



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5: Sjukepleiefaglig, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave

Emnekode: **SYKHB 3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 22.02.13 kl 14.00

Kandidatnr.: 69

Antall ord: 7318

Sammendrag

Bakgrunn: Demente har et stort behov for hjelp. Blant annet er dette hjelp til å bli tilstrekkelig smertelindret. Utfra praksis erfaringer er det mange demente som ikke får god nok smertedekning, ofte fordi sykepleierne ikke har nok kunnskaper rundt området. Dette handler blant annet om hvordan en som sykepleier kartlegger smertene til de demente, hvordan den medikamentelle behandlingen foregår, og hvordan enn bruker ikke-medikamentell behandling i praksis.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er at en skal finne ut ved litteratur og forskning hvordan en som sykepleier kan bidra til at den demente pasienten kan bli mest mulig smertelindret.

Metode: Denne oppgaven er et litteraturstudie. Der enn har tatt utgangspunkt i artikler som er funnet via søk på ulike artikkelbaser. Samtidig er det også blitt tatt i bruk ulik pensum litteratur, og fagartikler som er funnet ved søk på ulike databaser.

Funn: Demente blir ofte underbehandlet når det gjelder smerter. Kommunikasjon er en viktig del av dette. MOBID smerteskala kan hjelpe sykepleierne med å kartlegge smertene. Samt er det også viktig at sykepleierne har kunnskaper og ferdigheter når det gjelder den medikamentelle behandlingen. Ikke-medikamentell behandling har også vist å ha god effekt på smertelindringen til demente.

Summary:

Background: Dementia has a big need for help. Among other things, this means to get adequate pain relieved. On the basis of practical experience, many dementia patients who does not have good enough pain coverage, often because nurses do not have enough knowledge about the area. This includes articles about how a nurse charting pain to the demented, how drug treatment takes place, and how the use of non-pharmacological treatments works in practice.

Purpose: The purpose of this exercise is to find out by literature and research how a nurse can help the demented patient to be most pain relieved.

Method: This study is a litterastudy. There are written articels that are found through searches on various article databases. Meanwhile, it has also been found different pensum litterature and professional articles that are found by searching on various databases.

Findings: Dementia is often undertreated for pain. Communication is an important part of this. MOBID pain scale can help nurses to identify pain. It`s also important that nurses have the knowledge and skills when it comes to the drug treatment. Non-drug therapy has also been shown to be effective for pain relief to patients with dementia.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt.....	2
1.3 Presentasjon av problemstillingen	2
1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	2
1.5 Oppgavens disposisjon.....	2
2.0 Begrepsmessig rammeverk	3
2.1 Demens	3
2.1.1 Hva er demens?	3
2.1.2 Symptomer på demens.....	3
2.1.3 Behandling av demens.....	4
2.2 Smerter	4
2.2.1 Hva er smerter?	4
2.2.2 Akutt smerte	5
2.2.3 Kronisk smerte	5
2.2.4 Medikamentell smertebehandling.....	5
2.2.5 Ikke-medikamentell smertebehandling	5
2.2.6 Smertekartlegging.....	6
2.5 Sykepleiefaglig perspektiv.....	6
2.5.1 Lindrende sykepleie.....	7
2.5.2 Menneske - til -menneske -forhold.....	7
2.5.3 Kommunikasjon	8
3.0 Metode	9
3.1 Definisjon på metode.....	9
3.2 Litteraturstudie	9
3.3 Litteratursøk.....	10
3.4 Valg av litteratur og kildekritikk	10
4.0 Funn	12
4.1 Smertekartlegging	12
4.2 Medikamentell behandling.....	13
4.3 Ikke-medikamentell behandling.....	14
5.0 Drøfting	15
5.1 Smertekartlegging	15
5.2 Medikamentell behandling.....	17
5.3 ikke-medikamentell behandling	18
6.0 Avslutning	21
7.0 Referanseliste	I

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge er det per. 2012 70 000 som lider av demens (Nasjonalforeningen for folkehelsen, demens, 2012). Samtidig vil antall nordmenn øke betraktelig, og levealderen vil øke til over 90 år (Statistisk sentralbyrå, 2012). Dette vil si at antallet demente ute i kommunene vil øke, og dette vil kreve mer av oss som sykepleiere. I følge en plan fra Helse – og omsorgsdepartementet (2011) skal regjeringen ha fokus på å øke kunnskapen om demente ute i kommunene.

Demente har et stort behov for omsorgstjenester da de ofte ikke er i stand til å kunne ta vare på sine egne behov (Jakobsen, 2007). Behovene de demente har er vi som sykepleiere nødt til å hjelpe dem med å dekke. Herunder kommer behovet om å være godt nok smertelindret.

