at vi omtaler pasienten som «han» i teksten og sykepleieren som «vi» eller «henne/hun». Betegnelsene alvorlig og langtkommen demens sees som de samme og begge begrepene blir brukt i oppgaven, men i hovedsak blir termen alvorlig demens benyttet.

Definisjon av rolle: «En rolle er uttrykk for de funksjoner som en person har i sosiale sammenhenger» (Håkonsen, 2003, s. 228) og «Summen av alle de forventningene som er knyttet til en person i en bestemt stilling eller posisjon» (Sander, 2014). Disse definisjonene synes vi passer godt som rollebeskrivelse av både pasient og sykepleier.

Definisjon av menneske-til-menneske begrepet, og som, etter vår mening, gjenspeiler grunnleggende sykepleie om det å skape gode relasjoner mellom sykepleier og pasient:

Et kjennetegn ved et slikt forhold er at både sykepleieren og den syke oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer. Ikke som «sykepleier» og «pasient». Dette forholdet krever at fasadene som sykepleier og pasient må overskrides før en kan nå inn til hverandre som individer. (Travelbee, 2001, s.171)

1.4 Avgrensning og disposisjon av oppgaven

Vi har valgt å ta for oss personer med alvorlig demens på sykehjem, da det er hos denne pasientgruppen man finner noen av de største utfordringene i hvordan man skal kartlegge og vurdere smerte. I kapittelet om demens har vi allikevel valgt å skrive litt generelt om demens, da man lettere kan forestille seg og forstå utviklingen til langtkommen alvorlig demens.

Vi har ikke hatt fokus på pårørende i denne oppgaven slik at de bare er omtalt sporadisk. Videre har vi begrenset drøftingen til blant annet å gjelde kun de smertekartleggingsskjemaene som per i dag er validert til bruk i Norge. Dette er følgende: Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia-2 (Mobid-2), Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) og Doloplus-2. Disse skjemaene er lagt ved som vedlegg 2, 3 og 4.

I innledningen presenteres problemstillingen, formål og begrunnelse for valg av tema. Enkelte definisjoner kommer under begrepsavklaringer, men også under enkelte kapitler hvor det faller seg naturlig. I metodedelen beskriver vi litteraturvalg og presenterer forskningen vi har funnet, samt kildekritikk og etisk vurdering.

I teorikapitlet presenterer vi sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, samt teori vi anser som relevant i forhold til å belyse vår problemstilling. Dette er som følger; Sykepleieutøvelsen, demens, smerter, smertevurdering, smertekartlegging, kommunikasjon, etikk, lover og retningslinjer.

I drøftingsdelen bruker vi teorien og egne erfaringer for å kunne belyse problemstillingen. Drøftingsdelen er inndelt etter Joyce Travelbee sin teori, noe vi mener gjør oppgaven mer oversiktlig. Drøftingen avsluttes med en konklusjon som svarer til vår problemstilling.

2. Metode

En metode er en måte å finne ut noe i forhold til det vi ønsker å vite. Denne metoden er til hjelp for å samle inn den informasjonen vi trenger. Den kan vise oss veien mot vårt mål.

Dalland (2012) siterer sosiologen Vilhelm Aubert sin definisjon på 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 formålet, hører med i arsenalet av metoder» (s. 110).

Det finnes to ulike metoder å samle inn data på. Det er kvantitativ metode og kvalitativ metode. Den kvantitative metoden gir oss svar på målbare enheter, mens den kvalitative metoden gir oss informasjon om meninger og opplevelser. Begge metodene kan gi oss viktig informasjon og forståelse av enkeltmennesket, grupper og hvordan samfunnet samhandler (Dalland, 2012).

En samfunnsvitenskapelig metode handler om å få informasjon om den sosiale virkeligheten, hvordan denne skal analyseres og hva den forteller oss om samfunnsmessige forhold. Dette er en viktig del av empirisk forskning. Kjennetegnene ved denne forskningen er systematikk, grundighet og åpenhet (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011).

2.1 Litteratursøk

Dette er en litteraturstudie fordi litteratur er det viktigste grunnlaget for alle studentoppgaver og det er dette som problemstillingen skal drøftes i forhold til (Dalland, 2012). Vi bruker pensumlitteratur, fag- og forskningslitteratur og i tillegg har vi selvvalgt litteratur. Vi bruker også *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk Sykepleierforbund, 2011), *Helsepersonelloven*, (1999) og *Pasientrettighetsloven* (1999).

Vi har brukt databaser som SveMed+, Cinahl, Age Line og Google Scholar for å finne forsknings- og fagartikler. Her har vi benyttet oss av det vi mener er relevante søkeord for vår problemstilling, og er som følger: «dementia», «pain measurement», «pain assessment», «pain management» og «tools or instruments». Ved å kombinere disse søkeordene på forskjellig måte, har vi innsnevret søkene og på denne måten kunnet konsentrere oss om det som er relevant for problemstillingen. Søkene er også begrenset til ikke å gjelde eldre artikler enn 5 år. Søkehistorikken er lagt med som vedlegg 1.

2.2 Presentasjon av forskningsartikler

Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer (Lillekroken & Slettebø, 2013)

Studien er en norsk kvalitativ forskningsartikkel hvor man benyttet 3 ulike fokusgruppeintervjuer med 6, 5 og 7 sykepleiere i hver gruppe, samt en semistrukturert intervjuguide. Forskerne ønsket å finne ut hvilke erfaringer sykepleierne har i forhold til smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens. Ingen av deltakerne hadde kunnskap og kjennskap til observasjonsbaserte smertekartleggingsinstrumenter. Det konkluderes blant annet med at utfordringen med smertekartleggingen kan være en årsak til at pasienter med demens ikke får tilstrekkelig smertelindring, og at opplæring i bruk av smertekartleggingsverktøy som er observasjonsbaserte, kan øke effekten av smertevurderingen og smertelindringen hos pasienter med demens.

Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i utviklingscenter og for sykehjem og hjemmetjeneste (Larsen & Knudsen, 2013)

Dette er en deskriptiv tverrsnittstudie ved hjelp av spørreskjema som har blitt analysert statistisk. I 2009 ble det etablert Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i alle fylker i Norge, som skal bidra til gode pleie- og omsorgstjenester i kommunen og være en pådriver for kvalitet og kunnskap. Studien valgte derfor ut 16 USHT virksomheter, hvorav 14 ble besvart. Studiens hensikt var å få kunnskaper om de forskjellige virksomhetenes prosedyrer og rutiner for å oppdage smerte. Det er ikke gjort tilsvarende studier i USHT og resultatene kan ikke generaliseres statistisk, men det kan være overførbart til lignende virksomheter. Resultatene viser blant annet mangelfulle systemer for kartlegging og oppfølging av smerteproblematikk.

Pain assessment tools for older people with cognitive impairment (Thuathail & Welford, 2011)

Dette er en oppsummert forskningsartikkel som vurderer og kritiserer ulike smertekartleggingsverktøy. Hensikten er å kunne identifisere hvilke typer smertekartleggingsverktøy som er best egnet for bruk hos eldre mennesker med kognitiv svikt.

Studien ble kategorisert i tre hovedgrupper: Selvrappoterering av smerte hos eldre mennesker med kognitiv svikt, observasjonsverktøy av smerteatferd og smertevurderingsverktøy. Det er imidlertid ikke enkelt å vurdere mennesker med kognitiv svikt, og man har ingen fasit for hva som passer best til hvert enkelt individ. Allikevel konkluderer forskerne med at Doloplus-2 er et lovende observasjonsverktøy for personer som ikke verbalt kan uttrykke sine smerter. Samtidig er det vanskelig å fastslå hva som er best å bruke, men at vurdering bør gjøres uansett. Hvert enkelt sykehjem må avgjøre hva som er mest hensiktsmessig å bruke for sin pasientgruppe. Ytterligere forskning er nødvendig for validering av hvilke verktøy som er best egnet og mest effektive.

Smertebehandling til personer med langtkommen demens (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013)

I denne kvalitative studien ønsket man gjennom intervjuer av 5 sykepleiere fra ulike sykehjem og med forskjellig arbeidserfaring, å gjøre rede for hvilke erfaringer de hadde i å vurdere smerte hos personer med langtkommen demens med språkvansker, samt utfordringer de møter ved vurderingen av grad av smerter. Temaer som videreformidling av observasjoner og bruk av kartleggingsverktøy var også inkludert. Det viser seg at ingen av sykepleierne var kjent med eller benyttet seg av smertekartleggingsverktøy. Vurdering av smerter hos pasienter med demens er svært vanskelig å tolke. Konklusjonen er at dette forsterkes på grunn av manglende faglige basiskunnskaper, manglende kunnskaper om demens og til slutt manglende samarbeid i helsefaggruppen. Konsekvensen av dette kan bli både over- og underbehandling av smerte.

Pain in patients with dementia: A review of pain assessment and treatment challenges (Husebo, Achterberg, Lobbezoo, Kunz, Lautenbacher, Kappesser, Tudose & Strand, 2012)

Dette er en oppsummert forskningsartikkel i forhold til forekomst av smerte og smertediagnostisering hos pasienter med demens, basert på smertevurdering og anbefalte behandlingsmåter. Blant flere smertevurderingsskjemaer er det en utfordring knyttet til tolkningen av resultatet de oppnår. Forskerne har kommet fram til skjemaer som er bedre egnet enn andre, og blant disse finner vi også CNPI, Doloplus-2 og Mobid-2. Disse verktøyene er forholdsvis enkle i bruk, men krever trening og riktig administrering. Allikevel, det er ingen garanti for at pasienten får rett medisiner. Det er fremdeles et stort behov for videre forskning på dette temaet, da smertevurderingsskjemaer alene ikke er tilstrekkelig gode nok til å gi informasjon om når smertebehandling bør iverksettes.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er metoder vi bruker for å kunne si om kildene vi finner er sanne. Altså om hvorvidt de er pålitelige til å kunne brukes i en oppgave. Den skal også hjelpe oss i forhold til å finne litteratur som kan belyse problemstillingen vår, samtidig som vi skal gjøre rede for valgt litteratur (Dalland & Trygstad, 2012).

Vi har i denne oppgaven valgt å bruke en del fagartikler i tillegg til forskning som utfyllende informasjon. Vi har søkt i helsefaglige databaser for å finne forskningsartikler og fagartikler, via søkeord vi mener er relevante for vår problemstilling. I forhold til forskningsartiklene begrenset vi søkene til ikke å gjelde artikler eldre enn fem år. Vi fokuserte på forskning som omhandler alvorlig demens, samt smerte og smertekartlegging. Her fant vi til slutt fram til fem forskningsartikler vi mente var interessante og som vi anså som pålitelige og troverdige.

Vi benyttet oss av MeSH-termer i tillegg til søkeordene vi på forhånd hadde kommet fram til, og brukte samtidig IMRaD-strukturen (introduksjon/metode/resultat/diskusjon) da vi orienterte oss i de forskjellige forskningsartiklene. Dette synes vi gjorde søket enklere i forhold til vurdering av relevans.

I tillegg til 3 norske forskningsartikler, har vi brukt en britisk studie og en oppsummert studie hvorav forskerne kommer fra Nederland, Tyskland, Norge og Romania. Vi mener at disse kan sammenlignes med norske forhold, og de omtaler kartleggingsverktøy som er oversatt og i bruk i Norge. Svakheten ved noen av studiene er at de omfatter få personer i forhold til intervjuer som er gjort, men som vi allikevel anser som gode kilder.

Vi har brukt pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskningsartikler og elektroniske kilder som har forfattere som vi regner som pålitelige.

2.4 Etisk vurdering

APA-eksempelsamling er brukt i forhold til all kildehenvisning. Selvopplevde situasjoner som er referert i teksten er anonymisert etter Helsepersonelloven § 21. Hovedregel om taushetsplikt (1999).

«Æres den som æres bør», og i forhold til dette er alle kildene referert korrekt i teksten og i kildehenvisningen.

3. Teori

I dette kapitlet vil vi vise hvilken teoretiker vi har tatt utgangspunkt i og hvilken teori vi skal bruke for å kunne svare på oppgaven. Vi har funnet Joyce Travelbee sin teori som ett godt utgangspunkt for vår problemstilling. Ellers presenterer vi den teorien vi mener er relevant for å kunne besvare problemstillingen, samt opplyse om sykdommen demens på et mer generelt grunnlag. Definisjoner kommer naturlig inn der hvert kapittel begynner.

