



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Opplysningene finner du på StudentWeb under Innsyn – Vurderingsmelding

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling

Vurderingsform: Bacheloroppgave

Kandidatnr: 4

Leveringsfrist: 17.02.2011 kl. 14.00

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Fagansvarlig: Gjertrud Husøy

SMERTE HOS BEBOERE MED KOGNITIV SVIKT

”Hvordan kan sykepleiere observere og kartlegge smerte hos beboere med kognitiv svikt”



(Linken til bilde ligger nederst på referanselisten)

Antall ord: 9000

Kandidat nr: 4

Kull: 2008

Veileder: Gjertrud Husøy

Sammendrag:

Tittelen på oppgaven er: ”*Smerte hos beboere med kognitiv svikt*”. Hensikten med oppgaven var å finne ut hvordan sykepleieren kan observere og kartlegge smerte hos beboere med kognitiv svikt. Bakgrunnen for valg av temaet er at jeg selv har opplevd at det å oppdage smerte hos denne typen beboere kan være en utfordring. Oppgaven tar for seg hva sykepleieren kan gjøre i form av observasjon og kartlegging, for å avdekke smerte hos denne typen beboere. Den tar for seg hvor vanskelig det kan være å oppdage smerte hos beboere med kognitiv svikt, og dermed hvor viktig det er at sykepleieren vet hva hun skal observere, og viktigheten av en systematisk kartlegging.

Jeg har brukt litteraturstudie som metode, der hovedtyngden er funn fra forskningslitteratur og annen relevant teori. Hovedfunnene viser at observasjon av beboerens oppførsel som kan relateres til smerte, og systematisk kartlegging ved hjelp av smertevurderingsverktøy er viktig når en vil avdekke smerte hos beboere med kognitiv svikt.

Abstract:

The title of the assignment is: ”*pain within residents with cognitive impairment*”. The purpose was to figure out how nurses can observe and map the pain these residents have. The reason I chose this as a topic, is because I have seen exactly how challenging it can be to detect pain within this type of residents. In the text I have written about different things to observe and mapping systems to detect if the resident in fact is in pain. But because it has shown to be very difficult to find if the resident is in pain, the nurses job as an observer is difficult yet, even more important. It is also important to document the findings systematically.

The method I have used is literature study, where the main part is findings in research literature and other relevant texts and literature. The main findings show that observation of behavior that can be related to pain and a systematic gathering and mapping by using pain assessment tools is important when you want to detect pain within residents how is cognitively impaired.

Innhold:

Sammendrag

Abstract

Innhold

1.0. Innledning:	1
1.1. Bakgrunn for valg av tema	1
1.2. Problemstilling.....	2
1.3. Avgrensing og presisering av problemstilling.....	2
1.4. Mål.....	2
2.0. Teori:	3
2.1. Kari Martinsens sykepleieteori:.....	3
2.2. Yrkesetiske retningslinjer:	4
2.3. Kognitiv svikt:	5
2.4. Smerte:.....	5
2.5. Observasjon:	6
2.6. Kartlegging:.....	7
2.7. Kommunikasjon:	8
3.0. Metode:.....	9
3.1. Metode:	9
3.2. Kildesøk og kildekritikk:	10
3.3. Kildekritikk:.....	14
3.4. Forskningsetiske vurderinger:	14

4.0. Resultat:.....	15
4.1. “Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home”.....	15
4.2. “Assessment of pain: can caregivers or relatives rate pain in nursing home residents?”	16
4.3. “The pain experience of cognitively impaired nursing home residents: Perceptions of family members and certified nursing assistants”	17
4.4. “Cues for the identification of pain in nursing home residents”	18
5.0. Drøfting:	19
5.1. Å oppdage smerte hos beboere med kognitiv svikt:.....	19
5.2. Ethiske dilemmaer:	23
5.3. Observering og kartlegging:	24
6.0. Konklusjon:	28
Referanser:	30
Vedlegg:	33

1.0. Innledning:

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Temaet jeg har valgt for bacheloroppgaven er smerte hos beboere med kognitiv svikt. Jeg knytter dette temaet til praksisperioden på sykehjem. Jeg har valgt temaet fordi jeg synes det er interessant, og mener at det bør settes fokus på. Det er ikke lett verken for beboeren selv, eller for sykepleieren å finne ut av smertene når beboeren ikke kan uttrykke presist nok verbalt hvor han har vondt, hvor vondt det er, og hvilke type smerte det er snakk om. Dette problemet har jeg selv opplevd flere ganger i praksis.

Ett eksempel var en mann som hadde ALS. Han kunne ikke uttrykke seg verbalt, og heller ikke bevege seg noe særlig. Dette var en utfordring da jeg som ikke kjente han fra før kom inn, og han skulle fortelle meg at han hadde smerter. Jeg kjente ikke det lille han hadde av kroppsspråk, og ikke det han fortalte med øynene. Vi kom til slutt frem til det han prøvde å fortelle, og alt ordnet seg. Men det må ha vært fryktelig frustrerende for han som ikke klarte å gjøre rede for seg, og samtidig så at jeg ikke forstod. Det var også frustrerende for meg som prøvde å forstå på forskjellige måter, men likevel ikke skjønnte.

En annen episode var en dement dame som fikk fractura colli femoris. Hun glemte stadig at hun hadde ett brudd, og husket heller ikke at hun hadde operert. Siden hun ikke husket noe av dette, klatret hun over sengehesten på sengen og vandret rundt. Det sier seg selv at dette var smertefullt. En kunne se på henne at hun syntes det var vondt, men hun klarte ikke å formidle dette til oss. Hun pekte på låret og sa: ”det er noe her,” men sa ingenting om at hun hadde vondt.

Disse hendelsene har fått meg til å ville lære mer om dette temaet, og kanskje finne måter som gjør det lettere å observere og kartlegge smerte hos denne typen beboere når en ikke kan stole på bruken av ord.

1.2. Problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt er: ”Hvordan kan sykepleiere observere og kartlegge smerte hos beboere med kognitiv svikt”.

1.3. Avgrensing og presisering av problemstilling

Det jeg vil konsentrere meg om i bacheloroppgaven er eldre beboere med kognitiv svikt som bor på sykehjem. Jeg har tidligere i innledningen nevnt to diagnoser. Jeg kommer ikke til å fokusere på noen spesiell diagnose, men generelt på tilstander som gjør at beboeren får en form for kognitiv svikt. Det er den kognitive svikten og utfordringene dette fører til med tanke på kommunikasjon og å formidle og forstå smerte som kommer til å være i fokus. Kommunikasjon og observasjon er det som avgjør om en som sykepleier oppfatter signaler om smerte fra beboeren. Kartlegging vil være et godt hjelpemiddel for å se smerteutviklingen over tid.

Jeg har valgt å ikke ta med behandling i oppgaven fordi behandling er noe som blir satt i gang av legen. En sykepleier vil automatisk handle når hun ser at en av beboerne sine har smerter. Jeg har ikke tatt handling med i problemstillingen fordi oppgaven tar for seg de tingene som skjer før en gjør noe med smertene. En sykepleier vil som sagt handle når hun har observert og kartlagt smertene hos beboeren.

1.4. Mål

Målet med bacheloroppgaven er å finne ut hvordan en som sykepleier på et sykehjem kan lære seg å observere og kartlegge smerte hos beboere som ikke kan uttrykke seg tilstrekkelig med ord. Det finnes metoder og tips som gjør det lettere å forstå personer som ikke klarer å uttrykke seg presist nok verbalt. Dette ønsker jeg å lære mer om. Jeg føler at for å bli en god sykepleier, er det viktig at en kan observere og forstå uten at det nødvendigvis blir brukt ord.

2.0. Teori:

2.1. Kari Martinsens sykepleieteori:

Relasjon

Kari Martinsens omsorgsteori er den jeg har valgt å bruke i denne oppgaven. Kari Martinsen mener at det menneskelige felleskap er viktig, og dermed relasjoner mellom mennesker. Hun mener at relasjoner er fundamentet i menneskets liv. Hun sier at dette er selvsagt siden menneskets liv er forbundet med andre menneskers liv. Mennesker er avhengige av hverandre i større eller mindre grad. Avhengigheten trer tydeligere frem når mennesket er i en situasjon der det trenger hjelp, som for eksempel ved sykdom, skade eller funksjonstap. Det å føle seg avhengig av andre kan føles som et nederlag. Det å være hjelpetrengende og føle seg til bry for andre kan være en vond følelse. (Martinsen, 1993).

Martinsen sier at omsorgen har noe med hvordan vi forholder oss til andre mennesker på, hvordan vi viser omsorg for hverandre, og at vi ser den andre. Omsorgen ligger i å gjøre noe aktivt som er til det beste for den andre. Martinsen sier at sykepleieren har en evne til å se og forstå pasienten både på grunnlag av egne erfaringer, og fagkunnskap. (Martinsen, 1989).

Praktisk handling:

Martinsen mener at omsorg er grunnlaget for sykepleie. Hun mener også at selv om en leser om sykepleiefaget i bøker, blir en ikke uten videre faglig dyktig og i stand til å utøve pleie og omsorg på en god måte. Kunnskapene må praktiseres. Hun mener at faglig dyktighet forutsetter at fagkunnskap og praktiske ferdigheter går hånd i hånd. Martinsen mener blant annet at omsorgen er en sosial relasjon og at omsorg har med forståelse for andre å gjøre. Denne forståelsen får en gjennom å gjøre ting for og med andre mennesker. En forstår den andre på grunn av måten han forholder seg til sin situasjon på. En har selv opplevd å være kvalm eller å ha smerter. En kan således sette seg inn i den sykes situasjon (Martinsen, 1989).

Moral:

I følge Martinsen er moral nært knyttet opp til omsorg. Moral består i å bevege seg bort fra seg selv mot den andre, for å gjøre noe godt for den andre. Å ta vare på den delen av den andres liv som en har i sin hånd. Moralen er taus, uuttalt og stille. Den er usynlig, og gjemt i en handling. Moralen har ingen motiver, begrunnelser eller beregnende konsekvenser. Målet og motivet i moralen er selve gjerningen og handlingen. Martinsen mener at moral er nært knyttet til godhet og kjærlighet. Hun mener også at alle vet hva godhet og kjærlighet er uten å måtte sette opp kriterier, regler eller forskrifter (Martinsen, 1993).