Forekomsten av smerte hos eldre i følge ulike europeiske studier er mellom 30 og 73%. Blant eldre mellom 83-90 år var forekomsten av smerte 68%. 93% av disse hadde kroniske smerter (Berntzen, et.al, 2010). Dette er høye tall, og viser hvor viktig det er at eldre får god smertelindring. Smerter hos eldre er også veldig underrapportert, under diagnostisert og ofte blir de dårligere behandlet (Berntzen, et.al, 2010). Smertebehandlingen har blitt bedre de siste 20-30 årene. I dag har en mye kunnskaper om hvordan smertebehandlingen virker (Berntzen, et.al, 2010). Smerter er for det meste subjektive, og det er vanskelig for en utenforstående og kunne se smerter. Det vil i mange sammenhenger være aktuelt å kunne måle smerter objektivt (Arendt-Nielsen, L, 2003). Særlig i forhold til pasienter som har svekkete kommunikative evner vil dette være aktuelt.

I løpet av praksisperiodene har demente og eldre vært sentralt. Både i sykehjems og psykiatri praksis. Demente har alltid vært interessant fordi det er en sykdom en kan finne overalt en arbeider. Spesielt i sykehjemspraksisen kunne en erfare demente, og hvordan en som sykepleier kunne bidra til at de skulle få det best mulig på sykehjemmet. Temafokusoppgaven som ble gjort i den 2 praksisen på sykehjem handlet om smerter og demente. Det var denne oppgaven som gjør at det var akkurat dette som ble interessant for meg å skrive om. Ønsket om å lære mer, og få mer dybde og bredere kunnskaper på området gjorde at det ble dette temaet i denne oppgaven. Utfra praksiserfaringer er det mange utfordringer å ta tak i når det gjelder demente og kartlegging av smerte. Som sykepleier er det viktig å ta del i dette, og være interessert i å kunne løse problemene på best mulig måte.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er at en som sykepleier skal få mer kunnskap om hvordan en kan gi best mulig smertelindring til demente pasienter på sykehjem, samt å bli mer fokusert på dette når en er ute å arbeider i praksis.

1.3 Presentasjon av problemstillingen

Problemstillingen i denne oppgaven er:

Hvordan bidra til best mulig smertelindring hos den demente pasient?

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Ved utformelsen av problemstillingen til denne oppgaven, har jeg lagt hovedfokus på smerter og demente. Jeg ønsker videre å se nærmere på hvordan en som sykepleier kan bidra til best mulig smertelindring til den demente. Kommer til å ha fokus både på medikamentell og ikke medikamentell smertelindring, samt hvordan enn kan kartlegge smerter hos demente. Jeg har valgt å avgrense det til demente som er kommet langt i sykdomsforløpet. Dette er fordi det er en del utfordringer i forhold til kommunikasjon, og hvordan du kan vite om den demente har smerter eller ikke. Oppgaven skal også ha mest fokus på pasienter på sykehjem.

1.5 Oppgavens disposisjon

Først i denne oppgaven vil jeg presentere teorien i et begrepsmessig rammeverk. Her vil jeg presentere teori om demens og smerter, samt legge frem Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Videre kommer det en metode del der definisjon på metode vil komme frem. Etter dette kommer det en litteratur gjennomgang, der jeg har med kildekritikk og presenterer forskningen jeg har kommet frem til. Etter dette kommer det en drøftedel, der jeg tar for meg resultatene i forskningen. Til slutt kommer det en avslutning med hovedresultater av det som er kommet frem utfra funn og drøfting.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

2.1 Demens

2.1.2 Hva er demens?

Som tidligere nevnt er demens en utbredt lidelse blant eldre på sykehjemmene i Norge. Nå i dag er det enighet om at demens er en hjerneorganisk sykdom, som debuteres vanligvis i aldersgruppen over 65-70 år (Jakobsen, 2007). Demens defineres som en tilstand der mange av de kognitive funksjonene er svekket. Dette vil si at hukommelsen, konsentrasjon, resonneringsevne, kritisk sans, evne til å tenke abstrakt og språkfunksjonen vil kunne bli redusert (Dietrichs, 2009). Demens er en tilstand som gradvis utvikles. En kan ha alt fra en mild, til alvorlig demens. Ved mild grad av demens merker pasienten endringer som påvirker dagliglivet til pasienten. Når enn går over til moderat demens, vil stadig gjøremålene bli vanskelige, og behovet for veiledning og konkret hjelp vil øke. Ved alvorlig demens er pasienten preget av stor handlingsvikt og hjelpeløshet, og kan med dette ikke klare ta vare på seg selv. Sykdomsutviklingen varierer fra noen år til 10-20 år (Rokstad, 2009).

Over halvparten av tilfellene skyldes Alzheimers demens. Denne sykdommen utvikler seg ved at det gradvis skjer tap av nerveceller i hjernebarken. Enn annen form for demens som en kan se hyppig er lewy-legeme-demens. Denne formen for demens kjennetegnes av alvorlige psyksiske forandringer. Andre former for demens er det vanskelig å skille på et klinisk grunnlag, men ofte vil det skje et tap av nerveceller som inneholder acetylkolin (Dietrichs, 2009).