3.1 Sykepleieutøvelsen

Sykepleie består av flere dimensjoner (Lillestø, 2010). Den ene er etikk og moral som i hovedsak er grunnlaget for hvordan en sykepleier tar sine beslutninger. Beslutninger som er tatt på dette grunnlaget kalles normative, og det gjelder fordeling av goder og byrder etter gjeldende normer som er vanlig akseptert som rett og rimelig (Lillestø, 2010). Den erfaringsbaserte dimensjonen har sitt utspring fra praksis, der vi som sykepleiere danner oss erfaringer gjennom veiledning av andre mer erfarne sykepleiere og hvor vi utvikler nye fagkunnskaper og handlingskompetanse. Sist, men ikke minst, må vi ha med den vitenskapelige-instrumentelle dimensjonen hvor all kunnskap om samfunn og naturvitenskap ligger. Under disse gruppene ligger sykepleiernes faglige områder. Alle disse dimensjonene bør være en del av den profesjonelle sykepleien (Lillestø, 2010).

Sykepleieutøvelsen retter seg mot forskjellige pasienter i ulike situasjoner som har forskjellige behov. Den skal være målrettet, overveid og handlingsorientert samtidig som sykepleie er et koordinert arbeid for og med pasienter. Sykepleiere skal involvere andre sykepleiere og pasientene selv i arbeidet som frie og ansvarlige individer. Utøvelsen av sykepleie er en menneske til menneske handling. Vitenskap og teknologisk problemløsning er en del av sykepleie, i tillegg til menneskelige tjenester som har standarder av etikk og moral. Sykepleieutøvelsen utøves i en sosial setting der man tar på seg ansvaret, ikke bare for pasienter i konkrete situasjoner, men også for pasienter i større samfunnsmessige sammenhenger, til det beste for alle (Kim, 2011).

3.2 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Joyce Travelbee ble født i New Orleans i USA i 1926. Hun hadde arbeidet mye innen psykiatrisk sykepleie og hadde mest fokus på den mellommenneskelige delen av sykepleien (Kristoffersen, 2011). Joyce Travelbee (2001) sin definisjon av sykepleie er: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleie-praktikeren 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, 2001, s.29).

Travelbee (2001) mener at det direkte eller indirekte alltid vil dreie seg om mennesker og at dette stadig er en utvikling av hendelser mellom pasienten og sykepleieren som gjør dette til en prosess. Sykepleieren overvåker, observerer og registrerer, og hun er en leder og en lærer. Formålet med disse tiltakene er at man skal hjelpe pasienten til å forebygge eller mestre erfaringer ved sykdom og lidelse, eller å opprettholde en best mulig helse.

Travelbee refererer til Florence Nightingale sine tanker om observasjon, som ble skrevet for over 100 år siden, slik:

Den viktigste praktiske kunnskapen man kan gi sykepleiere, er å lære dem hva som skal observeres, hvordan de skal observere, hvilke symptomer som er tegn på bedring og hvilke som betyr det motsatte, hvilke symptomer som er viktige og hvilke som er mindre viktige, hvilke symptomer som forteller om forsømmelse og eventuelt hva slags forsømmelse. (2001, s.179)

Travelbee (2001) mener at man ikke skal bruke sykepleier-pasient uttrykkene da dette er stigmatiserende og setter et menneske automatisk i en bås. Man skal være et medmenneske som skal kunne hjelpe et annet medmenneske, da selvfølgelig med den kunnskapen og erfaringene en sykepleier innehar. I rollen som sykepleier blir man tilskrevet visse egenskaper som kjennetegner hele gruppen av sykepleiere, og man får et reaksjonsmønster ut fra dette. Det er dette mønsteret Travelbee vil til livs da det skaper en hindring for å kunne utvikle dette menneske-til-menneske forholdet. Det samme gjelder rollen som pasient (Travelbee, 2001).

Hun mener at disse uttrykkene dekker over hvert enkelt menneskes personlige trekk og virker ødeleggende for å kunne danne menneske-til-menneske forholdet. Dette forholdet dannes gjennom en interaksjonsprosess som går gjennom fem faser: Det innledende møtet, framvekst av identitet, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt.

Ved det innledende møtet forholder man seg til disse stereotype begrepene sykepleier og pasient, mens man ved fremvekst av identitet endrer syn på den andre ved at personens identitet trer frem (Kristoffersen, 2011).

Empati som Travelbee (2001) definerer det: « Empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket» (s.193). Evnen til empatisk forståelse av den andre bygger på likheter på bakgrunn av erfaringer og ønsket om å forstå. Som et resultat av dette kommer man over i sympatifasen som bygger på ønsket om å lindre plager og vise medfølelse. Sykepleieren viser gjennom sine holdninger at hun ønsker å hjelpe, og at pasienten ikke behøver å bære byrdene alene. Den siste fasen er den gjensidige forståelsen mellom pasient og sykepleier hvor pasienten forstår at sykepleieren som menneske vil hjelpe et annet menneske (Kristoffersen, 2011; Travelbee, 2001).

Travelbee (2001) sier det slik: «*Den profesjonelle sykepleieren må gå inn for å hjelpe den enkelte og familien ikke bare til å mestre sykdom og lidelse, men til å finne mening i erfaringene. Det er den profesjonelle sykepleiers vanskelige oppgave, som ikke må unnvikes*» (s.37).

Som sykepleier er våre egne syn på åndelige verdier, livssyn, menneskesyn og syn på sykdom og lidelse avgjørende for hvordan vi er i stand til å kunne hjelpe andre mennesker og å finne mening i situasjonen. Man må bruke seg selv terapeutisk ved bevisst å bruke egen personlighet og kunnskaper for å skape forandring hos den syke (Travelbee, 2001).

Travelbee (2001) mener at hvert enkelt menneske er unikt. Man blir født med unike gener samtidig som miljø og livserfaringer former en som menneske. Hun mener at hvert enkelt menneske er like, men allikevel veldig ulike.

Lidelsen er en del av livet ifølge Travelbee (2001). Hun hevder at sykdom og lidelse gir menneskene anledning til vekst og utvikling. Alle vil i løpet av livet møte sykdom og lidelse, og de fleste har ønsket om å lindre denne lidelsen. Smerten er en del av lidelsen som vanskelig lar seg observere, bare virkningen av smertene kan observeres. Hun hevder at smerter og lidelser er ensomme erfaringer som er vanskelig å formidle til andre (Travelbee, 2001).

Håpet er et av Travelbee sine begreper. Hun mener at man må ha håp for at man skal kunne mestre sykdom og lidelse. Det er den profesjonelle sykepleierens sitt mål å skape håp hos pasienten slik at denne kan nå sitt mål. Travelbee beskriver håpet som: «En mental tilstand karakterisert ved ønske om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebtes, ligger innenfor det oppnåelige» (Travelbee, 2001, s.117).

For å kunne ivareta et sykepleiebehov må sykepleieren observere for å kunne identifisere, for så å kunne gjøre forandringer på en målrettet, innsiktsfull og omtenkstom måte. For å kunne observere på en god måte er man nødt til å kommunisere godt (Travelbee, 2001).

Eide og Eide (2013) sier at kommunikasjon i sin enkleste form er å «utveksle meningsfylte tegn mellom to eller flere parter» (s.17). Kommunikasjon er både tegn og tale og begge deler kan tolkes på ulike måter. Pasientens kommunikasjon er viktig på grunn av dennes evne til å ha kontroll over sin egen situasjon. Pasienten må kunne kommunisere for å uttrykke seg slik at sykepleieren skal kunne forstå dennes situasjon. Dette er viktig slik at pasienten i siste runde føler at han har kontroll og myndighet (Eide & Eide, 2013).

Travelbee (2001) sier at det som er avgjørende for et meningsfylt forhold er hva sykepleieren formidler gjennom kommunikasjon, det vil si innholdet i kommunikasjonen. Hvilke holdninger sykepleieren egentlig har overfor pasienten formidles uansett gjennom kommunikasjonen. Pasienten oppfatter raskt om sykepleieren har gode hensikter eller ikke. Det er gjennom kommunikasjon dette menneske-til-menneske forholdet oppstår. «...det er gjennom målrettet bruk av observasjons- og kommunikasjonsprosessen at behovene konstateres» (Travelbee, 2001, s.146).

Alle møter mellom sykepleieren og den syke handler om kommunikasjon både gjennom samtale og taushet. Dette gir sykepleieren anledning til å bli bedre kjent med denne som menneske, for å danne dette menneske-til-menneske forholdet som Travelbee mener er sykepleiers mål og hensikt. Sykepleieren må forstå hva den syke prøver å kommunisere for å kunne bruke dette i planleggingen og gjennomføringen av sykepleien.

3.3 Demens

«...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...» (Berentsen, 2010, s. 354).

Demens er en alvorlig grad av kognitiv svikt (Berentsen, 2010). Sykdommen utvikles svært individuelt og graderes i mild grad, moderat grad og alvorlig grad (Rokstad, 2009). Ulike typer demenssykdommer klassifiseres ut fra symptomenes særtrekk hvor symptomene varierer etter hvilken demens det dreier seg om. Det kan være flere faktorer som hvilken del av hjernen som er skadet, miljø- og sosiale faktorer samt pasientens personlige mestringsstrategier (Berentsen, 2010).

Rokstad (2009) deler symptomene ved demens inn i kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer. Dette støttes i Berentsen (2010), men som kategoriserer de atferdsmessige med de psykiske symptomene ved demens (APSD).

Kognitive symptomer sees ved svekket oppmerksomhet, redusert hukommelse og læringsevne. Korttidshukommelsen blir mer og mer redusert i sykdomsforløpet og kan opphøre fullstendig ved alvorlig demens. Pasienten vil da ikke kunne huske noe av det som har skjedd eller blitt fortalt nylig (Berentsen, 2010).

Langtidshukommelsen deles inn i episodisk (konkrete hendelser/situasjoner i fortiden), semantisk (faktakunnskap og generell informasjon) og prosedural hukommelse (overlærte handlinger som utføres automatisk, som det å sykle) (Rokstad, 2009). Langtidshukommelsen er svekket allerede tidlig i sykdomsutviklingen og reduseres gradvis i forløpet. *Gjenkalling* er evne til å huske navn eller hendelser uten påminnelse eller hjelp fra andre. *Gjenkjenning* er den evnen som bevares lengst, og er evnen til å huske -når en blir minnet om personer eller hendelser (Berentsen, 2010).

Språkvansker er et annet kognitivt symptom. Logisk tankegang, oppfattelse av språk og selve talefunksjonen kan bli berørt. Det skilles her mellom forskjellige former for afasi etter hvor i hjernen skaden sitter. Ved motorisk afasi forstår pasienten mye av det som blir formidlet, men egen uttrykksmåte blir vanskelig i form av korte, adekvate setninger med dårlig flyt og gjentakelser.

Ved sensorisk afasi er forståelsen av det som blir sagt eller lest svekket. Egen tale er usammenhengende da selve ordene er korrekte, men rekkefølgen/sammenhengten blir feil. Anomisk afasi eller ordletingsafasi er vanskeligheter med å finne riktige ord. Og ved global afasi er egen tale uforståelig og pasienten har samtidig vansker med å forstå hele setninger i en samtale, det vil si at alle språkfunksjonene er svekket. Noen demenssykdommer gir lite afasi, mens noen kan ha en blanding av flere afasiformer (Berentsen, 2010).

Visuokonstruktiv svikt vil si at evnen til å orientere seg i rom er svekket. Pasienten finner ikke igjen toalettet og noen går seg vill utendørs. Vanlige aktiviteter som rydding og kaffekoking blir vanskelig (Berentsen, 2010).

Svekket evne til generell orientering som dag, dato og måned blir svekket tidlig i demensutviklingen og pasienten kan snu døgnet på hodet og glemme avtaler.

Tidsforskyvninger, der tidligere hendelser (gjerne flere år) kan huskes som noe som skjer her og nå, og kan gi seg ved uttrykk ved at pasienten må skynde seg hjem for å lage mat til familien, selv om hun nå bor på sykehjem. Gjenkjennelse av familie og nære venner reduseres gradvis etter hvert som sykdommen utvikler seg (Berentsen, 2010).

Selv om pasienten har full forståelse, kan allikevel evnen til å utføre praktiske oppgaver/handlinger avta. Som ikke å klare gre håret på kommando, men klare det i en annen situasjon når pasienten ikke har fått beskjed om det (ideomotorisk apraksi). Eller ikke klare å utføre en oppgave i riktig rekkefølge, eller det å bruke tannbørsten som hårbørste (ideasjonell apraksi). Også det å kunne kjenne igjen gjenstander eller lyder for det det er, kan være vanskelig, og kalles agnosi (Berentsen, 2010).

Atferdsmessige symptomer og følelsesmessige reaksjoner gir seg til kjenne ved depresjon. Pasienten føler at han ikke lenger mestrer hverdagen, samtidig som mange har opplevd tap. Når pasienten ikke lenger skjønner hva som skjer i omgivelsene kan dette utløse angst, som igjen kan gi aggressiv opptreden og pasienten kan sette seg til motverge (Rokstad, 2009). Noen roper uavbrutt eller utfører repeterende handlinger som stadig å plukke seg i tøyen. Dette kan være tegn på mangelfull meningsfull aktivitet, mer enn uro og angst (Berentsen, 2010).