Jeg mener denne teorien passer til min oppgave fordi relasjoner er viktig for å skape god kommunikasjon enten det er verbalt eller non-verbalt. Med denne type pasienter jeg skriver om, er det viktig med god kommunikasjon for å kunne hjelpe han. En person med kognitiv svikt er avhengig av andre og deres omsorg. Han er avhengig av at de som er rundt han kan hjelpe uten at han trenger å gjøre noe tilbake. Han er også avhengig av at hjelperne har forståelse for hans situasjon.

2.2. Yrkesetiske retningslinjer:

Alle sykepleiere må følge de yrkesetiske retningslinjene. Disse er laget med utgangspunkt i ICNs prinsipper om etiske regler, og grunnleggende menneskerettigheter. De sier noe om sykepleiens grunnlag, sykepleieren og pasient, sykepleieren og pårørende, sykepleieren og medarbeidere, sykepleieren og profesjon, sykepleieren og samfunn, sykepleieren og sykepleiepraksis og sykepleieren og arbeidssted. De forteller oss rett og slett hvordan en som sykepleier skal te seg i forskjellige situasjoner, og i møte med forskjellige personer. Jeg har plukket ut noen av retningslinjene som jeg føler kan være relevant for min problemstilling. Disse lyder slik:

”2.0 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients integritet, herunder retten til en helhetlig omsorg, retten til å være medbesluttende og retten til ikke å bli krenket.”

”2.4. Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått”
(Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2001).

2.3. Kognitiv svikt:

Det som betegner kognitiv svikt er nedsatt evne til oppmerksomhet, nedsatt evne til å lære seg nye ting, nedsatt språkevne, nedsatt hukommelse, nedsatt evne til abstraksjon, nedsatt intellektuelle evner, nedsatt evne til å utføre praktiske handlinger, og nedsatt evne til å forstå handling i rom. Det finnes flere grunner til kognitiv svikt. En har forskjellige nevrologiske tilstander, alvorlig somatisk sykdom, psykiske tilstander og demens. En kan også få kognitiv reduksjon ved hjerneskade, bruk av enkelte legemidler og ved hyper- og hypotyreose. Kognitiv svikt deles inn i mild og alvorlig kognitiv svikt. Mild kognitiv svikt er når pasienten opplever at han har problemer med hukommelsen, dette kan bekreftes av pårørende og nevropsykologisk testing viser redusert hukommelse. Betegnelsen mild kognitiv svikt brukes også når det ikke kan påvises at det er svikt i andre kognitive funksjoner, og tilstanden ikke tilfredsstillende kriteriene for demens. Ved alvorlig kognitiv svikt er symptomene mer omfattende, og flere av de kognitive funksjonene er redusert. Om den alvorlige kognitive svikten opptrer akutt, er det gjerne en underliggende somatisk lidelse som trenger behandling. En sier gjerne at en person har kognitiv svikt om han ikke klarer seg uten hjelp (Berentsen, 2008).

2.4. Smerte:

Smerte er en sammensatt opplevelse, og oppleves forskjellig fra person til person. Smertene påvirkes av faktorer i og rundt personen som har smerter. Hvordan smerten oppleves, kan også variere i forskjellige situasjoner. Smerte kan føles ensomt. Det er kun den som har smertene som vet akkurat hvordan de er. Han kan gjerne prøve å forklare dette til andre som er der for å hjelpe, men dette blir gjerne ufullstendig fordi smerteopplevelsen rommer mer enn det som kan forklares med ord. En pasient på sykehjem som har smerte, er avhengig av å bli trodd for å få lindret smertene. Det å ikke bli trodd, kan også forsterke smerteopplevelsen. Siden opplevelsen av smerte er individuell, er det logisk at også sykepleiernes oppfattelse av

andres smerte er individuell. At alle reagerer så ulikt på smerte, kan gjøre det vanskelig å gjenkjenne og forstå hvor sterke smertene er. I følge Almås er det sykepleierens erfaring både fra eget liv, og yrkesmessig erfaring som avgjør hvordan hun oppfatter smerte hos pasientene, og hva som er normal smerteadfærd (Almås, Valand, Bilicz, Berntzen, 2001).

Smertesignalene blir ledet gjennom tynne nervefibre. Noen av dem har myelinlag utenpå, og noen har ikke. Dette myelinlaget gjør at signalene ledes raskere. De smerteførende fibrene med myelinlag oppfatter sterke, stikkende og overfladiske smerter som kommer raskt og er kortvarige. De smerteførende fibrene uten myelinlag, leder impulser saktere. Disse oppfatter dype, brennende og borende smerte som kommer mer snikende, men varer lenger (Almås, Valand, Bilicz, Berntzen, 2001).

2.5. Observasjon:

I dagens kliniske praksis er mye av observasjonen overtatt av teknisk utstyr. Vi har monitører som overvåker hjertet, apparater som følger med på O₂ metningen, puls, blodtrykk o.s.v. Men dette betyr ikke at sykepleiernes observasjon er blitt overflødig. Den grunnleggende observasjonen ligger i en oppmerksomhet for pasientens situasjon og for eventuelle forandringer i tilstanden hans. Nightingale(1997) sier at sykepleieren må lære hva som skal observeres, og hvordan dette gjøres. Hun sier også at en sykepleier må lære hva som er tegn på bedring og forverring hos pasienten. Det er viktig for sykepleieren å ha gode faglige kunnskaper som grunnlag for observasjon. Men intuisjon og empati er også svært viktig. Det er ofte intuisjonen og empatien hos sykepleieren som aktiverer fagkunnskapen. Følelsen av at det er noe som er galt (Nordtvedt, 2001).

Når det gjelder observasjon av smerte hos pasienter med kognitiv svikt, er sykepleierens kliniske blikk viktig. Ingen tekniske apparater kan oppdage smerte hos pasientene. En kan selvsagt oppleve økt puls og blodtrykk ved sterke smerter, men det kliniske blikket er likevel det viktigste verktøyet. I følge Mentés, Teer og Cadogan (2004) er ansiktsuttrykk, grimaser, uttrykk i øynene og unormal kroppbevegelse observasjoner som kan indikere at en pasient har smerter. De sier også at for å kunne observere smerte hos en pasient, er det viktig at den

som observerer kjenner pasienten fra før. Om en ikke kjenner til pasientens normale adferd, er det ikke lett å se om noe avviker fra det normale. De legger også vekt på det å være årvåken overfor pasientene. I tillegg til observasjonene over, nevner Closs, Cash, Barr og Briggs (2004) at negativ stemmebruk og ansent, beskyttende kroppsstilling kan være tegn på smerte.

2.6. Kartlegging:

Det er viktig med en grundig og systematisk kartlegging av smerte for å kunne gi best mulig behandling. Det finnes forskjellige verktøy for å kartlegge smerte. Bruken av disse verktøyene avhenger av om brukeren har evne til å sette smerte inn i en skala, og om pasienten kan sette ord på smertene. Det kan gjerne lønne seg å bruke flere verktøy sammen. De vil da utfylle hverandre. Alle verktøy for kartlegging av smerte har sine svake sider (Almås, Valand, Bilicz, Berntzen, 2001).

Når en skal kartlegge smerte hos pasienter med kognitiv svikt, byr dette på en ekstra utfordring for sykepleieren. I slike situasjoner er sykepleierens tolking av smertene veldig viktig. I følge Herr, Bursch, Ersek, Miller og Swafford (2010) er det to kartleggingsverktøy, PAINAD (pain assessment in advanced dementia scale) og PACSLAC (pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate), som fungerer bra til denne type pasienter. Disse er utformet slik at sykepleieren svarer på spørsmål om observasjoner hun gjør i henhold til pasientens smerter. Spørsmålene går på observasjon av pust, ansiktsuttrykk, kroppsbevegelse, negativ stemmebruk og sinnstemning. PACSLAC (se vedlegg 1) er den av disse to kartleggingsverktøyene som er mest grundig. Sykepleieren må svare på flere spørsmål angående pasientens tilstand enn ved bruk av PAINAD. PACSLAC anbefales gjerne til bruk en gang hver andre eller tredje måned for å følge smerteutviklingen over tid. PAINAD, (se vedlegg 2) som er en noe kortere undersøkelse, er god å bruke når en vil kartlegge smertene oftere, gjerne daglig.

Men det er ikke gitt at sykepleierens oppfatning av pasientens smerter faktisk stemmer. I følge van Herk, van Dijk, Biemold, Tibboel, Baar og Wit (2009) er det vanlig at sykepleieren

undervurderer smerter hos pasienter med kognitiv svikt. Det viser seg også at jo lenger erfaring sykepleieren har, og jo bedre de kjenner pasienten, jo sikrere er de på at de har vurdert smertene hos pasienten rett.

2.7. Kommunikasjon:

Kommunikasjon med personer med kognitiv svikt kan være en utfordring. Disse pasientene har nedsatt evne til forståelse, nedsatt konsentrasjon og hukommelse. Evnen til verbal og non-verbal kommunikasjon kan også være nedsatt. Når en skal kommunisere med denne typen pasienter, må en tenke på at de eldre trenger noe mer tid enn de yngre til å kommunisere. Både de fysiske og mentale prosesser går tregere hos eldre mennesker. Det er derfor viktig at sykepleieren er tålmodig og aktivt lytter til det de har å si. Å gjenta det den eldre har sagt, kan være lurt for å forsikre seg om at en har skjønt hva pasienten mener, men også for å vise han at en faktisk hører etter, og interesserer seg for det den eldre har å fortelle. I kommunikasjon med pasienter med kognitiv svikt, kan det være en fordel å bruke korte og konkrete setninger samtidig som en legger sitt eget språk tett opp mot pasientens. En bør bruke ord og uttrykk som er kjent for pasienten, kanskje samme ord som han selv ville brukt. Det er også viktig at pasienten får styre tempoet i samtalen. Han får bestemme når det er på tide å skifte til nytt tema. Om en skifter tema for fort, er det ikke sikkert at den eldre pasienten klarer å følge med, og dette er ikke positivt når en vil skape god kommunikasjon (Eide og Eide, 2007).