2.1.2 Symptomer på demens

Symptomene ved demens er svikt i kognitive funksjoner, adferdsmessige symptomer og motoriske symptomer. De kognitive funksjonene blir svekket ved redusert oppmerksomhet, problemer med læring og hukommelse, språklige problemer og svikt i andre kognitive funksjoner som for eksempel forståelse av handling i rom (Rokstad, 2009). Videre har en atferdsproblemer, som for eksempel angst, depresjon, vrangforestillinger og økende rastløshet. De motoriske symptomene går mer ut på muskelstyringsproblemer, og inkontinens (Rokstad, 2009).

2.1.3 Behandling av demens

Det er ingen behandling som kan helbrede demens, men det finnes legemidler som kan forsinke sykdomsutviklingen. Som for eksempel legemidler som er kolinesterasehemmere. Disse legemidlene hemmer enzymet acetylkolinesterase i hjernen. Dette gjør at impulsoverføringene i synapsen blir mer tilgjengelig fordi det blir mer av acetylkolin. En kan likevel behandle angst, depresjon, hallusinasjoner, vrangforestillinger og aggresjon for å kunne bedre funksjonsnivået til pasienten (Berentsen, 2010).

2.2 Smerter

2.2.1 Hva er smerter?

Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse. Grunnen til smerte er som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er for det meste subjektiv. Det som menes med dette er at det er kun pasienten selv som kan beskrive sin egen smerte. Smerte hos eldre er svært vanlig (Berntzen, et.al, 2010).

Om ikke den eldre pasienten får god nok smertelindring, finnes det noen konsekvenser for dette. For det første fører det med seg redusert livskvalitet, og i tillegg kan det gi alvorlige helsemessige konsekvenser (Bjørø & Torvik, 2010). Videre kan ubehandlet smerte påvirke sirkulasjonen med forhøyet blodtrykk, og høy puls. Det kan også føre til muskelspenninger, og videre smerter i musklene. I tillegg kan det også spille inn på psyken, og enn kan bli deprimert og bli mer kognitivt redusert (Berntzen et. al, 2010).

Det finnes ulike typer smerter. Det kan for eksempel være nociseptive smerter, nevrologiske smerter, idiopatiske smerter og psykogene smerter. Disse kan igjen deles inn i akutte og kroniske smerter ut fra årsaken til smertene, og hvordan de utarter seg (Berntzen, et.al, 2010).

2.2.2 Akutt smerte

Akutt smerte oppstår vanligvis når vev blir skadet i forbindelse med sykdom, skader eller kirurgiske inngrep. Smertene kommer når smertereseptorer aktiveres ved vevsskade. En kan se på det som en beskyttelsesmekanisme, der kroppen varsler om at den er utsatt for fare. Akutt smerte kan oftest kjennetegnes med rask respirasjon, økt hjerterefrekvens, økt blodtrykk, økt temperatur og kvalme. Hos eldre kan disse kjennetegnene være dempet eller utebli (Bjoro & Torvik, 2010).

2.2.3 Kronisk smerte

Kronisk smerte defineres som smerte som vedvarer utover den vanlige tilhelingstiden. Som regel er dette smerte utover 3 måneder (Bjoro & Torvik, 2010). Skaden som er påført kroppen kan for eksempel være av en slik art at kroppens egen tilhelingsevne ikke strekker til. Det kan være sykdom som har forårsaket vevsødeleggelse og arrdannelse (Bjoro & Torvik, 2010).

2.2.4 Medikamentell smertebehandling

Medikamentell smertebehandling går ut på at smertene blir behandlet med medikamenter. Det er fire grupper av legemidler som ofte blir brukt som smertelindring for eldre. Disse er paracetamol, NSAIDS-preparater, opioide analgetika og andre legemidler. Paracet er mye brukt ute på sykehjemmene. Dette er et legemiddel som har få bivirkninger, men det har ikke den betennelsesdempende egenskapen som for eksempel NSAIDS (Bjoro & Torvik, 2010). Det er forskjell på å gi medikamenter til eldre, i forhold til yngre pasienter. Økende alder fører ofte med seg komplikasjoner ved bruk av medisiner, og alderen spiller inn ved endret følsomhet overfor legemidler som virker inn på sentralnervesystemet (Bjoro & Torvik, 2010). Legemidler som blir gitt mot smerter virker inn på nervecellene (nevronene) i nervesystemet. Det er nevronene som reagerer på nerveimpulser, og som leder impulsene hurtig over lange avstander (Simonsen et.al, 2009).

2.2.5 Ikke-medikamentell smertebehandling

Ved *ikke-medikamentell smertebehandling* har en mange ulike tilnærmings måter å ta i bruk. Dette er noe en kan bruke i kombinasjon med medikamentell behandling. Massasje kommer her inn som en metode for å fremme avslapping hos pasienten (Bjoro & Torvik, 2010).