Ved demens kan pasienten ha glemt sine tidligere evner og ferdigheter. Passivitet, apati og rastløshet er vanlige reaksjoner her. Noen blir svært passive, mens andre kan vandre rundt og være travelt opptatt med å vaske og rydde i timevis. Ved endret atferd hvor pasienten ikke tidligere har oppført seg slik, kan dette blant annet være et tegn på smerter (Berentsen, 2010).

Enkelte kan få vrangforestillinger og synshallusinasjoner (psykose). Dette ser man oftere ved alvorlig grad av demens. Pasienten kan beskylte andre for å stjele eiendeler og å rote på rommet, eller hører ting som ingen andre hører (Berentsen, 2010).

Motoriske symptomer som koordineringssvikt kan forekomme. Evnen til å beregne avstand og balansesvikt kan gi vansker med å reise seg opp og å sette seg ned (Rokstad, 2009). Sammen med apraksi kan pasienten få vanskeligheter med å vaske seg, ta på seg klær og smøre seg mat. Bevegelsene blir klossete og romoppfattelsen reduseres, som igjen øker risikoen og faren for fall (Berentsen, 2010).

Ved Alvorlig grad av demens husker bare pasienten bruddstykker av livet. Han kan ha glemt sin nærmeste familie og klarer ikke lenger å orientere seg om tid og sted. Ordforrådet er svært begrenset og evnen til å forstå hva andre sier er betydelig redusert (Berentsen, 2010). Verdens helseorganisasjon (WHO) har utviklet et internasjonalt klassifiseringssystem ICD-10, og definerer alvorlig grad av demens slik: «Kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig» (sitert i Engedal, 2010, s. 1).

3.4 Smerter

Rustøen & Stubhaug (2010) viser til *The International Association for the Study of Pain* (IASP) sin definisjon av smerte som: “en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade» (s. 138).

Definisjonen viser at smerte ikke bare kan skyldes en vevsskade, men også den subjektive opplevelsen av det å ha smerte.

Smerte er symptom på sykdom, akutt og kronisk, men blir også betegnet som en sykdom i seg selv, og er den vanligste årsaken til at vi kontakter lege (Rustøen & Stubhaug, 2010). Akutt smerte oppstår ved en vevsskade og avtar eller opphører helt etter hvert som denne heles. Kronisk smerte vedvarer på tross av tilhelet vevsskade. Smertene betegnes som kroniske når de har vedvart i over tre måneder. Man kan også blant annet inndele smerter etter årsaker for smerten; godartet eller ondartet sykdom, hvor på kroppen smerten sitter og om det dreier seg om smerte hos barn eller voksen (Jensen, Dahl & Arendt-Nielsen, 2013).

En kan også dele smerte inn etter:

- Varighet og tidsaspekt (for eksempel akutt eller kronisk)
- Årsak (for eksempel forbrenning eller beinbrudd)
- Lokalisasjon (for eksempel hodepine og muskelverk)
- Mekanisme, som for eksempel nociseptiv og nevropatisk.

Ved nociseptiv smerte er smerteimpulsene forårsaket av vevsskadelig stimuli. Dette kan blant annet være vevsskader, muskel- og leddsmerter. Ved skade eller sykdom i det sentrale eller perifere nervesystemet utløses nevropatisk smerte, som nerveskade og karpaltunnelsyndrom for å nevne noen (Rustøen & Stubhaug, 2010). I tillegg til dette viser også Norrbrink og Lundeberg (2014) til idiopatisk smerte, som er en smertetilstand uten kjent årsak. Samtidig skal man heller ikke utelate psykogen smerte som er en samlebetegnelse på smerte der hvor somatisk diagnose ikke er til stede, men hvor psykisk helse og psykisk sykdom er årsaken til smertene (Norrbrink & Lundeberg, 2014).

Vi nevner også kort litt om smertesansen og hvordan vi registrerer smerte, og at smertesansen faktisk er nødvendig å ha for at vi skal overleve. Smertesansen reagerer ved stimuli og er den av våre sanser som oppleves som skremmende og ubehagelig. Det autonome nervesystemet påvirkes og vi kan oppleve blant annet at blodtrykket og hjerterefrekvensen øker ved smerte, og blodsirkulasjonen i huden reduseres. Ved smerte vil også den berørte kroppsdelen trekke seg unna den smerteskapende stimulansen hvis smertene skyldes forhold utenfor kroppen.

Nettopp denne egenskapen gjør at vi kan beskytte oss selv mot skader. Ved plutselige smerter er dette et alarmsignal som advarer oss mot hva som skjer, og vi kan trekke oss unna eller gjøre noe med det umiddelbart og slik kunne unngå videre skade. Når det gjelder kroniske smerter vil ikke dette varselsignalet virke i like stor grad som ved akutte smerter (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2011).

Vi reagerer ulikt på smertestimuli og dette skyldes både genetiske faktorer og miljøfaktorer, så som kultur, kosthold og klimatiske forhold. Også smerteterskelen blant kjønn er forskjellig, der kvinner i gjennomsnitt har en lavere smerteterskel. Smerte over lang tid kan gi blant annet depresjon, men det viser seg også at psykisk sårbare pasienter har lettere for å utvikle kroniske plager etter tidligere skader. En ser her hvor viktig det er med god kartlegging og vurdering av pasienten for å kunne forebygge kroniske smerter (Rustøen & Stubhaug, 2010).

Ubehandlet kan smerte gi negative konsekvenser hos den som opplever den, men også for omgivelsene. Smerte kan føre til depresjon, angst, tretthet og utmattelse, og videre gi redusert livskvalitet hos den som erfarer den og også hos pårørende (Rustøen & Stubhaug, 2010).

Sykepleieren har en stor oppgave i hvordan å vurdere pasientens smerte. Rustøen & Stubhaug (2010) viser til at helsepersonell ikke er gode nok på kartleggingen av smerte, noe som gjør at pasientens smerteopplevelse ofte undervurderes.

Nesten 50 % av pasientene vi til daglig er i kontakt med har smerter. Det har i de siste 20-30 årene blitt en bedre smertebehandling, men til tross for dette har vi en under- og feildiagnostikk av mange alvorlige smertetilstander (Nordtvedt og Grønseth, 2013).

Nesten hvert tredje menneske over 60 år lider av langvarige smerter. Den vanligste årsaken til dette er smerter i muskler og ledd etter slitasje. Smerter blant gamle på sykehjem er mellom 41-83 %. Årsaken til at det er så vanskelig å tallfeste dette er fordi mange gamle i sykehjem har kognitiv svikt (Bjørø & Torvik, 2010).

Det viser seg dessverre at mange gamle mennesker med kognitiv svikt ikke får god nok behandling for sine smerter. Dette skyldes i stor grad at de ikke klarer å formidle sin smerteopplevelse. Noen fordi de ikke vil være til byrde for helsepersonellet, andre på grunn av kommunikasjonsproblemer. Dette kan være kognitiv svikt, redusert hørsel og syn eller forvirringstilstander som gjør det vanskelig å oppdage og diagnostisere smertene. Men også kombinasjonen av at eldre ofte kan ha flere ulike medisinske tilstander og ulike smertetilstander gjør at det kan bli vanskeligere både å diagnostisere og å behandle disse pasientene (Norrbrink & Lundeberg, 2014).

Andre sanser som hørsel og syn forandres med alderen. Dette gjelder også smerteopplevelsen. Det er store individuelle forskjeller her som ellers. Allikevel menes det at eldre mennesker har høyere smerteterskel enn man ser hos yngre. Dette igjen gjør at evnen til å oppfatte smertestimuli som vi har nevnt tidligere reduseres (alarmsignalet er svekket). Dermed økes risikoen for sykdom og skade da det kan ta lenger tid før dette blir oppdaget og behandlet. Smerte som et symptom trenger ikke lenger å være til stede og alvorlige sykdommer er vanskeligere å avdekke (Bjørø og Torvik, 2010).

Bjøro og Torvik (2010) ser også på hva konsekvensene av at smerter hos eldre som ikke blir oppdaget eller behandlet på riktig måte gjør med livskvaliteten og videre komplikasjoner. Den eldre mister sin selvstendighet da de ikke lenger klarer å utføre daglige gjøremål på grunn av smertene. Den kognitive og emosjonelle tilstanden kan forstyrres eller forverres og gi konsentrasjonsvansker, søvnforstyrrelser, depresjon og delirium (forvirring). Som en følge av smertene reduseres aktivitetsnivået hos den eldre. Dette igjen kan føre til økte smerter på grunn av immobilitet og videre hva dette fører med seg av nye lidelser og enda mer nedsatt aktivitetsnivå.

3.4.1 Smertevurdering

Smertevurdering har som formål å få en oversikt over pasientens smerter for å kunne velge riktig behandlingsmetode. For å oppnå dette må det innhentes tilstrekkelige opplysninger om pasienten i forhold til datainnsamling og smerteanamnese (Bache, Schmelling og Tei, 2013).

Smerte er en subjektiv opplevelse. Bjøro og Torvik (2010) viser til McCafferys definisjon: «Smerte er det som personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte» (s. 333). Dette kan forstås med at det kun er pasienten selv som kan beskrive sin opplevelse av smerte (Bjøro & Torvik, 2010).

Sykepleieren har en stor rolle i arbeid med å observere og vurdere pasientens smerte. En pasient med alvorlig demens vil ikke alltid kunne beskrive sine smerter på en forståelig måte. Heller ikke det å kunne gjenkjenne dem. Man mener også derfor at pasienter med demens føler frykt, da de ikke klarer å knytte opplevelsen av smerter til en årsak (Rokstad, 2009). Nettopp derfor mener Rokstad (2009) at observasjonsbaserte smertevurderingsmetoder vil være nødvendig. Det er spesielt ansiktsuttrykkene hos pasienten sykepleieren må være observant på. Dette kan uttrykkes ved rask blinking, pannerykking eller et trist/skremt uttrykk. Men også verbalt ved utrop, banning, messing, synging og støyende pusting. Bevegelser og dens holdninger kan sees ved uro, økt vandring, vimsing, agitasjon, vugging og endret ganglag. Endringer ved pleiekontakt, ved at pasienten nekter å la seg stelle og blir utagerende. Og at aktivitetsmønsteret endres ved søvnløshet, nekter å innta måltider (spiser og drikker tilstrekkelig), hviler lenger enn før eller har plutselig opphør av ellers normale rutiner hos pasienten. Den mentale statusen kan gi utslag i økt forvirring, gråt og irritabilitet (Rokstad, 2009).

Man må selvfølgelig ikke glemme vitale tegn og regelmessig å utføre målinger av blodtrykk, puls, respirasjon og temperatur da dette kan påvirkes av smerter (Bjørø & Torvik, 2010).

3.4.2 Smertekartleggingsverktøy

Det finnes mange kartleggingsmetoder for smerter og dens intensitet. Rustøen og Stubhaug (2010) nevner endimensjonale metoder hvor pasienten vurderer smerten etter en skala som kan bestå både av ansiktstegninger og tall (numerisk skala). Flerdimensjonale instrumenter består kort fortalt av flere spørsmål som blir stilt til pasienten. Også kroppskart hvor pasienten kan peke ut smertepunktene blir brukt (Rustøen & Stubhaug, 2010). Dette er imidlertid kartleggingsverktøy som er vanskelige å bruke på pasienter med alvorlig demens, da denne pasientgruppen har svekket kommunikasjonsevne. De har redusert forståelsesevne og ordforrådet er svært begrenset (Berentsen, 2010). De klarer dermed ikke å selv-rapportere smerteopplevelsen de eventuelt måtte ha.

Dette støttes av Bjørø & Torvik (2010) som viser til kartleggings skjema som er basert på observasjon og atferd hos denne typen pasienter. Checklist of nonverbal pain indicators (CNPI) og Doloplus-2, er to observasjonsbaserte skjemaer som er utprøvd i Norge. Disse måler ikke smerteintensiteten som andre kartleggingsverktøy, men kun tilstedeværelsen av smerte.

CNPI viser å ha tilfredsstillende pålitelighet i norske sykehjem, men dekker kun tre av de nevnte smerteuttrykkene. Pasienter med mindre vanlig atferdsmessige smerteuttrykk vil derfor ikke bli oppdaget like lett (Bjørø & Torvik, 2010).

Doloplus-2 er utviklet for å kartlegge pasienter som ikke kan selv-rapportere smerteopplevelsen. Doloplus-2 er utprøvd på pasienter med demens og viser seg å være et nyttig verktøy, men ikke fullt ut pålitelig da noen av observasjonsområdene var vanskelige å tolke eksakt som smerteuttrykk (Bjørø & Torvik, 2010).