Noen pasienter med kognitiv svikt har språk, andre har dårlig eller ikke noe språk i det hele tatt. Når det verbale språket ikke er tilstede, må en finne andre måter å kommunisere på. Det er viktig at sykepleieren finner en måte å skape kontakt med pasienten på, slik at hun både gjør seg forstått, men også forstår hva pasienten vil formidle. Via kroppsspråk, bevegelser, mimikk, ansiktsuttrykk, stemmebruk og berøring er det mulig å kommunisere med pasienten uten å bruke ord (Eide og Eide, 2007).

3.0. Metode:

3.1. Metode:

Metode er en fremgangsmåte for å finne kunnskap, og undersøke påstander som menes å være sanne, gyldige eller holdbare. Det er også et middel som kan brukes til å løse problemer, for å komme frem til ny kunnskap. Metode er det redskapet en bruker når en skal undersøke noe. Metoden hjelper en å innhente informasjonen vi trenger til å gjøre undersøkelsen. (Dalland, 2007).

Kvalitativ metode:

Den kvalitative metoden tar sikte på å fange opp noens opplevelse eller mening om noe. Den kvalitative metoden går i dybden og finner mange opplysninger om få tema. I den kvalitative metoden foregår datasamlingen i direkte kontakt med informantene, ved hjelp av intervju. Personene som blir intervjuet kan svare det de vil, føler og mener uten at dette må passe inn i en bestemt mal. De som bruker en kvalitativ metode ser undersøkelsesenheten innenfra, og erkjenner påvirkning og delaktighet (Dalland, 2007).

Kvantitativ metode:

Den kvantitative metoden tar sikte på å samle informasjon til noe målbart. Noe som kan fremstilles i tall, grafer og statistikker. Den går i bredden og samler få opplysninger om et stort antall undersøkelsesenheter. Om det er intervjuer eller spørreskjema er det fastsatte svar. Undersøkelsesobjektet kan ikke svare hva han vil. Når en samler inn data, skjer dette indirekte med undersøkelsesenheten. I den kvantitative metoden ser en undersøkelsesenheten utenfra, på avstand og med nøytralitet (Dalland, 2007).

Mixed method:

Dette er en metode der en fanger opp både kvaliteten og kvantiteten hos undersøkelsesenheten. Om en vil finne ut kvantiteten, hvor ofte, hvor mye, hvor lenge,

samtidig som en vil vite kvaliteten på det som blir gjort, bruker en mixed method. (Dalland, 2007).

Litteraturstudie:

I bacheloroppgaven er det litteraturstudie som blir brukt som metode. Metoden litteraturstudie går ut på at en finner informasjon om tema andre allerede har forsket på. En leter seg systematisk gjennom stoffet, gransker dette med kritiske øyne og finner noe som er relevant for problemstillingen en har valgt. I en litteraturstudie bør en prøve å finne aktuell forskning. Forskning som blant annet ikke er for gammel, og gjerne med en anbefaling for hvordan det som artikkelen handler om kan brukes i praksis. Omfanget av litteraturstudien avhenger av temaet en skriver om. Det finnes ingen regel for hvor mange studier som skal inngå i en litteraturstudie. Det beste resultatet hadde blitt om en hadde funnet alt av forskning og informasjon om temaet en skriver om, men dette kan være vanskelig å gjennomføre i praksis (Forsberg og Wengström, 2008).

3.2. Kildesøk og kildekritikk:

Fremgangsmåten for å finne artiklene jeg har brukt i oppgaven er å søke i databaser funnet gjennom biblioteket sine sider. De tre første artiklene fant jeg via CINAHL. Den fjerde artikkelen fant jeg via Ovid. Jeg har brukt søkeord som ”*cognition disorder, dementia, nursing home, nursing care, pain og communication*”. Jeg har deretter kombinert disse ordene på forskjellige måter når jeg har søkt.

Søk i CINAHL	6. januar 2011
Søkeord	Antall treff
Dementia	18424
Dementia and home nursing	2171

Dementia and home nursing and nursing care	1485
Dementia and home nursing and nursing care and pain	93

Jeg så først over overskriftene på artiklene for å se om det var noe som virket relevant for min problemstilling, deretter las jeg abstrakten. Jeg fant frem til en artikkel jeg kunne bruke ved å lese hele artikkelen. Dette var artikkel nr.5 *Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home* (Keela Herr, Heide Bursch, Lois L. Miller og Kristen Swafford, 2010).

Formålet med studien kommer klart frem. Inklusjons- og eksklusjonskriterier kommer også tydelig frem. Det er sannsynlig at relevante studier er funnet. Det kommer tydelig frem hvordan datasamlingen og analysen gikk for seg. Resultatet av studien kom tydelig frem, og kan i høyeste grad overføres til praksis. Funnene er ytterst relevant for min problemstilling.

Søk i CINAHL	6. januar 2011
Søkeord	Antall treff
Cognition disorder	10038
Cognition disorder and nursing home	381
Cognition disorder and nursing home and nursing care	235
Cognition disorder and nursing home and nursing care and pain	29

Jeg brukte samme fremgangsmåte her som på forrige søk. Jeg fant en artikkel her som var relevant for problemstillingen min. Artikkel nr. 7. *The pain experience of cognitively impaired nursing home residents: Perceptions of family members and certified nursing assistants* (Janet C. Mentis, Julie Teer og Mary P. Cadogan, 2004) Det kommer klart frem hva som var

formålet med studien, og hvilke metode som ble brukt. Problemstillingen var interessant og relevant. Det kom tydelig frem hvorfor og hvordan utvalget ble gjort, og inklusjons- og eksklusjonskriterier kom også tydelig frem. Det kommer klart frem hvordan datasamling og analyse av data gikk for seg. Det var tydelig hvilke bakgrunnsutdanning forfatterne hadde. Forfatterne har brukt andre kilder for å underbygge data. Funnene i studien kom tydelig frem. Denne artikkelen har relevans for min problemstilling, og vil kunne hjelpe meg å svare på den. Det kommer ikke klart frem om studien har vært oppe til vurdering av etisk komité. Det kommer frem i studien hva som er gjort for at informantene skal ha tilstrekkelig informasjon om studien, og at forfatterne har passet på samtykkekompetanse til de som er med i studien. Det kommer ikke tydelig frem hvordan forfatterne har ivaretatt anonymitet og personvern, men jeg kan ikke se at dette er blitt brutt.

Søk i CINAHL	9. januar 2011
Søkeord	Antall treff
Cognition disorder	10038
Cognition disorder and nursing home	381
Cognition disorder and nursing home and nursing care	235
Cognition disorder and nursing home and nursing care and pain	29

Også her har jeg brukt samme fremgangsmåte som på de to andre. Jeg fant en artikkel som var relevant for min problemstilling. Artikkel nr.1 *Assessment of pain: can caregivers or relatives rate pain in nursing home residents?* (Rhodee van Herk, Monique van Dijk, Nathalie Biemold, Dick Tibboel, Frans PM Baar og Rianne de Wit. 2009) Det kommer klart frem hva formålet med studien er. Metoden forfatterne har brukt, kommer også tydelig frem. Problemstillingen er interessant og relevant. Hvorfor og hvordan utvalget ble gjort, og inklusjons- og eksklusjonskriterier er gjort rede for. Det kommer frem hvordan datasamlingen

og analysen er gjort. Forfatterens bakgrunn kommer tydelig frem. Forfatterne har brukt andre kilder for å underbygge data. Resultatet av studien kommer tydelig frem. Studien har relevans for min problemstilling, og kan hjelpe meg å svare på den. Studien er godkjent av en etisk komité. Det kommer ikke tydelig frem om informantene er tilstrekkelig informert om studien, og heller ikke om anonymitet og personvern er ivaretatt.

Søk i Ovid	19. januar 2011
Søkeord	Antall treff
1.Cognitian disorders	1903
2. Communication	31523
3. Nursing home	4757
4.Nursing care	41882
5. 1 and 2	97
6. 5 and 3	8

Jeg har også her brukt samme fremgangsmåte som da jeg fant de tre forrige artiklene. Jeg fant en artikkel som var relevant for min problemstilling. Artikkelen nr. 4 *Cues for the identification of pain in nursing home residents* (Josè Closs, Keith Cash, Bridget Barr, Michelle Briggs, 2005). Formålet med denne studien kommer tydelig frem. Metoden kommer også tydelig frem. Problemstillingen er interessant og relevant. Utvalg, inklusjons- og eksklusjonskriterier kom tydelig frem. Datasamling og analyse av data kom også tydelig frem. Forfatterne har brukt andre kilder for å underbygge data. Resultatene kommer tydelig frem. Studien er relevant for min problemstilling. Forfatterens bakgrunnsutdanning er ikke kommet tydelig frem. Det kommer ikke klart frem om studien har vært oppe til vurdering av en etisk komité, om anonymitet og personvern er ivaretatt, eller om informantene har fått tilstrekkelig informasjon.

3.3. Kildekritikk:

Kildekritikk er metoder som blir brukt for å finne ut om en kilde er sann og troverdig. Det betyr at en vurderer de kildene en bruker. Hensikten med kildekritikk er å la leseren ta del i tankene du har gjort deg om hva relevans den litteraturen du har funnet har i forhold til din problemstilling (Dalland, 2007).

I denne oppgaven har jeg brukt kilder som anses å være sanne og gyldige. Kildene har relevans for min problemstilling. Når jeg velger hvilke kilder jeg vil bruke, ser jeg på om litteraturen er sykepleierrelatert og om forfatteren har kompetanse innenfor feltet.

3.4. Forskningsetiske vurderinger:

Målet med den vitenskaplige forskningen er å finne fakta som kan brukes for å løse problemer som igjen kan føre til ny kunnskap. Det kan oppstå konflikt mellom det å finne ny kunnskap og krav om å gjøre det gode. Forskningen må ikke utsette andre personer for fysisk eller psykisk ubehag. Mennesker har rett til å verne om sitt privatliv og sin integritet (Olsson og Sörensen, 2003).