Musikkterapi er også noe enn kan ta aktivt i bruk for å mestre smerten enn har. Fysisk aktivitet, og trening har vist seg å ha god effekt på å redusere smerter, og øke funksjonsnivået hos pasienten (Bjørø & Torvik, 2010). Enn kan også bruke musikk som smertelindring. I Bjørø & torvik (2010) står det at musikk er et tiltak som kan være til hjelp for å mestre smerte. Dette har til grunn for at musikk avleder oppmerksomheten mot smertene, og fremmer avslapning.

2.2.6 Smertekartlegging

Ved sviktende språkevne vil det bli nødvendig å observere atferd som tegn på smerte (Bjørø & Torvik, 2010). Hos pasienter der egenrapportering av smerter ikke lengre er mulig, må en frem med andre metoder for å kunne kartlegge smertene. Da er det dermed aktuelt med adferds baserte kartleggingsmetoder. MOBID 2 smerteskala er en av disse (Sandvik & Husebø, 2011). MOBID står for Mobilisation Observation Behaviour Intensity Dementia smerte skala. Den er laget på bakgrunn av pasienten sin hverdagssituasjon på sykehjem. Den har til hensikt å fange opp de observasjonene enn som sykepleier gjør under stell. Den første delen av skalaen får ut på å kartlegge smerter i muskulatur, skjelett og ledd. Den andre delen fanger opp smerteadferd fra indre organer, hud og hode (Sandvik & Husebø, 2011). Enn kan også bruke Doloplus-2 smerte skala. Er på samme måte som MOBID utviklet for å kunne måle smerte hos non-verbale pasienter. Den kartlegger kun om smertene er tilstede eller ikke (Torvik, 2012). Når en skal kartlegge smerter er det også viktig å se på de fysiske smertereaksjonene til pasienten. Dette er blant annet forhøyet blodtrykk, høy puls og svetting. Videre har en også akutte atferdsmessige reaksjoner hos pasienten. Dette kan for eksempel være gråt, tar på stedet med smerter, økende muskelspenninger og lager grimaser (Bjørø & Torvik, 2010).

2.5 Sykepleiefaglig perspektiv

Joyce Travelbee er en sykepleieteoretiker født i 1926 i New Orleans, USA. I sin teori har hun som grunnlag å rette det mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Travelbee ser på mennesket som en unik person. Den subjektive opplevelsen av helse er også viktig for Travelbee. Hun påpeker at hver enkelt vurderer og oppfatter sin egen helsetilstand. Utfra Travelbee sin definisjon av sykepleier, mener hun at det er en mellommenneskelig prosess der

en som profesjonell sykepleier hjelper en person. Hun påpeker også i sin definisjon at en som profesjonell sykepleier skal hjelpe med å finne mening i erfaringene rundt sykdom og lidelse (Travelbee, J, 1977). For Travelbee er det også viktig å hjelpe mennesker med å finne håp i den situasjonen de er i. En sykepleier er til for å hjelpe mennesker med dette, og være med å bære sykdom og lidelse, og konsekvensene til dette (Travelbee, J, 1977). Travelbee har fokus på lidelse, menneske – til – menneske forhold og kommunikasjon i sin sykepleieteori (Travelbee, J, 1977).

2.5.1 Lindrende sykepleie

I Travelbee (1977) snakker Travelbee mye om lidelse hos pasienter. Lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskene sitt liv. Det handler videre om hvordan pasienten opplever og tolker sin egen sykdom, og hvordan en som sykepleier kan hjelpe pasienten med dette. Travelbee sier at ved å utøve sykepleie skal en hjelpe den lidende til å finne mening i situasjonen. Hun påpeker at lidelse er noe alle mennesker kommer til å oppleve, men at den enkeltes lidelse er personlig. Hun viser også til at mennesker har en egen evne til å søke etter mening i møtet med lidelse, sykdom og smerte. Videre mener hun at lidelse og sykdom gir en anledning til personlig vekst og utvikling (Travelbee, J, 1977). Også i Travelbee sin teori er lindring en humanistisk aktivitet. Det er en helt sentral del av sykepleien, og forbundet med selve essensen av det å utøve sykepleie til en pasient. Teorien peker også på viktigheten av at lindrende sykepleie må ta utgangspunkt i den enkelte pasient sin situasjon (Winther, 2006).

2.5.2 Menneske - til -menneske –forhold

I forhold til Travelbee sin tenkning er det en forutsetning å kunne fremme et menneske-til-menneske-forhold. Dette går ut på at en skal komme forbi det området der pasienten og sykepleieren ser på hverandre som roller. For å kunne etablere dette forholdet påpeker Travelbee forskjellige faser. Den første fasen går ut på hvordan en møter pasienten første gang, og hvordan enn blir kjent med pasienten som trenger hjelp. Etter hvert vil *identitet* bli viktig. De stereotypiske rolleoppfatningen vil bli svakere, og enn begynner å etablere ett kontaktforhold. Videre er *empati* viktig for etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. I følge Travelbee (1977) er empati evnen til å kunne sette seg inn i samt forstå den psykiske situasjonene pasienten er i. Ved å vise empati kan en oppleve nærhet og kontakt med