I 2008 ble et nytt evaluering sinstrument for kartlegging av smerte hos pasienter med demens utviklet i Norge; Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (Mobid-2). Dette smerteskjemaet viser seg å være tilfredsstillende for å anslå smerteintensitet relatert til muskel- og skjelettsystemet hos pasienter med demens (Husebø, 2009).

Det forskes stadig på verktøy som kan hjelpe oss i registreringen av smerter hos pasienter med demens. Vi som sykepleiere må kontinuerlig følge med på denne prosessen for å kunne finne nye skjemaer som er både relevante, valide og troverdige til denne gruppen pasienter (Bjørø & Torvik, 2010).

3.5 Kommunikasjon

Communicare er latinsk for kommunikasjon og betyr å gjøre felles. Nettopp derfor er alltid kommunikasjon toveis (Hjort, 2010).

Heap (2012) definerer kommunikasjon som: «å formidle mening ved å gi, motta og utveksle signaler av forskjellig art» (Heap, 2012, s. 46). Ved å bruke ordet *signaler* har Heap (2012) åpnet opp for kommunikasjon på flere måter, ikke bare verbal kommunikasjon, men også kommunikasjon gjennom kroppsspråk og atferd.

Alvorlig demens gir redusert evne til verbal kommunikasjon. Ordforrådet blir stadig mindre og mindre og det blir vanskelig å tolke hva pasienten vil, hvordan han har det og hva han føler. Samtidig vil overlærte ferdigheter og vaner fremdeles være intakte. Slik som blant annet hilsningsuttrykk, ordspråk, regler og gamle innlærte sanger. Spørsmål som «hvordan har du det?», vil gi en mening hos de fleste. En så enkel frase kan bety mye, og viser at vi bryr oss om pasienten (Wogn-Henriksen, 2009). Nærhet og berøring er også en viktig kommunikasjonsmåte hos pasienter som mangler/har redusert språk. Det viser medfølelse og pasienten føler trygghet. Ved omsorgsfull berøring kan dette uttrykkes som «du er ikke alene», eller «jeg liker deg» (Heap, 2012).

Det vil si at måten vi kommuniserer på avspeiler våre holdninger og den respekten vi viser hverandre. Det vi faktisk uttrykker verbalt må også bekreftes med vår kroppsholdning og mimikk. Ikke minst gjenspeiles det i stemmen vår. Om vi snakker med en vennlig stemme kontra sint eller spydig tilsnakk. Budskapet kan tolkes feil utfra våre holdninger og måten vi snakker til pasienten på. Dette er kanskje enda viktigere for en pasient med alvorlig demens, hvor man kan ha problemer med å forstå ordenens innhold, men hvor kroppsspråket, mimikken og stemmebruken oppfattes bedre. Sykepleieren må altså bestrebe seg på å kommunisere tydelig, slik at det verbale gjenspeiles og forsterkes av kroppsspråket (Berentsen, 2010).

3.6 Etikk, lover og retningslinjer

Etikk og moral er viktig i situasjoner hvor våre valg og handlinger er helt avgjørende for pasientens helse og velvære. Etikken viser ikke alltid en vei, men leder oss på rett kurs slik at vi kan få mer klarhet i hvilke valg som er best. Som sykepleier er man avhengig av å ha gode kunnskaper og å reflektere godt (Slettebø, 2007).

3.6.1 Pasientrettighetsloven

Pasientrettighetsloven (1999) § 1-1 sier noe om at et av dens formål er å bidra til å ivareta den enkeltes pasient eller brukers integritet og menneskeverd. Pasient og bruker har rett på ett verdig tjenestetilbud, noe som samsvarer med helse og omsorgstjenesteloven (Pasientrettighetsloven, 1999).

3.6.2 Helsepersonelloven

Krav til helsepersonellens yrkesutøvelse ifølge helsepersonelloven (2001) er å utføre arbeidet sitt faglig forsvarlig og gi omsorgsfull hjelp som er forventet utfra helsepersonellens kvalifikasjoner, hvilket arbeid det gjelder og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 2001)

3.6.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere bygger på ICN's etiske regler i tillegg til Forente Nasjoners (FN) menneskerettighetserklæring. Det etiske grunnlaget for all sykepleie skal være en respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Og den skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og sykepleien skal være kunnskapsbasert (Norsk sykepleierforbund, 2015).

I kapittel 1 i de yrkesetiske retningslinjene handler det blant annet om at sykepleien skal bygge på erfarings-basert kunnskap og brukerkunnskap, og at sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 2015).

Sykepleieren og pasienten er fokus i kapittel 2 i de yrkesetiske retningslinjene, og der er det spesielt ett punkt om at sykepleierens ansvar for å lindre lidelser er viktig i denne sammenheng. Men i tillegg skal også sykepleieren støtte opp om håpet, mestringen og livsmotet hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2015).

4. Den tause smerte

I dette kapittelet skal vi drøfte hvordan vi som sykepleiere skal kunne vurdere smerter hos personer med alvorlig demens på en tilfredsstillende måte, slik at de kan beholde sin integritet og oppleve økt livskvalitet. Vi vil i drøftingen forsøke å finne svar på problemstillingen gjennom teorien vi har i bunnen, forskningsartiklene vi har funnet samt egne erfaringer. Vi ønsker å se på hva vi som sykepleiere kan gjøre for å fange opp den tause smerte hos disse personene.

Travelbee (2001) sier at å observere er en aktiv prosess som er både meningsfull og målrettet. Det er en innsamling av data som vi eksempelvis kan se, høre og lukte. Å observere er å granske og å være oppmerksom på at symptomer er det første steget mot en sykepleieintervensjon. På bakgrunn av dette støtter vi oss derfor på sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (2001).

Vi bruker noen av sykepleieteoretiker Joyce Travelbee (2001) sine hovedelementer i overskriftene i dette kapittelet. Vi starter med sykepleiernes oppgaver og ansvar, og fortsetter videre med menneske-til-menneske forholdet og formidlende ferdigheter. Til slutt tar vi for oss lidelse, håpet og de menneskelige erfaringene i forhold til dette.

4.1 Sykepleierens rolle og ansvar

Vi som sykepleiere har i denne forbindelse et stort ansvar. Vi skal kunne utføre arbeidet vårt faglig forsvarlig og gi den omsorgen hver enkelt trenger (Helsepersonelloven, 1999), for å kunne ivareta hver enkeltes integritet og menneskeverd og gi dem et verdig tjenestetilbud (Pasientrettighetsloven, 2015). Med dette menes å kunne hjelpe hver enkelt pasient slik at han ikke føler seg krenket, men beholder sin verdighet som menneske (Brodtkorb, 2011).

Sykepleiere skal lindre lidelse og gi pasientene håp slik at de kan mestre utfordringene livet gir, for å få et verdig liv med god livskvalitet (Norsk Sykepleierforbund, 2015). Dette gjelder like mye og kanskje spesielt de som har minst ressurser fra før, slik som personer med alvorlig demens. Det er vi som sykepleiere som må ivareta deres rett. Å lindre denne lidelsen vil da være god sykepleie (Kristoffersen, Breivne & Nordtvedt, 2011). Vi som sykepleiere har etisk og moralsk ansvar for at også disse menneskene får et verdig liv. Det krever empati og forståelse og det tar tid å handle i samsvar med pasientenes ønsker (Nordby, 2012).

Å kunne observere godt er helt vesentlig for oss som sykepleiere. Dette har noe med at kroppen viser sykdomstegn gjennom kroppslige tegn og symptomer, men også samtidig gjennom pasientenes fortellinger (Nordtvedt & Grønseth, 2013). Det er når fortellingene mangler at vi begynner å få problemer med observasjon.

4.2 Menneske-til-menneske forholdet

Opplevelser og erfaringer som man deler sammen som mennesker, i dette tilfellet som sykepleieren og den syke, er en beskrivelse av dette menneske-til-menneske forholdet. Disse opplevelsene og erfaringene må brukes slik at pasientens behov blir ivaretatt. Sykepleieren med sin kunnskap bør bruke seg selv terapeutisk. Det vil si at hun må bruke sin egen personlighet, kunnskap og erfaring for å fremkalle forandringer hos det syke mennesket. Dette mener Travelbee (2001) er hele sykepleiens hensikt.

Som sykepleiere må vi forsøke å lære oss å kjenne mennesket bak sykdommen. Alle mennesker er unike og ulike og reagerer ulikt på påkjenninger (Travelbee, 2001). Vi mener at vi som sykepleiere må tilegne oss kunnskap om hva slags liv dette mennesket har hatt, hvilke reaksjoner på ulike stimuli det ytrer og gjerne få litt informasjon fra pårørende. Dette mener vi bør skje så tidlig som mulig slik at vi har de beste mulighetene til å hjelpe. Fra praksis har vi opplevd at det fantes hefter med fakta fra hver av pasientenes liv. Dette var formidlet av nære pårørende slik at informasjonen var adekvat. Ved å lese disse heftene kunne vi få en liten innføring i pasientenes levde liv, men det var selvfølgelig bare en begynnelse. Samtidig må vi forsøke å «tone» oss inn på den enkelte pasient. Jo bedre en lærer et menneske å kjenne, jo lettere er det å forstå og tolke pasienten (Smebye, 2009). Alt dette er meget viktig for å kunne klare å observere smerter hos pasienter med langtkommen demens. For å kunne opprette dette menneske-til-menneske forholdet er man avhengig av kommunikasjon (Travelbee, 2001). Når man ser trinnene for å nå dette menneske-til-menneske forholdet, mener vi at man er helt nødt til å bli godt kjent med mennesket for å kunne forstå det.

4.3 Formidlende ferdigheter

For å klare å vurdere smerter er man avhengig av å kunne kommunisere, som å utveksle signaler av ulik art. Kroppsspråk og atferd er en kommunikasjonsmåte vi må bruke når språket ikke strekker til (Heap, 2012). Vi mener at det er veldig viktig hos personer med demens, at vi har et kroppsspråk som understøtter den verbale kommunikasjon, ansiktsuttrykket og at stemmen speiler vår sinnsstemning og er lett å «lese». Det som vi kommuniserer gjenspeiler våre holdninger (Berentsen, 2010). Travelbee (2001) sier at sykepleie i forhold til kommunikasjon er et håndverk. Man må lære seg å bruke teknikker og redskaper for å kunne utøve dette håndverket på en tilfredsstillende måte. Ut fra den forskningen vi har funnet går det tydelig frem at sykepleierne av ulike årsaker ikke er gode nok på å bruke disse verktøyene for kartlegging av smerter.

Alvorlig demens gir begrenset mulighet til verbal kommunikasjon. Ordforrådet blir gradvis dårligere, men noen lærte fraser er lettere å huske og å gjenkjenne slik at man bevisst skal bruke språket. Om man spør høflig hvordan det står til, vil pasienten kunne kjenne igjen dette og kanskje kunne gi en tilbakemelding (Wogn-Henriksen, 2009). Berøring og nærhet er viktig hos personer med dårlig språkfunksjon. Det gir trygghet og viser at noen vil en vel og bryr seg (Heap, 2012). Dette er ifølge Wogn-Henriksen (2009) en indikator på velvære. Erfaringer fra praksis viste oss tydelig at mange av personene med demens trengte mye kroppskontakt og nærhet. Dette forstår vi som at pasienten faktisk ikke forsto hva vi uttrykte verbalt, men at nærhet da ga en viss trygghet. Samtidig måtte vi vise et tydelig kroppsspråk som understreket det vi prøvde å kommunisere ut. Spesielt våre ansiktsuttrykk var pasientene vare for. Vi mener derfor at tydelig tilsnakk med rett kroppsspråk og kroppskontakt er særlig viktig.

Vi har erfart at det i praksis finnes eksempler på pasienter med demens med et annet morsmål enn oss, er enda et hinder for kommunikasjonen. Denne utenlandske personen hadde veldig lite språk og hadde nedsatt syn og hørsel samtidig som hun ikke forsto norsk. Vi kunne heller ikke forstå hennes morsmål. I dette tilfellet var det nesten bare kroppskontakt som var den reelle kommunikasjonen. Hun kunne vise hva hun ønsket og ikke ønsket gjennom kroppsspråket ved avvergende og ledende bevegelser.

Kommunikasjon er viktig for å kunne samhandle ikke bare med pasienten, men også pårørende. Pårørende er en viktig brikke i vurderingen av smerter hos pasientene. De kjenner pasienten godt og vet hvilken atferd pasienten har i forhold til smerter (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013). Fra praksis på sykehuset opplevde vi at en pasient hadde et helt annet uttrykk for smerter enn hva som er beskrevet noen steder i litteraturen. Denne pasienten hadde hatt smerter i hoften i forkant av en hofteoperasjon, og personalet der pasienten bodde hadde observert at når han fikk smerter spurte han ikke etter hjelp til smertelindring, men ønsket alltid knekkebrød med ost, eller en røyk. Pasienten hadde en psykisk diagnose i tillegg til demens. Denne informasjonen fikk vi selvfølgelig ikke fra han, men fra en sykepleier som arbeidet med han til daglig. Man ser her at informasjon og god kommunikasjon fra de som kjenner pasientene godt er meget viktig for å kunne imøtegå pasientens smerteproblematikk.