Når en skal skrive en oppgave basert på litteraturstudie, er det etiske vurderinger å ta hensyn til. En må blant annet ta hensyn til personvern. En skal behandle personopplysningene på en slik måte at personens integritet og privatliv blir ivaretatt. En må forsikre seg om at kvaliteten på personopplysningene er tilstrekkelig, anonymiteten er ivaretatt og at taushetsplikten blir overholdt. En må også ha samtykke fra personene som er med i undersøkelsen. Personene som er med skal vite hva undersøkelsen går ut på, og selv ha valgt å være med i undersøkelsen (Dalland, 2007).

4.0. Resultat:

4.1. “Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home”

Tittel: Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home.

Forfatter: Keela Herr, Heide Bursch, Lois L. Miller og Kristen Swafford.

Tidsskrift: Journal of gerontological nursing

Årstall: 2010

Metode: Kvantitativ - oversiktsartikkel

Denne studien er basert på 41 andre artikler som tar for seg forskjellige verktøy for å vurdere smerte hos pasienter med kognitiv svikt. Forfatterne kom frem til 14 verktøy som de ville vurdere om hadde noen nytteverdi i dagens kliniske praksis. Verktøyene ble vurdert etter pålitelighet, gyldighet, relevans og klinisk nytte i sykehjem. Forfatternes mål med artikkelen var å finne frem til de verktøyene som passet best til å vurdere smerte hos beboere med kognitiv svikt i sykehjem. Det gjensto til slutt to verktøy som forfatterne kunne anbefale. Disse er: The pain assessment in advanced dementia Scale (PAINAD) og The pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC).

PAINAD er et verktøy som er godt å bruke når en skal ta hyppige, for eksempel daglig, vurderinger av smerte. Den inneholder få men konkrete spørsmål om et snevert antall smerterelaterte oppførsler. Den fungerer slik at pleieren som skal vurdere beboeren setter poeng på pust, negativ stemmebruk, ansiktsuttrykk og kroppsspråk. PACSLAC er best å bruke som et verktøy for å vurdere smerte over tid. En bruker gjerne denne en gang hver andre, tredje måned for å følge beboerens smerteutvikling. Dette verktøyet har, i motsetning til PAINAD, flere og mer detaljerte spørsmål som pleieren må svare på. Spørsmålene går for så vidt ut på det samme som i PAINAD, men er som sagt mer detaljert. Ekspertene forfatterne har vært i kontakt med, anbefaler å bruke begge disse verktøyene i en kombinasjon for å få det mest korrekte bilde av beboerens smerte.

4.2. “Assessment of pain: can caregivers or relatives rate pain in nursing home residents?”

Tittel: Assessment of pain: can caregivers or relatives rate pain in nursing home residents?

Forfatter: Rhodee van Herk, Monique van Dijk, Nathalie Biemold, Dick Tibboel, Frans PM Baar og Rianne de Wit.

Tidsskrift: Journal of clinical nursing

Årstall: 2009

Metode: Kvantitativ

Forfatterne av denne studien hadde som mål å finne ut om pårørende og pleiere sin vurdering av smerte hos beboere med kognitiv svikt var til å stole på. I undersøkelsen var det med 174 pasienter, 171 pleiere og 122 pårørende.

Det viser seg at vurderingen av smerte varierte mye fra hva beboerne selv sa, til hva pårørende og pleiere sa. Forfatterne kom frem til at selv om de pårørende og pleierne var ganske sikre på sin vurdering, stemte ikke dette overens med virkeligheten. Det viste seg også at jo lenger erfaring pleierne hadde i faget, og jo bedre de kjente beboerne, jo sikrere var de i sin vurdering. Det samme gjaldt pårørende som har kjent beboeren i årevis. Det spilte også en rolle om beboeren sto fast på smertestillende. Både pårørende og pleiere vurderte at disse beboerne hadde mer smerte enn de som ikke sto fast på smertestillende. Dette viste seg og ikke stemte. Pårørende og pleiere vurderte også at beboere som klarte å uttrykke smerten verbalt, hadde mer smerte enn de som ikke klarte å uttrykke seg tilstrekkelig verbalt.

Forfatterne mener det bør brukes mer og bedre verktøy i form av smerteskalaer, for å få et mer korrekt bilde av beboerens smerter. De foreslår at pårørende bør få opplæring av de ansatte i å vurdere smerte mer systematisk, for at deres utsagn om smerte skal være relevant. God kommunikasjon og forståelse mellom pårørende, beboer og pleiere, er viktig for å få et helhetlig og riktig bilde av beboerens smerter.

4.3. “The pain experience of cognitively impaired nursing home residents: Perceptions of family members and certified nursing assistants”

Tittel: The pain experience of cognitively impaired nursing home residents: Perceptions of family members and certified nursing assistants

Forfatter: Janet C. Mentes, Julie Teer og Mary P. Cadogan

Tidsskrift: Pain Management Nursing

Årstall: 2004

Metode: Kvalitativ

Denne artikkelen er basert på intervjuer med pleiere, og pårørende til pasienter med kognitiv svikt. Hensikten var å finne ut om informasjon fra pårørende kan være til hjelp når pleierne skal identifisere smerte hos beboeren. De forteller at det kan være vanskelig å oppdage smerter hos denne typen beboer. Pleierne og pårørende i denne studien forteller også hva de mener er viktig for å kunne observere og vurdere smerter hos denne typen beboere. Pårørende spiller en stor rolle når det gjelder å oppdage smerte hos pasienter med kognitiv svikt. De vet hvordan beboeren tidligere har reagert på smerte og hvordan han har håndtert smertene. Pårørende i disse intervjuene mener at pleierne på sykehjemmene må være mer årvåken overfor beboerne. De må bli skikkelig kjent med hver og en for lettere å kunne oppdage smerte. Pleierne selv er enig i at det å kjenne beboerens vaner og vanlige oppførsel, er viktig for å kunne avdekke om han har smerte. Når en kjenner beboeren godt, er det lettere å legge merke til når noe ved oppførselen hans avviker fra det normale. Pleierne sier også at det derfor er til stor hjelp for dem når de får ha ansvar for de samme beboerne over tid. Pleierne sier i intervjuene at det å legge merke til beboerens ansiktsuttrykk, uttrykk i øynene, grimaser og uvanlig kroppsbevegelse, er en god pekepinn på om pasienten har smerter. Forfatterne kom frem til at samarbeid mellom pårørende og pleiere er viktig for å kunne oppdage smerte hos beboere med kognitiv svikt.

4.4. “Cues for the identification of pain in nursing home residents”

Tittel: Cues for the identification of pain in nursing home residents

Forfatter: Josè Closs, Keith Cash, Bridget Barr og Michelle Briggs

Tidsskrift: International Journal of Nursing Studies

Årstall: 2005

Metode: Kvantitativ

Målet med denne studien var å finne ut hvilke signaler fra beboerne, pleiere og pårørende bruker for å identifisere og vurdere smerte hos beboerne. Med i studien var det 65 pleiere og 36 pårørende til 113 beboere med kognitiv svikt. Forfatterne kom frem til at kroppsbevegelse, ansiktsuttrykk, forandring i pasientens vanlige oppførsel og selvrappoterter, var de signalene som ble brukt. Det viste seg at hos beboere med en mildere form for kognitiv svikt, var selvrappoterter det som ble lagt mest vekt på. Hos dem med en moderat form for kognitiv svikt, ble også selvrappoterter mye brukt sammen med de andre signalene. Hos beboere med sterkt utviklet kognitiv svikt, var det kroppsbevegelse og forandring i normal adferd som var de signalene som ble brukt for å identifisere smerte. Studien viste at de pårørende oppdaget flere forskjellige signaler for smerte hos beboerne, enn pleierne gjorde. Forfatterne tror dette kan ha noe med at pårørende kjenner beboeren bedre, og oppdager derfor flere signaler enn pleierne som ikke kjenner beboeren like godt. Dette viser betydningen av det å kjenne beboerens vanlige væremåte, og gjenkjenne signaler på smerte fra tidligere smerteepisoder. Forfatterne ser en nødvendighet av å utdanne pleiere ved sykehjem bedre når det gjelder smerte hos denne typen beboer. De ser også nødvendigheten av å finne frem til et verktøy for å vurdere smerte hos disse beboerne.

5.0. Drøfting:

Min problemstilling er: "Hvordan kan sykepleiere observere og kartlegge smerte hos beboere med kognitiv svikt". Dette vil jeg prøve å finne svar på gjennom å drøfte den teorien jeg har funnet om temaet.

5.1. Å oppdage smerte hos beboere med kognitiv svikt:

Betydningen av relasjon:

For sykepleieren er det viktig å skape en relasjon til beboeren for å kunne gi god sykepleie. Om en ikke kjenner beboeren, er det ikke godt å vite om han har smerter eller ikke. Dette forutsetter at sykepleieren både vil, og er i stand til, å skape en relasjon. Som sykepleier burde dette være selvsagt, men det er ikke alle sykepleiere som er like gode på dette. Om disse sykepleierne kommer i kontakt med beboere som ikke har evne til å uttrykke seg tilstrekkelig verbalt, kan det å skape en relasjon by på problemer.

I studien til Closs, Cash, Barr og Briggs (2005) kommer det frem at det er viktig å kjenne beboeren for å kunne se om noe er galt, om noe avviker fra den normale adferden. Dette kom også Mentés, Teer og Cadogan frem til i sin studie fra 2004. Beboere med kognitiv svikt har ikke alltid like lett for å uttrykke seg på en måte som andre forstår. De klarer gjerne ikke å bruke ord, og heller ikke alltid kroppsspråk som stemmer overens med det de prøver å formidle. Om en da har jobbet med denne beboeren over lenger tid, ville en gjerne kunne se at det er noe som er galt, selv om beboeren selv ikke klarer å uttrykke dette. Det er derfor en fordel at sykepleierne har faste beboere når hun er på jobb (Mentés et.al 2004). Sykepleieren vil etter hvert kjenne til beboerens kroppsspråk relatert til smerte. Smerte kan komme til uttrykk via forandring i normal adferd, ansiktsgrimaser, uttrykk i øynene, avvergende bevegelser og negativ vokalisering. Jeg ser at det kan bli en utfordring i praksis at sykepleieren har de samme beboerne hele tiden. I følge Martinsen (1989) er det viktig at sykepleieren ser pasienten. Det at sykepleieren ser tegnene beboeren sender ut som kan relateres til smerte, og

at hun faktisk vet hva hun skal se etter, er viktig for at beboeren skal få den omsorgen han trenger relatert til smerte.