pasienten (Travelbee, J, 1977). Travelbee trekker også inn *sympati* som en del av prosessen. Hun sier at *sympati* er et resultat av den empatiske prosessen. *Sympati* er i følge Travelbee spesielt knyttet til et ønske om å hjelpe pasienten. Travelbee sier at en *sympatisk* person vil kunne se, lese og oppfatte den andres lidelse, kunne forstå hva det skyldes, og forutsi hvilke konsekvenser dette vil gi. Til slutt er det i følge Travelbee viktig å etablere gjensidig forståelse og kontakt. Dette er et resultat av de andre fasene som er beskrevet. For å kunne klare dette er det viktig at sykepleieren har kunnskap og ferdigheter, samt å ha et ønske om å hjelpe pasienten (Travelbee, J. 1977).

2.5.3 Kommunikasjon

Et av sykepleierens viktigste redskap for å kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold er kommunikasjon. Kommunikasjon er viktig for å kunne formidle tanker og følelser til andre mennesker på. En kommuniserer både gjennom verbalt språk, og gjennom nonverbalt språk som for eksempel mimikk, tonefall og bevegelser. Travelbee sier at samhandling kan fremme prosessen med å lære pasienten å kjenne (Travelbee, J, 1977). Kommunikasjonen er viktig for å sikre seg at det sykepleieren utfører samsvarer med pasientene sine behov.

Kommunikasjonsferdighetene kommer ikke av seg selv, og en kan ikke forvente at det med en gang skal gi et godt kontakt forhold med pasienten, men viss en vet hvilke metoder, og hvorfor en skal bruke akkurat disse kan enn som sykepleier hjelpe ved å oppnå god kommunikasjon (Travelbee, J, 1977).

3.0 Metode

3.1 Definisjon på metode

Det finnes ulike definisjoner på metode. Vilhelm Aubert har definert det som en fremgangsmåte for å løse problemer, og for å komme frem til ny kunnskap (sitert i Dallan, 2007). Tranøy har definert metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap, eller prøve ut påstander som fremstilles med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare (sitert i Dallan, 2007). Ut fra disse definisjonene kan en si at metode er et redskap en bruker for å kunne tilegne seg ny kunnskap på. Når en skal forske på noe bruker en ofte en metode, eller to metoder i samme forskning. Dette kan være kvalitative og kvantitative metoder (Dallan, 2007).

Kvalitativ forskningsmetode er i hovedsak en metode som skal ta for seg opplevelser og meninger de enkelt har om det som forskes på. Denne metodene går ofte mer i dybden på det en skal finne ut av. Videre i kvalitativ metode får en mer frem det som er særegent og spesielt (Dallan, 2007).

I motsetning til kvalitativ metode skal kvantitativ metode ta for seg informasjon som kan gjøres målbare, og kunne regne ut gjennomsnittet og presenter av det som forskes på. I denne metoden har du ofte et stort antall personer som deltar i undersøkelser for å finne ut mer om det som forskes på. Denne metoden går mer i bredden. Du får også mer frem det som er gjennomsnittlig, og det som er felles (Dallan, 2007).

3.2 Litteraturstudie

Litteraturstudie benyttes i denne oppgaven. I en litteraturstudie gjøres en gjennomgang av litteratur innenfor et område for å få svar på problemstillingen du har. Forutsetningen for å kunne gjøre et litteraturstudie er at det finnes god forskning og annen litteratur om emnet. Litteraturstudier går utpå at du har en god spørsmålsformulering som besvares ved at du metodisk går gjennom litteratur og forskning for å finne svar (Forsberg & Wengström, 2008).

3.3 Litteratursøk

Da jeg skulle søke etter forskning brukte jeg for det meste Cinahl og SveMed. Jeg søkte først i Cinahl der jeg brukte de engelske søkeordene: Pain assessment dementia AND nursing homes. Jeg fikk da 73 søkeresultater og fant en brukbar artikkel. Videre søkte jeg i Cinahl og brukte søkeordene pain treatment dementia AND nursing homes. Da fikk jeg 31 søk og fant en til brukbar artikkel. Videre søkte jeg i SveMed, og prøvde meg frem med ulike søkeord som pain management, pain treatment, pain assessment, dementia og nursing homes. Fikk til slutt 18 søkeresultater på pain management elderly, og fant den tredje artikkelen. For å finne den fjerde artikkelen brukte jeg Cinahl og søkte på music, pain, dementia. Jeg fikk 12 resultat, og fant en artikkel som passet til oppgaven.

Utover dette har jeg benyttet BIBSYS for å finne fagartikler, og annen litteratur. Jeg gjorde også søk på sykepleien.no for å finne relevante fagartikler som kunne belyse problemstillingen min.