Demens er en sykdom som er progressiv og pasientene vil etter hvert få problemer med både kommunikasjon og atferd (Jenssen, et al., 2013). I denne forbindelse kan personen ha både problemer med å forstå og å gjøre seg forstått. Og særlig kan endret atferd være tegn på utvikling av sykdommen, men det kan også være et tegn på smerte (Berentsen, 2010). Som et eksempel fra en annen praksis, opplevde vi en pasient som ikke hadde noe språk og som hadde vanskeligheter med å forstå oss når vi snakket til henne. Denne pasienten hadde brukket en tann. Hun endret atferd fra å vandre stille omkring, til å gå raskere og raskere, runde på runde. Hun ble skarp i blikket og ble også mer ilter og aggressiv mot både medpasienter og pleiere. Vi som studenter tolket det slik at hun hadde smerter, men dette ble ikke oppfattet slik av de som kjente henne bedre. Det at hun spiste mat uten tilsynelatende å vise tegn til smerte, mente de var et bevis for at hun ikke hadde smerter. Hun fikk i stedet beroligende medikamenter i samråd med tilsynslege. Det ble ikke gjort noen kartlegging med smertekartleggingsverktøy på henne, men det ble brukt et skjema for kartlegging av uro. Dette mener vi viser til at når kommunikasjonen svikter på dette området er det en krenkelse av integritet og menneskeverd.

4.3.1 Samhandling og tverrfaglig samarbeid

Kontinuitet i personalgruppen er en viktig faktor for å kunne kjenne igjen og følge opp smertelindringstiltak. Forskningen sier at sykehjemmene ofte sliter med å få tak i fagfolk og at store utskiftninger av personalet er et stort problem (Jenssen, et al., 2013). Larsen og Knutsen (2013) fant i sin studie at det var ansatt flere personer i hver stillingshjemmel og at mange av disse ikke hadde helsefaglig bakgrunn.

Mangelen på fagfolk gjør at det ofte er mange ufaglærte på sykehjem. Dette øker faren for at sykdom og lidelse ikke blir oppdaget og i verste fall kan ende med dødsfall (Larsen & Knutsen, 2013). Jenssen, et al., (2013) hevder at manglende kommunikasjon og misforståelser innad i pleiegruppen førte til at det ikke ble rapportert om behovet for smertelindring hos en pasient før på slutten av en vakt. Dette sier noe om behovet for opplæring av personell. Vi mener det bør settes fokus på opplæring i smertekartlegging og samtidig øke fagkunnskapene generelt hos personellet og spesielt hos sykepleierne. God kommunikasjon og samarbeid i avdelingen minsker faren for manglende vurdering av smerter hos demente. Vi mener at under eksempelvis morgenstellet så bør man, om man observerer smerte hos en pasient, kunne lindre denne smerten fra morgenen av og ikke vente til man «får tid». Eller om man ikke er sykepleier, så bør det gis beskjed videre om smertene med det samme. En felles faglig forståelse, godt samarbeid og faglig kunnskap er grunnlaget for en vellykket smertevurdering (Jenssen, et al., 2013). Helsetilsynet (2011) påpeker at man i sykehjemmene mangler en tydelig oppgave- og ansvarsfordeling, og at det mangler retningslinjer for hvordan oppgavene skal gjennomføres. I tillegg mener de at dokumentasjonssystemet er for dårlig når det gjelder smerte (Helsetilsynet, 2011). Larsen og Knutsen (2013) hevder at et godt kvalitetssystem bedrer kontinuiteten i smertevurderingen hos pasientene når virksomhetene har mange tilsatte i ulike stillingsstørrelser og med ulik kompetanse. I denne studien ble det også funnet at smerte ikke var definert som egen kategori i journalsystemet i 8 av 14 virksomheter (Larsen & Knutsen, 2013).

Ressursmangel og nedprioriteringer er en belastning for ansatte og fører til dårligere kvalitet på alle deler av helsetjenesten (Jenssen, et al., 2013). Fra yrkespraksis vet vi at kommunene sliter med økonomien og det er stadig nedskjæringer. Dette fører til at alle etater må redusere budsjettet sitt, noe som også går utover helsetjenesten.

Ved nedskjæringer så vi i praksis, at økt belastning på pleierne som er på jobb gir oftere sykemeldinger, og det ble enda travlere på avdelingen med innleid ufaglært arbeidskraft. Utgifter til kursing av ansatte er en post det er lett å redusere på da det ikke er noen umiddelbare effekter av dette. Vi mener at det kanskje kan gå an å tenke litt utradisjonelt og finne løsninger med internundervisning og e-læring, samtidig som man må sette fokus og skape interesse for temaet. Dette blir også omtalt i studien av Larsen og Knudsen (2013). Alle har dessuten en egen plikt til å holde seg oppdatert (Helsepersonelloven, 1999).

Samhandling med tilsynslegen er et viktig moment da det er legen som forordner smertebehandlingen. Samarbeidsproblemer med tilsynslegen kan føre til mangelfull behandling av pasientens plager. Legene er ofte restriktive på smertestillende om ikke Paracet hjelper. De mener da at det er demenssykdommen som utvikler seg, til tross for sykepleiernes observasjoner (Jenssen, et al., 2013). Kan dette være fordi vi ikke kan dokumentere smertevurderingene våre godt nok? Soini og Nilsen (2009) skriver at smertevurdering med kartleggingsskjemaer vil være et godt grunnlag for legen i hans vurdering av smerte og for videre behandling. Her mener vi, at jo bedre lege og sykepleiere kjenner hverandre og vet hva den andre står for, jo lettere er det å samarbeide og å stole på hverandres kunnskaper. Ved stor gjennomtrekk av personale eller leger så vil dette samarbeidet bli vanskeligere. Og vi tror at oppfølgingen av pasientene da vil bli dårligere.

4.4 Lidelse

Lidelse blir av Travelbee (2001) beskrevet som: «Tilstand eller opplevelse hos den som lider; utholdelse av eller underkastelse under plage, smerte, tap. En smerte som utholdes eller nød, tap eller skade som påføres» (s.99). Til vanlig blir uttrykket brukt som et uttrykk for fysisk eller psykisk smerte. Lidelsen kan variere i intensitet, varighet og dybde og opptrer når vi blir rammet av ulike smertefulle problemer. Vanligvis er dette en situasjon en ikke ønsker seg (Travelbee, 2001).

Lidelse blir ofte oppfattet som en trussel i livet og tap av kontroll. Lidelse er på mange måter det samme som smerte, noe som ikke er så merkelig da fysisk smerte ofte resulterer i enorme lidelser (Bastøe, 2011).

Noen mener at eldre mennesker tåler mer smerter enn yngre mennesker og at «*det er normalt å ha smerter når man blir gammel*» (Lillekroken & Slettebø, 2013, s.30). Ifølge Husebø (2009) sitert i Soini og Nilsen (2009) har det vært forståelse fra tidligere studier at personer med demens får mindre smerter jo mer kognitivt svekket de blir. Larsen og Knudsen (2013) mener det ikke er noen forskjell på smerteintensiteten hos personer som er i ulike stadier av demens. Derimot er det forskjell på hvilke smerter de tåler best. Eldre tåler kroniske smerter dårligere enn akutte smerter. I tillegg har kvinner mer smerter enn menn, mens personer med demens har hverken mer eller mindre smerter enn vanlig kognitivt friske mennesker (Larsen & Knudsen, 2013).

4.4.1 Smerte en ensom erfaring

Smerte og lidelse er ifølge Travelbee en veldig ensom erfaring. Travelbee (2001) mener det ikke er mulig å observere smerter, bare virkningene av den. Hun mener at det er vanskelig og forklare sin egen smerte. Dermed blir det også veldig vanskelig å vurdere andre sine smerter, og spesielt om de ikke selv klarer å uttrykke dem.

Sykepleiere har alltid hatt som oppgave å pleie og behandle pasienter med smerter, men det har ikke alltid vært faste retningslinjer hverken for oppgaver eller for ansvar (Rustøen & Stubhaug, 2010). Vi mener at fordi sykepleierne har ansvaret for pasienten til daglig må vi også ta ansvaret for at pasienten får den hjelpen han trenger i forbindelse med smerter.

Eldre mennesker har ofte flere sykdommer som gir smerter og mange av disse plages av smerter som de ikke får adekvat behandling for (Jenssen, et al., 2013). Den høye alderen er sannsynligvis årsaken til at de har flere sykdommer som gir smertefulle tilstander. Fordi de har mange ulike sykdommer har de ofte mye medikamenter. Disse kan gi bivirkninger og interaksjoner som kan skjule pasientens sykdomsbilde (Jenssen, et al., 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013).

I en studie fra et sykehjem med etablert palliativ post (behandling, pleie og omsorg til pasienter i livets slutfase), ble det observert tilbakeholdenhet og underbehandling av pasienter med demens som hadde daglige smerter. Dette til tross for at personalet hadde høy kompetanse innenfor både omsorg og smertelindring (Soini & Nilsen, 2009).

4.4.2 Vurdering og kartlegging av smerte

Når vi vet at et så høyt antall av personer med alvorlig demens bor på institusjon, må vi som sykepleiere være flinke til å få en god kartlegging av pasientens atferd i ulike situasjoner.

Dette mener Soini og Nilsen (2009) må kartlegges ved innkomst, slik at personalet på avdelingen har mulighet til å kunne observere endringer i denne atferden.

For å kunne avdekke disse smertene hos denne gruppen er vi avhengig av å gjøre en smertevurdering for at disse menneskene skal få den rette behandlingen og omsorgen. Dette er en viktig del av sykepleierens rolle (Thuathail & Welford, 2011).

Det er sykepleierne som skal kartlegge smerten og videreformidle dette til lege, sette i gang behandling og vurdere virkningen. Derfor er kunnskap om demenssykdom, smertebehandling og sykdommer generelt viktig (Jenssen, et al., 2013). I praksis kunne vi se at smertekartlegging hos kognitivt oppegående mennesker ofte ble gjort på sykehus, men vi så aldri at smertekartleggingsverktøy ble brukt på pasienter med alvorlig demens, til tross for at det var mange eldre med kognitiv svikt der. Heller ikke ble dette utført ved de sykehjemmene vi hadde praksis ved. Smertevurdering og kartlegging hos mennesker med demens er utfordrende, men på tross av det så er det veldig viktig at pasientene får lindret smertene og får en korrekt behandling (Lillekroken & Slettebø, 2013). Dette fordi smerter kan føre til at pasientene ikke klarer å utføre de daglige aktivitetene, samtidig som smerter kan gi økt fare for delirium, depresjon og søvnvansker. I tillegg kan det gi økt komplikasjoner om pasienten blir liggende (Bjøro & Torvik, 2010). Personer med demens kan reagere forskjellig, ikke bare forskjellig fra andre personer, men også fra gang til gang (Jenssen, et al., 2013). Vi forstår at dette er en vanskelig og komplisert oppgave å løse.

Nightingale mente for over hundre år siden at den viktigste praktiske kunnskapen man kunne lære seg som sykepleier, var å kunne observere tegn på sykdom eller bedring av sykdom (Travelbee, 2001). I en forskningsartikkel gjort av Jenssen, et al., (2013) ble det intervjuet 5 sykepleiere med lang erfaring av sykepleie til personer med demens. Disse kom fra forskjellige sykehjem med spesialavdeling for pasienter med demenssykdom, og en kom fra somatiske avdeling i Nord-Norge. Denne artikkelen har intervjuet bare 5 sykepleiere, men disse hadde som sagt lang erfaring, og kan på det grunnlaget beskrive hverdagen i demensomsorgen. Det viste seg at sykepleierne var redde for å overse at pasientene hadde smerter og å mistolke disse, så derfor ble pasientene satt på fast smertelindring.

Det kunne i ettertid vise seg at dette ikke hadde vært nødvendig, men fordi de var usikre, valgte de å forsøke med smertelindring. Denne usikkerheten kan være et resultat av for dårlig utredning av pasientenes smerter (Jenssen, et al., 2013).