I Herk, Dijk, Biemold, Tibboel, Baar og Wit (2009) sin studie kom det frem at jo bedre sykepleierne kjente beboeren, jo sikrere var de på at de hadde vurdert smertene rett. Dette viste seg å ikke stemme helt med virkeligheten. Det kom også frem at pleierne vurderte at smertene til beboerne som kunne uttrykke seg verbalt, var sterkere enn smertene til de beboerne som ikke kunne uttrykke seg verbalt. En legger bedre merke til smertene hos en beboer som sitter og klager over at han har vondt et sted. Det er også lettere å gjøre noe med, i og med at beboeren selv kan si hvor han har vondt, og hvor vondt han har det. Det er dårlig observasjon av sykepleieren om hun ikke også legger merke til beboerne som ikke skriker høyest. Hadde sykepleieren da kjent beboerne godt, ville hun gjerne lagt merke til at det var noe som plaget beboerne, uten at de trengte å si noe. Sykepleieren må bruke den kunnskapen hun har om smerte hos denne typen beboer og hvordan det kommer til uttrykk for å se hva beboeren faktisk uttrykker.

Martinsen(1993) sier at relasjon er det fundamentale i menneskets liv. Hun mener dette er selvsagt siden menneskers liv er forbundet med andre menneskers liv. Alle mennesker er avhengige av andre mennesker. En beboer med kognitiv svikt er avhengig av å bli sett og trodd for å få gjort noe med smertene sine. Det å bli sett og trodd kan vike som en stor lettelse for beboeren. Her kommer en tilbake til at sykepleieren må bruke kunnskapen hun har innenfor temaet for å kunne avdekke smerte hos beboerne. Closs et.al. (2005) poengterer nødvendigheten av opplæring av sykepleiere innen dette temaet. Om en har mer kunnskap om dette temaet vil det være lettere å imøtekomme beboerens behov for å bli sett og trodd.

Betydningen av kommunikasjon:

For å kunne skape en god relasjon mellom sykepleier og beboer, er det viktig med god kommunikasjon. Ifølge Martinsen (1993) er relasjoner mellom mennesker det grunnleggende i menneskets liv. Noen beboere med kognitiv svikt kan kommunisere verbalt, andre

kommuniserer dårlig verbalt, og noen ikke i det hele tatt. Dette må en som sykepleier være klar over, og derfor finne andre måter å forstå, og gjøre seg forstått på. Ifølge Eide og Eide (2007) er bruk av bevegelser og kroppsspråk, mimikk og ansiktsuttrykk, stemmebruk og berøring en måte å kommunisere på uten å bruke ord. Ved hjelp av dette, kan beboere med kognitiv svikt både peke og vise med ansiktsuttrykk at de har smerte. Også friske personer viser med ansiktsmimikken og kroppsspråket at de har smerter. I studien til både Mentis et.al. (2004) og Closs et.al. (2005) ser vi også at beboere med kognitiv svikt kan kommunisere ved hjelp av kroppsspråk, ansiktsuttrykk og grimaser, uttrykk i øynene, forandring i adferd og avvergende kroppsbevegelser.

Ifølge Eide og Eide (2007) er det viktig at en kommuniserer i den eldres tempo. Den eldre reagerer noe tregere enn vi unge gjør. Har beboeren kognitiv svikt i tillegg, kan det hende han trenger enda litt lenger tid på kommunikasjonen. Det er viktig at sykepleieren setter seg ned og viser at hun har tid til å lytte. Her kommer vi tilbake til at det kan føles som en lettelse for beboeren å bli sett og trodd. Men det hjelper ikke å bare vise at en har tid til å lytte, hvis en ikke får noe konstruktivt ut av denne tiden. Sykepleieren må virkelig anstrenge seg for å få med seg, og skjønne, hva budskapet til beboeren er. Ifølge Eide og Eide (2007) kan en med fordel gjenta det beboeren har sagt for å forsikre seg at en har forstått rett. Med beboere med kognitiv svikt, som ikke klarer gjøre uttrykk for seg verbalt, kan det av egen erfaring være lurt å si høyt det en tror beboeren prøver å formidle. Beboeren kan da enten uttrykke enighet eller uenighet i det en sier. I følge Closs et.al (2005) kan en beboer med kognitiv svikt uttrykke seg med kroppsspråk, slik at han klarer å gjøre seg forstått. Som sagt må dette skje i beboernes eget tempo. Det kan være lurt å ta det rolig, ord for ord, til en har kommet frem til budskapet i det beboeren prøver å formidle.

Selv om en setter seg ned og virkelig gjør en innsats for å forstå hva beboeren mener, er det ikke sikkert at en faktisk finner frem til det beboeren prøver å formidle. Dette kan virke frustrerende både for beboer og sykepleier. En kan jo tenke seg selv hvor vanskelig det må være å prøve å fortelle den andre om smertene, men den andre forstår ikke hva du mener. Når en skal kartlegge smerte hos beboere som ikke selv klarer å gjøre tilstrekkelig rede for seg,

kan samtale med de pårørende være til god hjelp. Det er ikke bare viktig at sykepleieren skaper en relasjon til beboeren. Hun må også skape en relasjon med de pårørende. Pårørende kan komme med opplysninger om hvordan beboeren har reagert på smerte tidligere, og hvordan de eventuelt har håndtert og behandlet denne smerten. Noen personer tåler lite smerte og gjør et stort nummer ut av det, mens andre har høy smerteterskel, og vil helst ikke vise at de har smerter i det hele tatt. Ifølge Mentis et.al. (2004) er pårørende en god ressurs for sykepleierne når de skal observere og kartlegge smerte hos beboerne. Gjennom samtale med pårørende kan en få vite mye om beboerens oppførsel relatert til smerte, som en ikke visste fra før. Om sykepleieren får denne informasjonen av de pårørende, vil hun være mer sikker på at de opplysningene hun har om beboerens smertereaksjon er korrekt.

På en annen side kommer det frem i Herk et.al. (2009) sin studie at de pårørendes vurdering av beboerens smerte ikke alltid er helt korrekt. De pårørende vurderer gjerne smerten som sterkere enn det den egentlig er. Dette er i grunnen forståelig. Når en ser en av sine nærmeste ha det vondt, går det gjerne sterkt innpå en, og en overdriver litt for at beboeren skal få en eller annen form for behandling av smertene. Dette må sykepleieren være klar over i samtale med pårørende. Det ikke sikkert de pårørende klarer være objektive når de snakker om sine nærmeste. De er følelsesmessig involvert, og det vil de alltid være selv om de prøver så godt de kan å se saken fra en objektiv vinkel. I følge Herk et.al (2009) er det en fordel om pårørende får en innføring i å observere smerte hos beboere med kognitiv svikt. Sykepleieren kan informere om hvilke kliniske tegn på smerte de pårørende skal se etter. Dette forutsetter at sykepleierne selv har god innsikt i hvilke observasjoner en kan gjøre relatert til smerte.

Det er viktig er at sykepleieren ikke gir seg, men forsøker andre innfallsvinkler for å prøve og forstå hva beboeren vil formidle. I følge Martinsen (1993) skal sykepleieren ivareta den delen av den andres liv som hun har i sin hånd. Closs et.al. (2005) sier i sin studie at beboere med sterkt utviklet kognitiv svikt klarer å uttrykke seg med kroppsspråk slik at de kan bli forstått. En finner på denne måten gjerne ut at beboeren har smerter, og hvor smertene sitter. Men ikke nødvendigvis intensiteten av smertene. Hvor sterke smertene er, er relevant opplysning for behandling av smertene. Sykepleierens ferdigheter i kommunikasjon kan ha betydning for

hvilke opplysninger hun klarer å få ut av kommunikasjonen med beboeren. Om ikke sykepleieren har evne til å forstå eller gjøre seg forstått i en non-verbal kommunikasjonssituasjon, kan dette bli ett problem når det gjelder å finne informasjon om beboerens smerter.

5.2. Ethiske dilemmaer:

Å føle seg avhengig av andre kan være en vond følelse, en følelse av mindreverd (Martinsen, 1993). Det er viktig at sykepleieren opptrer på en slik måte overfor beboeren at han ikke føler seg mindreverdig eller til bry på noen som helst måte. Martinsen(1993) sier at moral er å handle til den andres beste, og ta vare på den delen av den andres liv som en har i sin hånd. Martinsen (1993) sier også at alle mennesker er avhengig av andre mennesker, en eller annen gang i livet, på en eller annen måte. Denne avhengigheten kommer tydeligere frem når personen er i en situasjon preget av sykdom, skade eller funksjonstap. Når en har en beboer med en form for kognitiv svikt, vil han i større eller mindre grad trenge hjelp. Om en som sykepleier viser med kroppsspråk og tale at en ikke har tid, eller at beboeren er til bry, vil dette bygge opp under følelsen av mindreverd.

Ifølge Herk et.al. (2009) sin studie vurderte pleierne at de beboerne som sto på faste smertestillende hadde mer smerte enn de som ikke sto fast på smertestillende. Er det rett å anta at selv om en beboer ikke står på faste smertestillende, så har ikke beboeren spesielt mye smerter? Kanskje denne beboeren ikke klarer å uttrykke hvor sterke smertene egentlig er. Da vil smertene bli oversett av sykepleierne, og ingenting blir gjort med det. Beboeren har fremdeles like store smerter. Sykepleieren bør være bevisst på at selv om beboeren ikke klarer uttrykke hvor sterke smertene er, så er de der og trenger å gjøres noe med. Dette viser hvor avgjørende det er at sykepleieren har tid til å sette seg ned med beboeren for å avdekke hvilke behov han har. Han har kanskje mer på hjertet enn det som kommer frem i det daglige. Når sykepleieren nett stikker hodet inn for å høre om alt står bra til, føler gjerne beboeren at han er til bry om han begynner å prøve seg på en forklaring på hva som er galt.