3.4 Valg av litteratur og kildekritikk

For å kunne svare på problemstillingen min i denne oppgaven har jeg brukt ulik litteratur. Jeg har brukt fagbøker, pensumlitteratur, fagartikler og forskning for å belyse problemstillingen. Jeg har prøvd å benytte meg av mest mulig primærkilder, da dette er med på å øke kvaliteten på oppgaven. I de forskningartiklene jeg har valgt er det sørget for at de er etisk godkjent, og også at de er blitt fagfellevurdert for å kunne sikre kvaliteten på artiklene. Jeg har valgt å bruke fire forskningsartikler i min oppgave.

Den første artikkel er *"Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment?"* (2005) skrevet av Nygaard, & Jarland.

Metode: Den er utført ved bruk av kvantitativ metode. Pasienter ble spurt fra 3 ulike sykehjem i Bergen. Alt i alt var det 125 pasienter som ble med i studien. Data om medisin bruk ble samlet inn i løpet av to år. Det ble brukt en mental test for å kartlegge hvem som hadde en kognitiv svikt. Det ble også undersøkt ADL funksjonen til pasientene.

Hensikt: Hovedmålet med denne studien var å undersøke bruken av smertestillende på sykehjem.. Videre ville de finne ut om de demente var i en større risiko for å være dårlige smertelindret enn de pasientene uten kognitiv svikt.

Kildekritikk: Svakheter med denne studien er at det er mange pasienter som er med, og dette gir mer et generelt resultat. Det forgikk også over to år, og mye endringer kan ha skjedd i dette tidsrommet. En styrke kan være at den er lukket og lite fleksibel. Forskingen ble godkjent av en regional etisk komite ettersom alle som var med i studien hadde fått informasjon. Dette kan ses på som en styrke.

Den andre artikkelen er "*Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake.*" (2009) skrevet av Husebo, Strand, Moe-Nilssen, Husebo, & Ljunggren.

Metode: Artikkelen er utført ved å bruke en kvantitativ forskningsmetode. Alle gikk gjennom en mini-mental test for å se om pasientene var egnet til å være med i studien.

Hensikt: De ønsker å finne ut om det går an å stole på bruken av smerte skalaen i praksis. Smerten de søkte i denne studien var smerte ved bevegeelse av pasienten.

Kildekritikk: Den er blitt godkjent av regional komité for medisinsk forsknings etikk, noe som er en styrke på artikkelen. Svakheter med denne artikkelen kan være at det overfladisk informasjon med. Samtidig er det en styrke at den har fokus på etiske regler.

Den tredje artikkelen er "*Sjuksköterskors upplevelse av smärtbehandling av äldre personer i kommunal hälso- och sjukvård.*" (2011) skrevet av Elovsson & Boström.

Metode: Det er en kvalitativ artikkel. Utvalget av deltakere ble gjort i to kommuner i Sverige. De i den ene kommunen representerte pasienter i hjemmesykepleien, mens de i den andre kommunen viste til pasienter som bodde på sykehjem. Sykepleiere deltok i studien.

Hensikt: Forskingen som ble gjort gikk ut på å finne ut hva sykepleierne selv tenker om smertebehandlingen av eldre der de arbeider. Under intervjuene fikk de spørsmål om hvordan de synes smertebehandlingen i kommunen fungerer, hvilke muligheter og hindrer de oppleve att det finnes for smertebehandling og hvordan de selv kunne påvirke smertebehandlingen til de eldre personene.

Kildekritikk: Studien er blitt godkjent av etikkgruppen ved Høyskolen i Halmstad. Styrke med denne artikkelen kan være at det er få som er med, og at du får mer kompleks informasjon. En styrke kan også være at den er lagt ut av Vård i Norden, som er et stort og velkjent tidsskrift.

Den fjerde artikkelen er ”*Effect of Music on pain for home-dwelling persons with dementia*” (2010) skrevet av Park.

Metode: Dette er en kvantitativ artikkel. Det var totalt 15 personer som deltok i studien..

Hensikt: Studien sin hensikt var å finne ut om musikken påvirket smertenivået hos pasientene. De ville finne ut om smertenivået var lavere når de hørte på musikk enn før, om smertenivået var lavere når de hørte på musikk enn etter på, om smertenivået var lavere etter de hadde hørt på musikk enn før. Samtidig også om smertenivået var lavere i de ukene de hørte på musikk enn i de ukene de ikke hørte på musikk.

Kildekritikk: Artikkelen ble kvalitetsikret av en kvalitetskomité ved Universitete i Iowa. Dette er en styrke med artikkelen. Den ble ikke godkjent av en etisk komitè noe som kan ses på som en svakhet.

4.0 Funn

I artiklene var det tre temaer som går igjen i artiklene. Disse er smertekartlegging, medikamentell behandling og ikke-medikamentell behandling. I funn delen vil jeg presentere funnene som faller inn under hvert tema.