Personer med demens som har vanskeligheter med å gjenkjenne og å uttrykke smerte kan ha endret atferd som for eksempel forvirring, sosial tilbaketrekking og aggresjon (Kaasalainen, 2007). Agitasjon, gråt og verging av kroppsdeler, tungpusthet og uro er andre måter å vise smerte på. Noen kan faktisk også ha store smerter uten å vise det ved slik atferd på grunn av fysiske begrensninger (Kaasalainen, 2007; Slettebø et al., 2012). Slik endret atferd kan være utfordrende da det kan være tegn på smerter, men også tegn på utvikling av demenssykdommen, eller uttrykk for infeksjon, sult, depresjon eller angst (Kaasalainen, 2007). Man bør også ifølge Kaasalainen (2007) vurdere disse atferdsendringene i forhold til frekvens, varighet, når det skjer, og om det kan finnes et mønster i det. Og i tillegg kunne vurdere hvordan smertene påvirker pasientens humør, daglige aktiviteter, søvn og livskvalitet og å finne den underliggende årsaken til smertene (Kaasalainen, 2007). Thuathail & Welford (2011) mener at smerte ofte gir seg ved uttrykk gjennom agitasjon. Vi mener at for å kunne evaluere slik atferd bør man ha god kjennskap til pasienten og hans vanlige atferd. Man bør også ha god kunnskap om demenssykdommer og utviklingen av disse.

I en fagartikkel skriver Soini og Nilsen (2009) om en pasient med diagnosen demens i tillegg til en kreftdiagnose. Sykepleierne på dette sykehjemmet hadde ulike oppfatninger av om denne pasienten hadde smerter. Det ble da veldig tilfeldig om, eller når denne pasienten fikk smertelindring. Alt ettersom hvem som var på jobb. Vi mener at et kartleggingsverktøy her kunne ha vært til nytte for å avdekke smerter. Samtidig kan et slikt verktøy bidra til en skriftlig dokumentasjon, slik at det blir satt fokus på problemet. Undersøkelser viser at smerterelaterte diagnoser ofte ikke er dokumentert i sykehjemjournaler til ikke-kommunikative pasienter (Jenssen, et al., 2011).

4.4.3 Verktøy til bruk i kartlegging av smerte

Hos personer med alvorlig demens som har vanskeligheter med verbal kommunikasjon og hvor selvrapportering av smerter ikke er mulig, er det laget ulike smertekartleggingsverktøy. Disse verktøyene er laget for å kunne observere smerte ved å studere atferd (Thuathail & Welford, 2011). Larsen & Knudsen (2013) sier seg enig i at ved å bruke validerte observasjonsskjema kan man observere smerter hos personer med alvorlig demens, men studien deres viste derimot at ingen av virksomhetene som var med i studien brukte slike skjemaer. Heller ikke i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) ble det benyttet smertekartleggingsverktøy ofte, og ikke var det rutiner for smertekartlegging og smertelindring. Oppfatningen til personalet var at smertekartleggingsrutiner ikke kunne brukes på personer med demens, men de hadde heller ikke kunnskap om at det fantes slike verktøy (Lillekroken & Slettebø, 2013). Jenssen, et al., (2013) hadde samme erfaringene fra sin studie, men der hadde en av informantene brukt skjema for kartlegging av uro.

I studien til Larsen og Knudsen (2013) brukte noen av virksomhetene generell observasjon daglig, men det kom ikke frem i studien hvilke observasjoner dette var. Deres studie var basert på undersøkelser ved Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Norge. Larsen & Knudsen (2013) hevder at ved å bruke standardiserte verktøy så vil samme kartleggingen bli gjort hver gang. De mente at dette ville bedre sammenligningsgrunnlaget slik at man kunne få en bedre forståelse av om pasienten hadde smerter. Lillekroken og Slettebø (2013) hevder at for å øke kvaliteten i demensomsorgen bør man systematisere smertevurderingen og dokumentasjonen for å kunne utøve sykepleiefaget faglig forsvarlig. I tillegg mente Jenssen, et al., (2013) at kartleggingen gjør at man får mer fokus på om pasienten har smerter, og bedrer dermed vurderingsgrunnlaget for medisineringsen hos pasientene.

I de siste 35 årene har det kommet ulike kartleggingsverktøy og de fleste av disse baserer seg på endringer i ansiktsuttrykk, stemmebruk og kroppsbevegelser (Husebo, Wilco, Achterberg, Lobbezoo, Kunz, Lautenbacher, Kappesser, Tudose & Strand, 2012). Det er spesielt ansiktsuttrykkene man skal være observant på mener Rokstad (2009), mens Husebø (2009) sier at det ikke finnes typiske ansiktsuttrykk for smerte i ansiktet. Dette er vi uenige i all den tid det er over 250 000 ulike uttrykk bare i ansiktet (Wogn-Henriksen, 2008). Noen pasienter har tilleggs-sykdommer som Parkinsons sykdom og Huntingtons chorea som vanskeliggjør bedømmingen (Husebo, et al., 2012).

Allikevel mener Thuathail og Welford (2011) at kartleggingsverktøy bør brukes i vurdering av smerter. De sier videre at hvert enkelt sykehjem må avgjøre hva som er mest hensiktsmessig å bruke av kartleggingsverktøy til sin pasientgruppe.

Husebo, et al., (2012) presenterer en lang rekke med observasjonsverktøy som kan brukes til personer med demens, men vi vil her referere til de som er oversatt og validert i Norge: Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia-2 (Mobid-2) (vedlegg 2), The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) (vedlegg 3) og Doloplus-2 (vedlegg 4) (Sandvik & Husebø, 2011).

CNPI ble i utgangspunktet utviklet for eldre mennesker med hoftebrudd i akutfasen, og er vurdert til å være tilfredsstillende til denne gruppen (Bjørø & Torvik, 2010). CNPI har også vært utprøvd i norske sykehjem og viser seg å være tilfredsstillende pålitelig. Dette verktøyet dekker ansiktsgrimaser, verbale klager og ikke-verbale uttrykk, uro, klamring og gniing eller massering av smerteområdet (Bjørø & Torvik, 2010; Galek & Gjertsen, 2011).

På hvert enkelt av punktene skåres det 0 eller 1, og smerteatferden skal da kartlegges i hvile og i aktivitet. Galek og Gjertsen (2011) vurderer skjemaet som enkelt å bruke og det kan brukes av alle. Skjemaet har god bruksinstruksjon, men mangler instruksjon for hvordan det skal tolkes og brukes i klinisk praksis. Det har ingen rangering av intensiteten i smerten, den viser kun om smerte er til stede eller ikke og mangler noen smerteatferds-uttrykk som forandringer i aktivitetsmønster, mental status og mellommenneskelig samhandling. Skjemaet er vurdert som akseptabelt å bruke i norske sykehjem (Galek & Gjertsen, 2011). Thuathail og Welford (2011) syntes at dette verktøyet var effektivt, men den var da kun utprøvd på pasienter med mild til moderat demens og ikke alvorlig demens. Av deres vurdering blant smertevurderingsverktøyene hadde de valgt ut Doloplus-2 som den beste av dem som vi her omtaler og bruker i Norge (Thuathail & Welford, 2011).

I utgangspunktet var Doloplus-2 laget for å kartlegge smerter hos barn (Galek & Gjertsen, 2011) men senere er Doloplus-2 utviklet for å kunne kartlegge smerter hos pasienter som selv ikke klarer å rapportere smerte (Bjørø & Torvik, 2010). Skjemaet består av ti punkter som er delt i tre områder. Somatiske plager som; ansiktsuttrykk, beskyttelse av kroppen, såre områder og forstyrret søvn. Psykososiale reaksjoner som er nedsatt funksjon i stell og forflytning. Og til slutt psykomotoriske endringer som uttrykker seg som atferdsproblemer og endringer i kommunikasjon og sosialt liv.

Det blir skåret fra 0 til 3 på hvert punkt og sluttskår over 5 indikerer smerte som det bør reageres på. Dette verktøyet er vurdert til bruk i klinisk praksis (Galek & Gjertsen, 2011). Doloplus-2 er utprøvd på pasienter med demens og er vurdert som nyttig, men ikke helt pålitelig da det var vanskelig å tolke om det var smerte i noen av observasjonsområdene (Bjørø & Torvik, 2010). Den samme konklusjonen kom Thuathail og Welford (2011) også til. De mener at skjemaet må evalueres på nytt, spesielt med bakgrunn i den psykososiale delen, fordi det var vanskelig å si om poengsettingen var smerterelatert eller om det var et utslag av demenssykdommen. Allikevel var dette et av de anbefalte verktøyene (Thuatheil & Welford, 2011). Doloplus-2 er et av de meste hensiktsmessige verktøyene å bruke av de som er tilgjengelig nå (Kaasalainen, 2007). I Husebo, et al., (2012) blir Doloplus-2 anbefalt som en av tre kartleggingsverktøy som ble rangert høyest i Nederland.

På bakgrunn av svakheter ved CNPI og Doloplus-2 er det her i Norge blitt utviklet Mobid-2 (Sandvik & Husebø, 2011). Mobid-2 består av to deler. Del 1 vurderer smerte av bevegelsesapparatet som smerter fra muskulatur, skjelett og ledd. Dette skjer gjennom 5 ledende bevegelser som gjør at pasienten får beveget alle deler av kroppen. Pleieren skal vurdere smerteskåren ved hver bevegelse (Sandvik & Husebø, 2011). Dette er et verktøy som kan brukes ved morgenstellet. Det er blitt utviklet på det grunnlaget at pasienter som har vondt lager lyder, skjærer grimaser og beskytter seg. Dette skal vurderes samtidig som pleieren leder pasienten gjennom bevegelser som bøy og strekk av hender og føtter, snu pasienten til sidene og sette pasienten opp i sengen. Her skal det også vurderes smerter på en skala fra 0 til 10 (Galek & Gjertsen, 2011). Del 2 av skjemaet skal vurdere smerteatferd i forhold til indre organer, hode og hud. Pleieren skal observere smerter som kan være forårsaket av disse organene ved å observere smerteatferd eller ytre tegn på smerter i hodet, munn og hals, bryst, lunge og hjerte, øvre del av mage, bekken, nedre del av mage, hud, infeksjon og sår. Smerter som er observert tidligere på dagen eller samme uken skal inkluderes i smerteskåren. Det er viktig at det er samme pleieren som vurderer den totale smerteskåren som har vurdert hver enkelt del (Sandvik & Husebø, 2011). Studier på dette verktøyet mener at det har høy pålitelighet og gyldighet og at det kan brukes i klinisk praksis. Å bruke dette kartleggingsverktøyet tar bare fem minutter (Husebo, et al., 2012).

Erfaringer med Mobid-2 tilsier at det er letter å innføre slike kartleggingsverktøy der det allerede er fokus på smerter fra før (Husebo, et al., 2012).

Husebø (2009) anbefaler at man gjennomgår et standardisert opplæringsprogram på avdelingen før bruk. Dette for at personalet skal få faglig påfyll med søkelys på diagnoser og stadier av demens. Hun mener at tilsynslegen som leder av et tverrfaglig team bør ha ansvar for dette. Men når man vet at tiden tilsynslegen har på en avdeling er veldig liten, fungerer det ikke slik i praksis. Optimalt sett skulle legen holde personalet oppdatert innen faget slik at det ble lettere for han å vurdere og å stole på pleiernes observasjoner (Husebø, 2009). Sandvik og Husebø (2011) mener at man bør videreutvikle Mobid-2 slik at det også kan brukes på bevisstløse og døende pasienter.

Det er gjort utallige studier på smertevurdering, men eldre personer med demens blir ofte utelatt fra disse studiene (Husebo, et al., 2012; Kaasalainen, 2007). En del studier sier lite om deltagerens helsetilstand og andre utelukker de med alvorlig demens. De studiene som er gjort på denne gruppen har ulike variabler når det gjelder graden av demens målt med Mini-Mental State Examination (MMSE) som hovedsakelig blir brukt. Poengsummen her kan variere etter utdanning, språk og kultur, noe som gjør at sammenligning mellom studier blir vanskeliggjort. I tillegg mente de at graden av depresjon og smerter hadde innvirkning på resultatet av smertevurderingen (Thuathail & Welford, 2011).

Kaasalainen (2007) gjorde i sin studie funn som peker mot at pleierne skåret lavere på atferdsobservasjons-verktøyene enn når pasientene rapporterte smerte selv. På dette grunnlaget mener man at det bør brukes selvrapporteringsskjemaer så langt dette er mulig (Kaasalainen, 2007; Thuatheil & Welford, 2011). Kaasalainen (2007) hevder at mange studier viser at ansatte med mer utdanning og trening i å bruke verktøyene, skårer smerter høyere og nærmere pasientens egen smerteskår. Det trengs trening i å bruke verktøyene for at de kan bli brukt effektivt i klinisk praksis. Man bør være oppmerksom på at disse vurderingsverktøyene bør brukes som en del av den totale vurderingen av smerte (Kaasalainen, 2007). Videre utredning er viktig om man avdekker et smerteproblem (Galek & Gjertsen, 2011). Man bør observere atferd og få pårørende eller andre kjente til å fortelle om pasientens sykehistorie. Pasienten bør få en generell legeundersøkelse og få kartlagt diagnoser som kan relateres til smerter (Husebø, 2009).