Det er som nevnt over lurt å sette av litt tid med beboeren på tomannshånd å for kommunisert skikkelig. Beboeren skal ikke være nødt til å fortelle sykepleieren at han har smerter. Hun skal kunne observere tegnene beboeren kommer med som forteller at han har smerter. Hun skal også gjøre noe for å lette smertene til denne beboeren. Martinsen (1993) sier at moralen ligger i handlingene en gjør. Disse handlingene går gjerne forbi i stillhet. De yrkesetiske retningslinjene (2001) sier at sykepleieren skal ivareta pasientens integritet, og passe på at pasienten ikke blir krenket. De sier også at sykepleieren skal gi pasienten muligheten til å være med å ta en avgjørelse. Selv om beboeren har en form for kognitiv svikt, har han rett til å være med å ta en avgjørelse. En avgjørelse kan gå på om smertene skal behandles, og eventuelt hvordan de skal behandles. Det blir ikke etisk rett om sykepleieren bare bestemmer at beboeren har en viss type smerter, og at hun ønsker en viss behandling. Dette er å overkjøre beboeren og frata han retten til medbestemmelse. Dette kan i høyeste grad virke krenkende. Selv om beboeren har en lidelse som gjør at han ikke alltid klarer å formidle sitt budskap slik han ville gjort om han var frisk, kan en som tidligere nevnt se på oppførselen og kroppsspråket til beboeren hva han vil og mener. På en annen side ser jeg at det er lett for at det blir gjort på denne måten. Sykepleieren ser at beboeren har smerte, og ønsker bare å gjøre noe for å hjelpe han. Det kan være tøft for sykepleieren å se at en beboer har smerter uten at hun klarer å forstå hvor smertene kommer fra, eller hvor sterke de er. Men dette gir ikke sykepleieren rett til å overkjøre beboeren. Hun må gjøre noen forsøk på å prøve å forstå.

5.3. Observering og kartlegging:

Selv om beboere med kognitiv svikt ikke klarer å uttrykke seg tilstrekkelig verbalt, må en som sykepleier være der og fange opp signalene de gir som kan tyde på smerte. Ifølge studien til både Mentis m.fl. (2004) og Closs m.fl. (2005) kan det gjøres mange observasjoner som avdekker smerte hos denne typen beboere. Disse observasjonene er kroppsspråk, forandring i normal adferd, avvergende bevegelser, grimaser i ansiktet, uttrykk i øynene, negativ vokalisering. Tegnene vil ikke si noe om hvor ofte beboeren har smerter, og til en viss grad heller ikke hvor intense smertene er. Ifølge Almås, Valand, Bilicz og Berntzen (2001) er kartlegging viktig for å kunne gi best mulig smertebehandling til beboeren.

I studien til Herr, Bursch, Miller og Swafford (2010) kommer de frem til to smertevurderingsverktøy som egner seg til bruk på denne typen beboere i sykehjem. Almås et.al. (2001) mener at bruk av slike verktøy er lurt når en skal kartlegge smertene, både over tid, men også fra dag til dag. Herk et.al. (2009) og Closs et.al. (2005) kommenterer også i sine studier at bruk av smertevurderingsverktøy er relevant for å observere og kartlegge smerte hos denne typen beboere.

Når en kartlegger smertene til beboerne over tid, vil en kunne bla seg tilbake å se om smertene har utviklet seg i negativ eller positiv retning. En vil dermed kunne se om den behandlingen beboeren eventuelt får, er tilfredsstillende. De to smertevurderingsverktøyene Herr et.al. (2010) kom frem til i sin studie, fungerer på den måten at det er sykepleieren som svarer på spørsmål om beboerens oppførsel relatert til smerte. Det blir dermed sykepleierens vurdering av beboerens smerte som er avgjørende for resultatet, og som blir skrevet ned på papiret. Ifølge Herk et.al. (2009) er det ikke sikkert at disse vurderingene er korrekt. Men på en annen side er det bedre for beboeren at det blir gjort en form for systematisk vurdering i stedet for bare antagelser. Dette nevner også Herk et.al. (2009) i sin studie. Som Kari Martinsen (1989) sier, er den praktiske handlingen svært viktig. Handlingen her er å gjøre noe aktivt for å kartlegge beboerens smerter.

Jeg har ikke selv prøvd ut disse to smertevurderingsverktøyene i praksis, og heller ikke sett de bli brukt i praksis av andre. Men grunnen til at akkurat disse to smertevurderingsverktøyene ble anbefalt av forfatterne, var at de hadde relevans for å vurdere smerte hos denne typen beboere, men også fordi de faktisk fungerte i praksis. Jeg har studert verktøyene (se vedlegg 1 og 2) og fått dannet meg et bilde av hvordan de brukes, og hvordan disse ville fungert i praksis. PAINAD er et verktøy som er kort og konkret. Den inneholder noen få enkle spørsmål om beboerens oppførsel, kroppsspråk, ansiktsuttrykk og pust, relatert til smerte. Dette verktøyet inneholder også en god beskrivelse av hva som menes med utsagnene under hver av kolonnene med poeng som blir gitt etter hvordan sykepleieren vurderer beboeren. På pust er det for eksempel 0 poeng for normal pust, 1 poeng for sporadisk anstrengt pust eller korte perioder med hyperventilering, og 2 poeng for høylytt anstrengt pust, lenger perioder

med hyperventilering eller Cheyne-Stokes. I det verst tenkelige tilfelle vil beboeren til sammen få 10 poeng. Dette karakteriseres som alvorlige smerter. Dette verktøyet blir anbefalt av forfatterne å bruke hver dag.

Herr et. al. (2010) anbefaler at en bruker PAINAD i kombinasjon med det andre verktøyet som heter PACSLAC. Dette er et noe lenger og mer omfattende verktøy. Men det går i grunn ut på de samme observasjonene som i PAINAD. Her setter ikke sykepleieren poeng på de forskjellige observasjonene hun gjør, men haker av i de forskjellige rutene om hun har observert den typen smerterelatert oppførsel. I dette verktøyet er det ikke like godt forklart hva som menes med de forskjellige utsagnene, men jeg mener det skal være greit å forstå likevel. Når en da har haket av de observasjonene en gjør, summerer en sammen alle hakene. En kan totalt få 65 haker. Dette verktøyet blir anbefalt av forfatterne at en bruker gjerne en gang i måneden. Det er et verktøy som kan brukes til å se om smertetilstanden til beboeren er forverret eller blitt bedre over tid. Jeg tror at disse to verktøyene i en kombinasjon kan være en god ressurs for å avdekke smerte hos beboere med kognitiv svikt, og å følge smerteutviklingen over tid. Ifølge Mentis et.al. (2004) sin studie bør pleiepersonell på sykehjem få mer opplæring i å vurdere smerte hos denne typen beboere, og opplæring i bruk av smertevurderingsverktøy.

I og med at disse smerteverktøyene er på engelsk, kan dette bli en utfordring for noen. Ikke alle er like gode i engelsk, og verktøyene har gjerne med noen ord som en ikke bruker når en snakker engelsk til vanlig. På en annen side vil alle som har fått opplæring i å bruke smerteverktøyene vite hva de forskjellige ordene betyr.

Om en ikke bruker noen form for smertevurderingsverktøy, kan det være lett å overse forandringer i beboerens smertetilstand. Denne typen beboer kan ikke nødvendigvis fortelle deg om han føler seg bedre eller verre i dag, enn han gjorde for en uke siden. Et annet moment er at når forskjellige sykepleiere er inne og observerer beboerne, vil resultatet bli forskjellig. Alle opplever andres smerte på forskjellige måter. Ifølge Almås et.al. (2001) er det sykepleierens egne erfaringer, både fra yrkeslivet og livet ellers, som avgjør hvordan hun

oppfatter smerte også hos andre. Dersom sykepleieren har en høy smerteterskel, vil hun gjerne vurdere smerten til beboeren som lavere enn slik beboeren egentlig opplever det. Det kan være skummelt å tenke: ”hadde dette vært meg”. Beboeren har gjerne lav smerteterskel, og tåler lite før han ønsker smertestillende. Dette kan selvsagt også gå andre veien. Dersom sykepleieren har en lav smerteterskel vurderer hun gjerne smerten til beboeren som sterkere enn den egentlig er. Dette kan føre til unødvendig bruk av smertestillende. Etter min mening er ikke dette like farlig som om en undervurderer smertene. Om en undervurderer smertene, vil dette få større konsekvenser for beboerens del. I følge Herk et. al (2009) har sykepleiere en tendens til å undervurdere smerte hos beboere med kognitiv svikt. Sett i dette lys kan en uansett få forskjellige resultater om en bruker smertevurderingsverktøy eller ikke.

6.0. Konklusjon:

Gjennom studie av dette temaet konkluderer jeg med at for å kunne observere og kartlegge smerte hos beboere med kognitiv svikt, må en for det første bygge en relasjon til beboeren. En må bli kjent med beboerens måte å være på, og hans måte å kommunisere på. Når en kjenner beboerens vanlige adferd kan en lettere observere om det er noe som avviker fra det normale. Om sykepleieren jobber med de samme beboerne over lenger tid, vil hun etter hvert ha bygget opp en sterk relasjon til beboeren. Hun vil da kjenne hans kroppsspråk, normale adferd og hans måte å reagere på smerte. Dette vil bli en trygghet for både beboeren og sykepleier.

En må også snakke med de pårørende. De pårørende er en viktig ressurs når det gjelder å avdekke smerte hos denne typen beboere. De pårørende har kjent beboeren gjennom store deler av livet, og vet hvordan beboeren tidligere har reagert på smerte. De kan komme med gode tips på hva en skal se etter hos den enkelte beboer. Det sykepleieren må være bevisst her er at de pårørende gjerne er følelsesmessig involvert, og av den grunn kan se mer subjektivt på saken enn det som er ønskelig.

Kommunikasjon med beboeren er også viktig for å avdekke smerte. Det er viktig at beboeren får styre tempoet på kommunikasjonen. Sykepleieren må ha tid til å sette seg ned å virkelig høre etter, og gå inn for å forstå hva beboeren vil formidle. Om en har tid, kan en få vite mye av beboeren, selv om han ikke klarer å uttrykke seg tilstrekkelig med ord.

Det å ta beboeren med i avgjørelser kan være viktig for beboeren. Om en overkjører beboeren, kan han føle seg krenket. Selv om beboeren har kognitiv svikt, har han rett til å være med å bestemme over sitt eget liv så langt det lar seg gjøre.