4.1 Smertekartlegging

Utfra noen av de artiklene som ble funnet til oppgaven, kom det frem resultater som har betydning for kartleggingen ved smertelindring. I artikkelen til Husebo et.al (2009) forsket de på smertekartleggingsverktøyet MOBID. Resultatene i artikkelen omhandlet hvorvidt MOBID pain scale fungerer i praksis. I studien viste det seg at det ikke bare handlet om å observere pasientene, men hvordan en tolket og overførte intensiteten av smertene var det viktigste. Det kom også frem at smertemålingsindikatorerne var viktige i forhold til måling av smerte, men at indikatorerne var mindre pålitelige enn selv rapportert smerte. Til slutt ble det konkludert med at MOBID pain scale vil kunne hjelpe når enn skal kartlegge smerte, men at det fremdeles trenger mer forskning på området.

Videre kom det frem i artikkelen til Nygaard et.al (2005) at demente mottok mindre smertelindring enn pasienter som kunne selv rapportere smerten. Mye av grunnen til dette kunne være at det er vanskeligere å kartlegge smerten hos kognitivt reduserte pasienter, men også dårlig kunnskap hos sykepleierne. Det kom også frem at det var uvanlig å bruke ulike kartleggingsverktøy på sykehjem I Norge.

I artikkelen til Elvosson et.al (2011) fikk også noen resultater som omhandlet smerte kartlegging. Blant annet når det gjaldt kommunikasjon kom det frem I studien at sykepleierne mente at smertelindringen fungerte mye bedre når enn kunne kommunisere med pasientene. Det var dermed viktig at de kunne lese kroppsspråket til de demente, og eventuelt kunne ta i bruk ulike kartleggingsverktøy.

4.2 Medikamentell behandling

Artiklene som ble funnet omhandlet også resultater om medikamentell behandling. I artikkelen til Elovsson et. al (2011) så de på sykepleiernes egen erfaringer med smertebehandling av eldre. Når det gjaldt kunnskapsnivå kom det frem i studien at sykepleierne sine erfaringer og sitt kunnskapsnivå hadde stor betydning for hvordan de eldre ble smertelindret. Det kom frem at det å bruke paracetamol som grunnbase for smertelindring kunne ha god effekt, og at det av og til holdt med å bare bruke dette. Videre står det at eldre ikke bør stå på sterke opioder, men at en skal gå varsomt frem, og at en må være spesielt observant på bivirkninger, som for eksempel obstipasjon. I artikkelen kommer det også frem at det er positivt at pasienten begynner gradvis på medisiner, men at det kunne oppleves negativt om det gikk for langsomt. Videre står det at depot plaster som gir jevn smertelindring, hadde god effekt på de fleste pasientene.

Videre sto det i artikkelen til Nygaard et.al (2005) at det ikke var noen forskjeller ved bruk av smertestillende fast hos de ulike pasiente gruppene. Men likevel kom det frem at demente fikk mindre akutt smertelindring enn de andre pasientgruppene. Til slutt kom det også frem at kognitivt reduserte pasienter er i risiko for å bli dårligere smertelindret enn andre pasiente grupper.

4.3 Ikke-medikamentell behandling

To av artiklene faller inn under temaet ikke-medikamentell behandling. Artikkelen til Elovsson et.al (2011) trekker blant annet frem at sykepleierne sa at berøring ved smerter ofte hadde god effekt. Artikkelen hadde fokus på massasje /berøring og fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet viste seg å kunne ha god effekt på smertelindringen. Om dette sier sykepleierne i studien at det er viktig å motivere og stløtte pasienten i aktiviseringen. Aktiviteten kunne blant annet brukes som avledning i forhold til smertene, og at det gav smertelindring. Det at pasientene fikk hjelp til å snu seg i sengen, og hjelp til å komme opp kunne også bidra til smertelindring.

Videre i artikkelen til Elovsson et.al (2011) står det også noe om massasje. Massasje mente sykepleierne kunne ha god effekt både for den fysiske og psykiske smerten hos pasientene. Det å være nær pasienten, møte pasienten med omsorg mente sykepleierne kunne hjelpe ved at de fikk mer oppmerksomhet, og følte seg ivaretatt. Det kom frem at det er viktig å kunne bruke en blanding av både medikamentell behandling og ikke-medikamentell behandling. Sykepleierne i denne studien kunne sette i gang tiltak som omhandlet dette, men at det ofte ble nedprioritert fordi de ikke følte de hadde nok kunnskaper på området. Samt om de hadde dårlig tid, ble dette noe av det som ble underprioritert.

En annen artikkel som blir brukt er artikkelen til Park (2010). Denne studien hadde til hensikt å finne ut om musikk hadde noe effekt på smerter hos eldre med demens. I studien kom det blant annet frem at smertenivået var lavere etter de hadde hørt på musikk enn før de begynte å høre på musikken. Det var ingen forskjell i smertenivået etter de hørte på musikk enn når de hørte på musikk. Det å høre på musikk i 30 minutter kan derfor sies å ha effekt på smertenivået hos pasienter med demens. Musikk har i følge studien best effekt på pasienten sin smertekontroll.