Mye av forskningen på atferds-observasjonsverktøyene er gjort for å validere dem. Dette er fordi de fleste av dem er i en tidlig fase, og påliteligheten, nytten og egnetheten er under utprøving. Forskning som blir gjort på personer med demens er utfordrende etisk på grunn av pasientenes manglende evner til å kunne gi informert samtykke. Om forskning ikke kan gjennomføres på grunn av dette vil det gå ut over pasientgruppen selv. Meningen med den etiske vurderingen er selvfølgelig at pasientene skal vernes mot forskning med uklare mål, problemstillinger og metoder (Husebø, 2009).

Vi har gjennom studietiden ikke opplevd at det er blitt brukt smertevurderingsskjemaer for pasienter som ikke kan selvrapporere smerte, og har derfor ingen praktisk erfaringer på området. Vi har derimot snakket med andre sykepleiere, som hadde noe erfaring med bruk av smertekartleggingsskjemaet Mobid-2. De kunne fortelle om et skjema som var enkelt i bruk, men som etter deres synspunkt krever at du kjenner pasienten godt fra før. De mener likevel at skjemaet er et nyttig hjelpemiddel for vurdering av smerte. Ut i fra dette mener vi at ved å bruke kartleggingsmetoder som CNPI, Doloplus-2 og Mobid-2, vil en sannsynligvis lettere kunne avdekke smerter hos denne pasientgruppen enn om de ikke benyttes.

4.4.4 Dokumentasjon

Skriftlig dokumentasjon er viktig for kvalitetssikringen av sykepleien og et godt grunnlag for legens vurdering og plan for smertebehandling (Soini & Nilsen, 2009).

Larsen og Knudsen (2013) sier i sin artikkel at man bør opprette et godt system for prosedyrer i arbeidet med smerteproblematikken i sykehjem. Dette bør inneholde ansvar og oppgavefordeling, og hvilke hjelpemidler og kartleggingsskjemaer som skal brukes. Det vil føre til en bedre kvalitet på arbeidet med smerteproblematikken (Helsetilsynet, 2011; Larsen & Knudsen, 2013). Man bør ha felles løsninger i møte med faglige utfordringer for at man skal arbeide kunnskapsbasert, og det bør være en del av internkontrollen (Helsedirektoratet, 2010). Det viser seg at det ennå ikke er fokus på smertekartlegging (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Det blir hevdet i flere undersøkelser at man i helsevesenet ofte har ufullstendig og lite systematisert skriftlig dokumentasjon. Dokumentasjonen er med på å synliggjøre sykepleiernes faglige ansvar. Den bidrar til forbedrede faglige vurderinger og bedrer sykepleiernes kliniske erfaringskunnskaper (Soini & Nilsen, 2009).

Med dette mener Soini og Nilsen (2009) at man ut fra dokumentasjonen kan lære hva man lykkes med, og hva som ikke var så vellykket.

I fra praksis har vi erfaring med at smerter sjelden ble dokumentert under «smerte», da det måtte opprettes et eget område for dette i den elektroniske journalen. Dette området ble oftest åpnet ved sykepleie til personer med kreft, men vi mener at det skulle blitt dokumentert mye oftere og også hos pasienter med demens. Vi tror at en bedre dokumentasjon på dette området, kan bidra til et større fokus på smertevurdering. For det første tror vi helsepersonellens erfaring og evne til å vurdere smerte bedres/økes ved hyppig/jevnlige bruk av denne type dokumentasjon. For det andre tror vi legen i tillegg vil få et bedre utgangspunkt for smertebehandlingen.

I Forskrift om pasientjournal § 8 (2000) står det om krav til journalen at den skal inneholde: «Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette». Det vil si at man skal dokumentere observasjoner man gjør og tiltak man setter i gang for å avhjelpe problemet. I tillegg skal man følge opp med observasjoner og tiltak i forhold til resultatet av behandlingen. Alt dette skal dokumenteres (Forskrift om pasientjournal, 2000).

4.5 Håp, sykdom og lidelse som menneskelige erfaringer

Å ha tro på at det finnes hjelp om man trenger det og å ha tillitt til at noen faktisk gjør det, ja det mener vi er håp. Det å håpe er ifølge Travelbee (2001) en ensom handling på lik linje som lidelsen. Ingen kan kjenne på lidelsen som den som har den, og ingen andre enn denne personen selv kan forme sitt eget håp. Men vi mener, at vi som sykepleiere kan legge til rette for at pasienten faktisk får den tillitten til oss slik at håpet kan utvikle seg.

Håpet er troen på at sykepleieren faktisk kan yte denne hjelpen når man mest trenger den. Sykepleierens oppgave er å hjelpe personen å holde fast ved dette håpet ved å være tilgjengelig og villig til å hjelpe. Tillitt er ikke noe man har, men noe som man må gjøre seg fortjent til (Travelbee, 2001).

Når man setter dette i sammenheng med vurdering av smerter hos personer med alvorlig demens, så ser vi viktigheten av å skape tillitt for å kunne fremme håpet om at vi faktisk kan og vil hjelpe. For at dette skal kunne skje må vi skape en god relasjon og bruke de midler og verktøy som er mulig for å fremme en god kommunikasjon. Der har vi som sykepleiere en lang vei å gå, fordi det ifølge forskningen er mangelfull vurdering av smerter hos denne pasientgruppen.

Skal vi kunne gi omsorgsfull sykepleie til pasientene er vi nødt til å forstå den enkeltes sykdom som en erfaring hvert enkelt menneske har, og som denne selv er ekspert på. Om vi ikke forstår dette kan vi aldri forholde oss til pasienten som menneske-til-menneske og dermed ikke gi meningsfull hjelp (Travelbee, 2001). Kanskje kan vi gjennom bruk av kartleggingsverktøy lettere observere smerten til pasienten, for så å behandle denne.

I Demensplan 2015 «Den gode dagen» er det satt fokus på utviklingsprosjekter innen demens. Det er iverksatt en del tiltak for å øke kompetansen og kunnskapen om demens, og det skal gis tilskudd til videre- og etterutdanning innen både høgskole- og fagskolenivå. I tillegg blir det satset på å styrke legetjenesten i sykehjem. For at personer med demens skal få en trygghet og forutsigbarhet i hverdagen, bør det være et systematisk samarbeid innad i avdelingen, men også med spesialisthelsetjenesten. Dette bør inneholde gjensidig kompetanseoverføringer, veiledning og etablering av felles prosedyrer. Demensplan 2015 har som mål å styrke kvalitet, kompetanse og kapasitet i tjenester til personer med demens (Helse og Omsorgsdepartementet, 2015).

Vi kan derfor bare håpe at det blir gjort tiltak for å øke kunnskapen og mulighetene til å kunne vurdere smerter hos personer med demens på en tilfredsstillende måte.

5. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å kunne svare på problemstillingen via drøfting av teori, forskning og egne erfaringer. Vi ser at det er store utfordringer i det å vurdere smerte hos personer med alvorlig demens. Det er mange faktorer å ta hensyn til. Disse pasientene har store vanskeligheter med å uttrykke seg verbalt og selvrapporing av smerter blir nærmest umulig. For å kunne vurdere disse pasientene må man observere atferden. Utfordringen er å klargjøre hva som er tegn på smerte, og hva som er uro eller tegn på progresjon av sykdommen demens.

Vi som sykepleiere har det daglige ansvaret og omsorgen for pasienter på sykehjemmet, og må sørge for at pasientene blir ivaretatt på en god måte. Vi skal utføre vårt arbeid faglig forsvarlig, lindre lidelse og gi pasientene håp, slik at han får et verdig liv med god livskvalitet. Vi må tilstrebe en god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, men også mellom pårørende og ellers tverrfaglig på arbeidsplassen og mellom helseetatene.

Vi har gjennom hele oppgaven vist til at smerter hos personer med demens fortsatt ikke blir tatt tilstrekkelig på alvor. Kartleggingen av smerter blir tilfeldig og smertekartleggingsverktøy blir lite brukt. Man ser også at det blant sykepleierne finnes en viss uvitenhet om at slike kartleggingsverktøy for denne gruppen med demens eksisterer. Kommunikasjonen viser seg å være til dels dårlig, og prosedyrer og rutiner for vurdering av smerte er ikke alltid like god.

Forskningen sier at det er for liten fokus på smertekartlegging, noe vi også har erfart i praksis. Dette er blant annet med på å gjøre at det er en stor under- og feildiagnostisering av smertetilstander. Pasientens smerteopplevelse undervurderes ofte, og for å være på den sikre siden forekommer det tilfeller av unødig smertebehandling.

Etter egne erfaringer, men som også støttes av den forskningen vi har lest og vist til i oppgaven, så er det alt for liten kjennskap til smertekartleggingsverktøy til bruk hos personer med alvorlig demens. Det er en vanlig oppfatning på sykehjemmene at kartlegging av smerte hos disse pasientene nærmest er umulig. Det kommer fram at det observeres på generelt grunnlag, men det blir sjeldent dokumentert noen steder. Noen benytter seg av observasjonsskjema som går på vurdering av uro, for å kunne utelukke dette.

Blant de studiene vi har sett på så var det ingen av sykepleierne som ble intervjuet som brukte smertekartleggingsverktøy, eller som visste hva disse gikk ut på. Vi mener det kan være en fare for at fokuset på observasjoner av smerte blir for lav, og at en eventuell smertelindring da ikke vil bli gitt.

Vi har gjennom litteraturen sett at ved å bruke smertekartleggingsverktøy kan smerte etter vår mening lettere oppdages og da behandles, i stedet for å forveksles med uro og en forverring av demenslidelsen. Til tross for at det finnes 3 validerte observasjonsskjemaer for bruk til kartlegging av smerter til pasienter med alvorlig demens i Norge, ser det ut til at disse ikke blir nevneverdig benyttet. Vi mener dette kan være blant en av årsakene til at pasienter med alvorlig demens fremdeles er en undervurdert pasientgruppe i forhold til korrekt smertebehandling.

Vi konkluderer med at en kombinasjon av økt kompetanse innen demensomsorgen, bedre dokumentasjon og kvalitetssikring, tverrfaglig samarbeid og opplæring og bruk av kartleggingskjemaer for smertevurdering til personer med alvorlig demens, kan gjøre det lettere for sykepleiere å vurdere smerter hos disse pasientene. Samtidig må vi kontinuerlig følge med på videre forskning på dette temaet, for å kunne finne ytterligere smertekartleggingskjemaer som er relevante, valide og pålitelige (reliable) til bruk på denne gruppen pasienter.

Bibliografi

Antall sider selvvalgt litteratur: 538

*Bache, N., Schmelling, W & Tei, R. M. H (2013). Smerter og sygepleje. I T. S. Jensen, J. B. Dahl & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter. Baggrund, Evidens, Behandling* (3. utg., s. 373-386). København N: FADL's Forlag

Bastøe, L-K. H. (2011). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I I.M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Bind 1*. (4. utg. s.81-103). Oslo: Akribe

Berentsen, V. D (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, M. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk

Berntsen, H., Danielsen, A & Almås, H (2013). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie: Bind 1* (4. utg. s.355-398). Oslo: Gyldendal

Bjørø, K & Torvik, K (2010). Smerte. I M. Kirkevold, M. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 333-349). Oslo: Gyldendal Akademisk

Brodtkorb, K. (2011). Yrkesetikk. I I.M. Holter & T. E. Mekki (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Bind 1* (4. utg., s. 306-327). Oslo: Akribe

Dalland, O (2012) *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg. 2. oppl.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O & Trygstad, H (2012) *Metode og oppgaveskriving*. I O. Dalland. (5. utg. 2. oppl.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H & Eide, T (2013). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Engedal, K. (2010) *Demens – symptomer, utvikling og behandling*. Lokalisert på:
<http://www.nordemens.no/?PageID=6635&ItemID=5305>

*Folkehelseinstituttet (2014). Demens- Folkehelse rapporten 2014. Lokalisert 12.05.15 på:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:110544::0:7243:3:::0:0#eHaindbook1105443

*Forskrift om pasientjournal, FOR-2000-12-21-1385 § 8

*Galek, J. & Gjertsen, M. (2011). *Får bedre smertebehandling* (s.62-64). Lokalisert på:
<http://sykepleien.no/forskning/2011/11/far-bedre-smertebehandling>

*Heap, K. (2012). Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon – minner – kriser – sorg (s. 45-47, 101-103). (4. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS

*Helse og Omsorgsdepartementet (2015). Demensplan 2015, «den gode dagen» (s. 3-13). Lokalisert på: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/demensplan-2015-den-gode-dagen/id663429/>