For å oppdage smerte hos beboere som ikke kan uttrykke dette tilstrekkelig verbalt kan en også observere kroppsspråk, ansiktsuttrykk, grimaser i ansiktet, øynene, kroppsholdningen og avvergende bevegelser hos beboeren. En person som har smerter vil vise dette med hele seg.

Dette gjør han bevisst eller ubevisst. Sykepleieren må være bevisst disse tegnene som beboeren kommer med. Hun må vite hvilke tegn som kan være en indikasjon på smerte.

For å kartlegge smerter hos en beboer med kognitiv svikt kan en med fordel bruke ett smertevurderingsverktøy. I og med at beboeren ikke selv klarer å gjøre rede for seg må en bruke ett smertevurderingsverktøy der sykepleieren vurderer beboerens smerte ut fra observasjoner hun gjør. Når en bruker et slikt verktøy vil en systematisk få kartlagt beboerens smerter i en kortere eller lenger periode. Et slikt verktøy er nyttig for å se om behandlingen beboeren eventuelt får, har den ønskede virkningen. For beboeren er det viktig at dette blir gjort. En vil få bedre kontroll over beboernes smerter på denne måten.

Referanser:

- Almås H, Valand E, Bilicz J. A, Berntzen H. (2001) Sykepleie til pasienter med smerter. I: Almås (red.) *Klinisk Sykepleie*, bind 1 (s. 65-74) Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo
- Berentsen V. D. (2008) Kognitiv svikt og demens. I: Kirkevol M, Brodtkorb K, Ranhoff A. H. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten.* (350-382) Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Closs J, Cash K, Barr B, Briggs M. (2005) Cues for the identification of pain in nursing home residents. *International Journal of Nursing Studies.* 42(1):3-12, 2005 Jan.
- http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T7T-4CS4HKD-1&_user=3331856&_coverDate=01%2F31%2F2005&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000059321&_version=1&_urlVersion=0&_userid=3331856&md5=d58acef7747a9925f00a4aa2190ecf7e&searchtype=a
- Dalland O. *Metode og oppgaveskriving for studenter* (2007) Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo
- Eide H, Eide T. (2007) Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Forsberg C, Wengström Y. *Att göra systematiska litteraturstudier* (2008) ScandBook AB, Falun
- Herr K, Bursch H, Ersek M, Miller L.L, Swafford K. (2010). Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home. Expert consensus recommendations for practice. *Journal of gerontological nursing*, Vol. 36, No. 3.
- (<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=11&sid=218b9e34-b58b-482f-947c-9518721b3830%40sessionmgr10&vid=6&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010587400>)
- Martinsen K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien.* Tano, Oslo

Martinsen K. (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk – filosofiske essays*. Tano, Oslo

Mentes J.C., Teer J., Cadogan M. P. (2004) *The pain experience of cognitively impaired*

nursing home residents: Perceptions of family members and certified nursing

assistants. Pain Management Nursing.5(3); 118-25 (20 ref)

(http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WP6-4D96R8M-7&_user=10&_coverDate=09%2F30%2F2004&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=546e990f5ce3d11a6d3891a55fadcccc&searchtype=a)

Nordtvedt P, (2008) Klinisk sykepleie – realiteter og utfordringer. I: Almås (red.) *Klinisk*

sykepleie, bind 1(s. 5)Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

Olsson H, Sörensen S. (2003) *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*.

Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Ranhoff A. H. (2008) Den akutt syke gamle. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff A. H

(red.) *Geriatrisk Sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 186) Gyldendal

Norsk Forlag, Oslo

Van Herk R, Van Dijk M, Biemold N, Tibboel D, Baar F.P.M, De Wit R (2009) *Assessment*

of pain: can caregivers or relatives rate pain in nursing home residents? Journal of clinical nursing, 18, 2478-2485.

(<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=11&sid=218b9e34-b58b-482f-947c-9518721b3830%40sessionmgr10&vid=4&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010366610>)

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2001) Norsk Sykepleieforbund.

<http://stud.hsh.no/home/125211/HSB/Yrkesetiske%2520retningslinjer%25202001.pdf>

Bilder:

Link til bildet på tittelarket:

<http://www.google.no/imgres?imgurl=http://www.nettavisen.no/imagecache/parameter/%3Faction%3Dresize%26width%3D300%26height%3D-1%26url%3Dhttp://pub.tv2.no/multimedia/na/archive/00754/Gammel->

Mann_7543663x4.jpg&imgrefurl=http://www.side2.no/helse/article2830634.ece&usg=__KQty3dInGt7f9fhwdKedC3f5AQg=&h=400&w=300&sz=24&hl=no&start=23&zoom=1&tbnid=IOa7FPjIqzh9AM:&tbnh=167&tbnw=125&ei=sxFZTfWICoWZOqX-IQF&prev=/images%3Fq%3D%25C3%25B8resus%26hl%3Dno%26sa%3DG%26biw%3D1020%26bih%3D458%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1&itbs=1&iact=rc&dur=469&oei=cRFZTaCJGcqXOpvonPgE&page=3&ndsp=9&ved=1t:429,r:4,s:23&tx=79&ty=78

Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)

DATE: _____ TIME ASSESSED: _____ NAME OF PATIENT/RESIDENT: _____

PURPOSE: This checklist is used to assess pain in patients/residents who have dementia and are unable to communicate verbally.

INSTRUCTIONS: Indicate with a checkmark, which of the items on the PACSLAC occurred during the period of interest.
Scoring the Sub-Scales is derived by counting the checkmarks in each column
To generate a Total Pain Score sum all four Sub-Scale totals.

Comments:

Sub-scale Scores:

Facial Expressions	_____
Activity/Body Movement	_____
Social/Personality Mood	_____
Other	_____
Total Checklist Score	_____

* "Other" sub-scale includes physiological changes, eating and sleeping changes and vocal behaviours.

This version of the scale does not include the items "sitting and rocking", "quiet/withdrawn", and "vacant blank stare" as these were not found to be useful in discriminating pain from non-pain states.

Copyright © Shannon Fuchs-Lacelle and Thomas Hadjistavropoulos

The PACSLAC may not be reproduced without permission

For permission to reproduce the PACSLAC, please contact the copyright holder's Thomas.Hadjistavropoulos@ureg.on.ca

Note on Scoring: There is no recommended cut-off score at this time. Scores all depend on the person and context (e.g., whether they are assessed over a shift or during a transfer). The authors recommend an individualized approach whereby a baseline series of scores is collected for each resident and then the nurse observes deviations from the score (also examining whether pain treatments result in decline in scores).
Email correspondence from Thomas Hadjistavropoulos May 28, 2007

Copyright © Shannon Fuchs-Lacelle and Thomas Hadjistavropoulos. The PACSLAC is an educational instrument.
For permission to reproduce the PACSLAC, please contact the copyright holder's Thomas.Hadjistavropoulos@ureg.on.ca

Vedlegg:
Vedlegg 1:

Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)

Facial Expressions	Present	Activity/Body Movement	Present	Social/Personality/Mood	Present
Grimacing		Decreased activity		Upset	
Sad Look		Refusing medications		Agitated	
Tighter face		Moving slow		Cranky/Irritable	
Dirty look		Impulsive Behaviour (e.g., repetitive movements)		Frustrated	
Change in eyes (squinting, dull, bright, increased movement)		Uncooperative/Resistant to care		Other*	
Frowning		Guarding sore area		Pale Face	
Pain expression		Touching/holding sore area		Flushed, red face	
Grim face		Limping		Tearful eyes	
Clenching teeth		Clenched fist		Sweating	
Wincing		Going into fetal position		Shaking/Trembling	
Opening mouth		Stiff/ryd		Cold & clammy	
Creasing forehead		Social/Personality/Mood		Changes in sleep (please circle)	
Screwing up nose		Physical aggression (e.g., pushing people and/or objects, scratching others, hitting others, sinking, kicking)		Decreased sleep or	
Activity/Body Movement				Increased sleep during day	
Fidgeting				Changes in Appetite (please	
Pulling Away				Decreased appetite or	
Flinching				Increased appetite	
Restless				Screaming/Yelling	
Pacing				Calling out (i.e. for help)	
Wandering				Crying	
Trying to leave				A specific sound or vocalisation	
Refusing to move				For pain 'ow', 'ouch'	
Thrashing				Moaning and groaning	
				Mumbling	
				Grunting	

*Specify in separate field below: Frown, Tears, Shivering, etc. The PACSLAC is a public domain tool for use in research and clinical practice. It is not a trademark of any company. It is available at www.painassessment.com

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale

Items*	0	1	2	Score
Breathing independent of vocalization	Normal	Occasional labored breathing. Short period of hyperventilation.	Noisy labored breathing. Long period of hyperventilation. Cheyne-Stokes respirations.	
Negative vocalization	None	Occasional moan or groan. Low-level speech with a negative or disapproving quality.	Repeated troubled calling out. Loud moaning or groaning. Crying.	
Facial expression	Smiling or Inexpressive	Sad. Frightened. Frown.	Facial grimacing.	
Body language	Relaxed	Tense. Distressed pacing. Fidgeting.	Rigid. Fists clenched. Knees pulled up. Pulling or pushing away. Striking out.	
Consolability	No need to console	Distraught or reassured by voice or touch.	Unable to console, distract or reassure.	
Total**				

*Five-item observational tool (see the description of each item below).

**Total scores range from 0 to 10 (based on a scale of 0 to 2 for "five items"), with a higher score indicating more severe pain (0="no pain" to 10="severe pain")

Breathing

1. Normal breathing is characterized by effortless, quiet, rhythmic (smooth) respirations.
2. Occasional labored breathing is characterized by episodic bursts of harsh, difficult or wearing respirations.
3. Short period of hyperventilation is characterized by intervals of rapid, deep breaths lasting a short period of time.
4. Noisy labored breathing is characterized by negative sounding respirations on inspiration or expiration. They may be loud, gurgling, or wheezing. They appear strenuous or wearing.
5. Long period of hyperventilation is characterized by an excessive rate and depth of respirations lasting a considerable time.
6. Cheyne-Stokes respirations are characterized by rhythmic waxing and waning of breathing from very deep to shallow respirations with periods of apnea (cessation of breathing).