*Helsedirektoratet (2010). *Utvikling gjennom kunnskap - utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester - Overordnet strategi 2011-2015* (s.3-29). Lokalisert på:
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utvikling-gjennom-kunnskap-utviklingscenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester-overordnet-strategi-20112015>

*Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64 Kap.2 § 4 (2015)

*Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 21. (2015)

*Helsetilsynet (2011). Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre (s. 7-60). Lokalisert på:
<https://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2011/Krevende-oppgaver-med-svak-styring-Samlerapport-tilsyn-2010/>

*Hjort, P. F. (2010). Helsepersonellens møte med den gamle pasienten. *Alderdøm. Helse, omsorg og kultur*. (s. 105-117). Oslo: Universitetsforlaget

*Husebo, B. S., Achterberg, W. P., Lobbezoo, F., Kunz, M., Lautenbacher, S., Kappesser, J., Tudose, C & Strand, L. I (2012). Pain in patients with dementia: A review of pain assessment and treatment challenges. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), s. 243-251

*Husebø, B. S. (2009). *Smerteevaluering ved demens*. Tidsskrift for Den norske legeforening. Nr.19-8. oktober 2009(s.1-6). Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1899525>

Håkonsen K.M. (2003). *Innføring i psykologi* (3. utg., s.223-238). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

*Jensen, T. S., Dahl, J. B. & Arendt-Nielsen, L. (2013). (Red.). *Smerter – En introduktion. Smerter. Baggrund, Evidens, Behandling* (3. utg., s. 11-14). København N: FADL's Forlag

*Jenssen, G-M., Tingvoll, W-A & Lorem, G. F (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk Sykepleie 3-2013*. s. 26-34

Johannessen A., Tuft P. A & Christoffersen L. (2010). *Introduksjon til en samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. s.35-51). Oslo: Akribe

*Kaasalainen, S (2007). Pain Assessment in Older Adults With Dementia. Using Behavioral Observation Methods in Clinical Practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(6), s. 6-10

Kim H.S. (2011). Sykepleieutøvelsen. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Bind 1* (.4. utg., s. 169-174). Oslo: Akribe

Kristoffersen N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (2. utg. s.207-270). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Kristoffersen, N. J., Breievne, G & Nordtvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. I N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (2. utg. s.245-280). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

*Larsen, A. L & Knudsen, L-B (2013). Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 3(4), s. 287-299

*Lillekroken, D & Slettebø, Å (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden*, PUBL. No. 109 Vol. 33 No. 1 s. 29-33

Lillestø, B. (2010). Sykepleiens tre dimensjoner. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Bind 2 Sykepleieboken* (3. utg., s.393-416). Oslo: Akribe AS.

*Nordby, H. (2012). Etiske dilemmaer i helse- og omsorgsarbeid. (s17-34). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Nordtvedt, P & Grønseth, R. (2013). Klinisk sykepleie-funksjon og ansvar. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie Bind 1*. (4. utg., s. 17-31). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

*Norrbrink, C & Lundeberg, T (2014). (Red.), Klassifisering av smärta. *Om Smärta – ett fysiologiskt perspektiv*. (2. oppl. s. 51-77). Lund: Studentlitteratur AB

*Norsk Sykepleieforbund (2015). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

*Nygaard H.A., Jarland M. (2005). Kroniske smerter hos sykehjemspasienter- selvrapportering og sykepleiers vurdering. Tidsskrift for Den norske Legeforening. Nr. 10-19. mai 2005. (s. 1-5) 2005; 125-1349-51. Lokalisert 12.05.15 på: <http://tidsskriftet.no/article/1192477>

*Pasientrettighetsloven. LOV-1999-07-02-63 § 1a (2015).

Rokstad, A. M. M (2009). Hva er demens. I A.M. M Rokstad & K. L Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 27-44). Oslo: Akribe

Rokstad, A.M. M (2009). Ufordrende atferd. I A.M. M Rokstad & K. L Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 192-193). Oslo: Akribe

Rustøen, T & Stubhaug, A (2010). Smerter. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (s. 137-156). Oslo: Akribe

Sand O., Sjaastad Ø. V., Haug, E & Bjålie, J. G. (2011). Sansene. *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi*. (2. utg. 4. oppl. s. 152-155). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Sander, K (2014). Sosiale roller (uformelle- og formelle roller). Lokalisert på: <http://kunnskapssenteret.com/sosiale-roller-uformelle-formelle-roller/>

*Sandvik, R. K & Husebø B.S. (2011). *Måler smerte hos pasienter med demens* (s.62-64). Lokalisert på: <http://sykepleien.no/forskning/2011/10/maler-smerte-hos-personer-med-demens>

Slettebø, Å. (2007). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Smebye K. L. (2009). Å møte personer med demens. I A. M. M Rokstad & K. L Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 13-24). Oslo: Akribe

*Soini, U & Nilsen, G (2009). Kreftrelaterte smerter hos alvorlig demente i sykehjem. (s. 70-78). Lokalisert på: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/242/232>

*Thuathail, A. N & Welford C (2011). Pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Art & Science literature review. October 12 :: vol 26 no 6 :: 2011*, s. 39-46

*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (s. 5-288) Oslo: Gyldendal Akademisk

Wogn-Henriksen, K. (2009). Kommunikasjon. I A.M. M Rokstad, & K. L Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 87-112). Oslo: Akribe

Artikkel	Forfatter	Utgiver	År	Database	Søkeord	Treff	Ant. Int.	Ant. Brukte	Dato
1 <i>Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer</i>	Daniela Lillekroken & Åshild Slettebø	Vård i Norden	2013	SveMed+	Pain measurement AND dementia	24	4	4	18.04.15
2 <i>Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester</i>	Toril Agnete Larsen & Liv-Berit Knudsen	Nordisk Sygeplejeforskning	2013	SveMed+	Pain measurement AND dementia	24	4	4	18.04.15
3 <i>Pain assessment tools for older people with cognitive impairment</i>	Aisling Ni Thuathail & Claire Welford	Art & science literature review	2011	CINAHL	Dementia AND pain measurement OR pain assessment AND tools or instruments	28	2	1	18.04.15

Artikkel	Forfatter	Utgiver	År	Database	Søkeord	Treff	Ant. Int.	Ant. Brukte	Dato
4 <i>Smertebehandling til personer med langtkommen demens</i>	Gunn-Mari Jenssen, Wivi-Ann Tingvoll & Geir Fagerjord Lorem	Geriatrisk Sykepleie 3-2013	2013	SveMed+	Pain measurement AND dementia	24	4	4	18.04.15
5 <i>Pain in patients with dementia: A review of pain assessment and treatment challenges</i>	Bettina S. Husebo, Wilco P. Achterberg, Frank Lobbezoo, Miriam Kunz, Stefan Lautenbacher, Judith Kappesser, Catalina Tudose & Liv Inger Strand	Norsk Epidemiologi	2012	SveMed+	Pain measurement AND dementia	24	4	4	18.04.15

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

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

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

Smerteatferd

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



Smertelyd
«Aul»
Stanner
Ynker seg
Gisper
Skriker

Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Rynker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene

Avvergereaksjon
Stivner
Beslytter seg
Slyver fra seg
Endringer i pusten
Krymper seg

Smerteintensitet

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

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

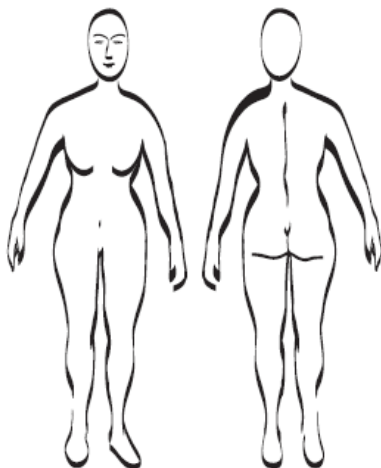
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>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

APPENDIKS

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

Smerteatferd

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



Smerteintensitet

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

6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
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

Checklist of Nonverbal Pain Indicators – norsk utgave

Dato: _____

Pasient Nr: _____

Sjekkliste med Nonverbale Smerteindikatorer

(Instruksjon: Skriv 0 dersom atferden ikke er observert, og 1 dersom atferden opptådte 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.

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

DOLOPLUS SKALA NØKKEWORD**Klager**

Pasienten uttrykker smerte ved tale, kroppsspråk (tegn/mimikk), utrop, gråt, stønning og/eller jamring.

Smertelindrende stillinger

Uvanlig kroppstilling for å unngå eller lindre smerte

Beskyttelse av smertefulle områder

Pasienten beskytter en eller flere deler av kroppen ved å innta en forsvarsposisjon og/eller ved beskyttende/avvergende bevegelser. Ikke skår hvis du mistenker at det er angst som utløser atferden. Mange demente vil beskytte seg når de ikke forstår hva som skal skje og dette skal ikke skåres.

Ansiktsuttrykk

Ansiktet uttrykker smerte ved grimaser, mimikk (stram, sammenbitt eller uttrykksløst) og ved blick (stirrende, fraværende, tårefyllt, bedende, sint, desperat, engstelig eller fortvilet). Noen demente har vedvarende uttrykksløst ansikt som en konsekvens av sin demens, se derfor etter forandringer i forhold til det normale for pasienten når du skårer.

Forespørsel/Kontakt/Undersøkelse

Alle former for konfrontasjoner; undersøkelse, tilnærming (innblanding), henvendelser, omtanke, behandling og stell.

Stell/påkledning

Vurdering av smerte under stell (eventuelt toalettbesøk) og/eller påkledning alene eller ved hjelp.

Bevegelser

Vurdering av smerte ved bevegelser; endring av stilling/posisjon, forflytning, gange; alene eller ved hjelp.

Kommunikasjon

Verbal eller nonverbal. Se etter forandringer fra pasientens normale kommunikasjonsmønstre.

Sosial aktivitet

Måltider, tilstelninger, aktiviteter, terapeutisk behandling og besøk.

Atferdsproblemer

Aggressivitet, uro (rastløshet), forvirring, likegyldighet, regresjon, spørsmål om aktiv dødshjelp osv. Se spesielt etter forandringer i normale atferdsmønstre som kan skyldes smerte.

DOLOPLUS SKALA BRUKERVEILEDNING

1. Bruk forutsetter opplæring

Som ved et hvilket som helst nytt instrument, er det klokt å prøve det ut før man setter i gang. Noteringstiden reduseres ved erfaring (maks. noen minutter). Hvis det er mulig, er det lurt å øve seg på pasienter som allerede er henvist til et behandlingsopplegg.

2. registrering i tverrfaglige grupper

Registrering fra flere pleiere (lege, sykepleier, hjelpepleier) er å foretrekke, uansett behandlingssted (offentlig, privat, hjemme). I hjemmet kan familien og andre pårørende delta. Skalaen integreres i pleiejournalen.

3. Ikke kryss av ved tvil eller hvis spørsmålet er uegnet

Det er ikke nødvendig å finne svar på alle deler av skalaen, særlig ikke overfor en ukjent pasient hvor man ikke kjenner alle data (spesielt på det psykososiale plan). Ved for eksempel koma, registreres bare legemlige fakta.

4. Rutiner

Re-evalueringen bør finne sted to ganger daglig inntil lindring av smertene; videre registrering er avhengig av den enkeltes situasjon. I forkant av behandling er det viktig å ha resultatene fra DOLOPLUS i pleiejournalen (på lik linje med temperatur og blodtrykk) dermed kan man kartlegge plagene og igangsette egnet behandling.

5. Ikke sammenlign resultatene til ulike pasienter

Smerte er subjektivt. Sammenlikning av poengsum pasienter imellom har derfor ingen hensikt. Kun pasientens individuelle utvikling er av interesse.

6. Ved tvil; ikke nøl med å sette i gang en testbehandling med smertestillende tiltak

En skåre lik eller over 5 av 30, antyder smerte. I tilfeller med nærliggende poengsummer, bør man la tvilen komme pasienten til gode. (Hvis situasjonen forandres ved smertestillende tiltak, vil smerte være påvist).

7. Skalaen avdekker smerte; ikke depresjon, uselvstendighet eller kognitiv funksjon

Det finnes passende måleinstrumenter for alle symptomer, men det er viktig å forstå at man her prøver å fange opp atferdsforandringer knyttet til eventuell smerte; punkt 6 og 7 evaluerer bare smerte, ikke grad av selvstendighet.

8. Ikke bruk DOLOPLUS-2 skalaen i alle tilfeller

Hvis pasienten er kommunikativ og samarbeidsvillig, er det naturlig å bruke instrumenter for selvrapporing. Dersom smerte er innlysende, er det viktigere å lindre enn å evaluere. Likevel, hvis det er noen som helst tvil, er det bedre med en DOLOPLUS evaluering enn en undervurdering av pasientens smertetilstand.