Negative vocalization

1. None is characterized by speech or vocalization that has a neutral or pleasant quality.
2. Occasional moan or groan is characterized by mournful or murmuring sounds, wails or laments. Groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.
3. Low level speech with a negative or disapproving quality is characterized by muttering, mumbling, whining, grumbling, or swearing in a low volume with a complaining, sarcastic or caustic tone.
4. Repeated troubled calling out is characterized by phrases or words being used over and over in a tone that suggests anxiety, uneasiness, or distress.
5. Loud moaning or groaning is characterized by mournful or murmuring sounds, wails or laments much louder than usual volume. Loud groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.
6. Crying is characterized by an utterance of emotion accompanied by tears. There may be sobbing or quiet weeping.

Facial expression

1. Smiling is characterized by upturned corners of the mouth, brightening of the eyes and a look of pleasure or contentment. Inexpressive refers to a neutral, at ease, relaxed, or blank look.
2. Sad is characterized by an unhappy, lonesome, sorrowful, or dejected look. There may be tears in the eyes.
3. Frightened is characterized by a look of fear, alarm or heightened anxiety. Eyes appear wide open.

4. Frown is characterized by a downward turn of the corners of the mouth. Increased facial wrinkling in the forehead and around the mouth may appear.
5. Facial grimacing is characterized by a distorted, distressed look. The brow is more wrinkled as is the area around the mouth. Eyes may be squeezed shut.

Body language

1. Relaxed is characterized by a calm, restful, mellow appearance. The person seems to be taking it easy.
2. Tense is characterized by a strained, apprehensive or worried appearance. The jaw may be clenched (exclude any contractures).
3. Distressed pacing is characterized by activity that seems unsettled. There may be a fearful, worried or disturbed element present. The rate may be faster or slower.
4. Fidgeting is characterized by restless movement. Squirming about or wiggling in the chair may occur. The person might be hitching a chair across the room. Repetitive touching, logging or rubbing body parts can also be observed.
5. Rigid is characterized by stiffening of the body. The arms and/or legs are tight and inflexible. The trunk may appear straight and unyielding (exclude any contractures).
6. Fists clenched is characterized by tightly closed hands. They may be opened and closed repeatedly or held tightly shut.
7. Knees pulled up is characterized by flexing the legs and drawing the knees up toward the chest. An overall troubled appearance (exclude any contractures).
8. Pulling or pushing away is characterized by resistiveness upon approach or to care. The person is trying to escape by yanking or wrenching him or herself free or shoving you away.
9. Striking out is characterized by hitting, kicking, grabbing, punching, biting, or other form of personal assault.

Consolability

1. No need to console is characterized by a sense of well being. The person appears content.
2. Distracted or reassured by voice or touch is characterized by a disruption in the behavior when the person is spoken to or touched. The behavior stops during the period of interaction with no indication that the person is at all distressed.
3. Unable to console, distract or reassure is characterized by the inability to soothe the person or stop a behavior with words or actions. No amount of comforting, verbal or physical, will alleviate the behavior.

Warden V. Hurley AC, Volker L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* 2003;4:9-15

Excerpted from Frempton K. "Vital Signs®": *Caring for the Ages* 2004; 6(6):28-35. ©copy, 2004 Lippincott Williams & Wilkins. All rights reserved. Reprinted with permission.



American Medical Directors Association
10480 Little Patuxent Parkway, Suite 760
Columbia, MD 21044
(800) 878-2832 or (410) 740-9743
Fax (410) 740-4572
E-mail: webmaster@amda.com

This page was last updated on July 28, 2004.

Vedlegg 3:

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat	Diskusjon	Konklusjon
<p>”Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home”. Keela Herr, Heide Bursch, Lois L. Miller, Kristen Swafford</p>	<p>Hensikten med denne studien var å finne frem til smertevurderingsverktøy som en kan bruke til å vurdere smerte hos beboere med kognitiv svikt i sykehjem.</p>	<p>Metoden forfatterne har brukt er å samle inn flere forskjellige smertevurderingsverktøy, for deretter å vurdere disse etter pålitelighet, gyldighet, relevans og klinisk nytte i sykehjem.</p>	<p>Studien er basert på 41 andre artikler som tar for seg forskjellige verktøy for å vurdere smerte hos brukere med kognitiv svikt. I disse 41 artiklene fant de frem til 14 verktøy som de ville vurdere.</p>	<p>Etter å ha gått gjennom de 14 verktøyene de ville vurdere fant de tre verktøy som var gode å bruke til beboere med kognitiv svikt. Den ene ble imidlertid ekskludert fordi den ikke var god til bruk i praksis. De to verktøyene de stod igjen med</p>	<p>I diskusjonen forteller forfatterne litt mer om hvordan de to verktøyene fungerer, og hvorfor de anbefaler akkurat disse verktøyene.</p>	<p>Forfatterne konkluderer med at de to verktøyene de har anbefalt i denne studien er gode til bruk på denne typen beboere i sykehjem. De sier også at en bør bruke disse to verktøyene i en kombinasjon for å få best og mest korrekt resultat.</p>

				da var PAINAD og PACSLAC. Disse verktøyene fungerer på den måten at sykepleieren svarer på spørsmål om beboerens oppførsel relatert til smerte.		
--	--	--	--	---	--	--

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat	Diskusjon	Konklusjon
<p>”Assessment of pain: can caregivers or relatives rate pain in nursing home residents?”</p> <p>Rhodee van Herk, Monique van Dijk, Nathalie Biemold, Dick Tibboel, Frans PM Baar, Rianne de Wit.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å finne ut om pårørende og pleieres vurdering av smerte hos beboere med kognitiv svikt var til å stole på.</p>	<p>Metoden som ble brukt i denne studien var intervju. Undersøkelsesene ble intervjuet enten ansikt til ansikt eller per telefon.</p>	<p>Med i undersøkelsen var det 174 pasienter, 171 pleiere og 122 pårørende.</p>	<p>Forfatterne kom frem til at verken pårørende eller pleierne ikke vurderte smertene til beboeren korrekt. Det viste seg også at jo lenger pleierne hadde kjent beboeren, og jo lenger erfaring de hadde, desto sikrere var hun på sin vurdering. Det samme gjaldt pårørende som har kjent beboeren store</p>	<p>I diskusjonen skriver forfatterne om funnene, og setter pleiernes vurderinger opp mot pårørendes vurderinger, og sammenligner disse. De diskuterer hvordan graden av kognitiv svikt avgjør hvordan pleiere og pårørende vurderer smerte, og at om</p>	<p>Forfatterne konkluderer med at det bør brukes smertevurderingsverktøy for å få et mer korrekt bilde av beboerens smerte. De foreslår at pårørende får opplæring av de ansatte til å vurdere smerte mer systematisk. God kommunikasjon mellom beboer, pårørende og pleier er viktig for å få et helhetlig og korrekt bilde av smerten.</p>

				deler av livet.	beboeren står fast på smertestillende også avgjør hvordan de vurderer smerte.	
--	--	--	--	-----------------	---	--

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat	Diskusjon	Konklusjon
<p>”The pain experience of cognitively impaired nursing home residents: Perceptions of family members and certified nursing assistants”.</p> <p>Janet C. Mentas, Julie Teer, Mary P. Cadogan</p>	<p>Hensikten med denne studien var å finne ut om informasjon fra pårørende om beboerens tidligere oppførsel relatert til smerte, kan hjelpe pleiere når de skal observere smerte hos beboere med kognitiv svikt. De ville også finne ut hva tegn fra beboerne, pleierne bruker når de observerer smerte.</p>	<p>Metoden forfatterne har brukt i denne studien er intervju med pårørende og pleiere.</p>	<p>Med i undersøkelsen var 16 pårørende til 20 beboere på sykehjem. Det var også med 11 pleiere.</p>	<p>Forfatterne kom frem til at pårørende er en god ressurs for pleierne når det gjelder å innhente informasjon om hvordan beboerne reagerer på smerte. Det kom også frem hva tegn pleierne bruker for å observere smerte hos denne typen beboere.</p>	<p>I diskusjonen skriver forfatterne om viktigheten av å kommunisere med de pårørende for å få informasjon om beboerens tidligere smerteadferd. De diskuterer også funnene relatert til hvilke observasjoner pleierne gjør for å oppdage smerte hos disse beboerne. De</p>	<p>Forfatterne konkluderer med at god kommunikasjon mellom pårørende og pleiere er viktig for å oppdage smerte hos denne typen beboere.</p>

					skriver også om å dokumentere smerte, slik at en ved senere anledninger kan unngå smerte hos beboeren.	
--	--	--	--	--	--	--

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat	Diskusjon	Konklusjon
<p>”Cues for the identification of pain in nursing home residents”. Josè Closs, Keith Cash, Bridget Barr, Michelle Briggs</p>	<p>Hensikten med denne studien var å finne ut hvilke signaler fra beboerne, pleierne og pårørende bruker for å identifisere og vurdere smerte hos beboere med kognitiv svikt.</p>	<p>Metoden som ble brukt var å intervju pleiere og pårørende.</p>	<p>Med i denne studien var det 65 pleiere og 36 pårørende til 113 beboere med kognitiv svikt. Disse beboerne holdt til på 15 forskjellige sykehjem.</p>	<p>Forfatterne kom frem til at signalene pleierne og pårørende bruker for å identifisere og vurdere smerte hos beboerne er selvrapporing, kroppsbevegelse, ansiktsuttrykk og forandring i beboerens vanlige oppførsel.</p>	<p>I diskusjonen skriver forfatterne om at å vurdere smerte regelmessig er nødvendig. De diskuterer også hvilke signaler og hvordan pleierne bruker disse signalene om smerte fra beboerne til å identifisere og vurdere smerte. De diskuterer viktigheten av å</p>	<p>Forfatterne konkluderer med at for å kunne identifisere smerte hos beboere med kognitiv svikt må en kjenne beboeren. En oppdager lettere smerte hos beboerne om en kjenner deres vanlige væremåte og hvordan de reagerer på smerte til vanlig. Forfatterne sier også at bruk av smertevurderingsverktøy er nødvendig for å vurdere smerten korrekt. De mener at pleiere ved sykehjem bør få bedre</p>

					kjenne beboerne.	opplæring når det gjelder smerte til denne typen beboere.
--	--	--	--	--	------------------	---