5.0 Drøfting

5.1 Smertekartlegging

Studier viser at demente mottar mindre smertelindring enn andre grupper med eldre (Nygaard, et.al, 2005). Hos demente kan det være vanskeligere å kartlegge fordi de har redusert evne til kommunikasjon, og klarer ofte ikke selv uttrykke at de har vondt. Demente har like mye rett til å få den samme smertebehandlingen som andre grupper. Dette ses dermed på som bekymringsfullt og noe enn bør ha mer fokus på som sykepleier. Smerter fører med seg at den demente får redusert aktivitetsnivå, og at ressursene blir svekket (Hægerstam, 2007). Det er dermed viktig at en som sykepleier sørger for å kartlegge smertene, slik at pasienten klarer mest mulig, utfra ressursene pasienten har.

I en studie gjort av Elovsson, et.al (2010) kom det frem at smertelindring fungerte mye bedre når kommunikasjonene fungerte. Når pasientene da ikke hadde mulighet til å selv rapportere smerten, må sykepleierne kunne lese kroppsspråk og bruke ulike verktøy for å komme frem til smerten. I yrket som sykepleier yter enn hjelpende kommunikasjon. Allerede fra vi ble født kunne vi kommunisere, men den profesjonelle kommunikasjonen trenger å trenes opp, og utvikles videre (Eide & Eide, 2007). Innenfor kommunikasjon har vi flere måter å kommunisere på. Vi har verbal, og non-verbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon er når vi prater, og den andre kan høre hva vi sier. Non-verbal kommunikasjon handler mer om kroppsspråket vårt. Dette kan for eksempel være øyekontakt, åpen kroppsholdning og en avslappet stemme (Eide & Eide, 2007).

Utfra forskning er det viktig å lese kroppsspråket til pasientene (Elovsson, et.al, 2010). Sykepleieren sine ferdigheter på dette området kan gjøre en forskjell for den demente pasienten. I følge Travelbee (1966) er evnen til god kommunikasjon ikke noe som kommer av seg selv, men det krever trening. Demens og kommunikasjon kan ses på som en stor faglig utfordring. Vi har alle et behov for å kommunisere, og når dette svikter kan blant annet skape fortvilelse. I følge Wogn-Henriksen (2009) er det å være sammen med noen, tilhøre noen, føle seg respektert og stimulert viktig for de demente. Ved å yte god kommunikasjon, kan enn sikre seg at den demente opplever disse kravene. Det kan dermed bli lettere å få en god relasjon, og bedre kunne finne ut om pasienten har smerter. (Wogn-Henriksen, 2009)

Studier viser til at demente får dårligere smertelindring på sykehjem. Dette kan være at sykepleierne har dårlig kunnskap om smertekartlegging (Nygaard, et.al, 2005). I artikkelen til Galek & Gjertsen (2011) beskriver de sykepleiernes oppgave. Det går blant annet ut på å identifisere smerte, iverksette eventuell behandling og vurdere effekten. Dette sier noe om at en som sykepleier bør ha kunnskaper på dette feltet for at det skal bli gjort en god nok jobb. Videre i artikkelen står det at bare 18-32 % av sykepleierne vurderer sin egen kunnskap om smerter som svært bra eller ganske bra. Ved å øke kompetansen til sykepleiere ute i praksis, vil en kunne slippe at mange demente får dårligere smertekartlegging og smertelindring. Ved å for eksempel gi tilbud om mer kurs til sykepleiere om smertekartlegging til demente kan være et tiltak som kan ha effekt på kunnskapsnivået. Det er også viktig at hver enkelt sykepleier tar ansvar for å holde seg oppdatert på nyere forskning, og den kunnskapen som er relevant for jobben. I følge Travelbee (1977) er det viktig med kunnskaper og ferdighet, samt det å ville hjelpe pasienten. Enn må som sykepleier selv kunne se behovene pasientene har, og se muligheten enn har rundt seg. Herunder kommer for eksempel muligheten til å øke kunnskapsnivået, og kunne yte god kommunikasjon med pasienten (Travelbee, 1977).

I en studie der de så på et smertekartleggingsverktøy kalt MOBID smerteskala, kom det frem at dette kunne hjelpe sykepleiere i å kartlegge smerter hos demente. (Husebo, et.al, 2010) I de senere årene er det blitt utviklet mange ulike kartleggingsverktøy som kan hjelpe sykepleiere i å kartlegge smerte hos pasienter med kognitiv svikt, og språkproblemer (Bjørø & Torvik, 2010). MOBID er som tidligere nevnt et verktøy som kan hjelpe sykepleierne med å kartlegge smerter hos demente pasienter. Enn kan se både positive og negative trekk ved denne metoden. Blant annet ser en ut fra forskning at indikatorene er mindre pålitelige enn viss en selvrapporert smerte fra pasientene (Husebo, et.al 2010). Denne metoden går dermed mer ut på sykepleierne sine egne ferdigheter om observasjon, enn hva pasienten sier selv. Det er en viss fare for at sykepleierne kan tolke og observere feil, og at pasientene blir satt på enten for mye smertestillende, eller for lite smertestillende. Det handler ikke bare om hvordan en observerer smerten, men også om hvordan en tolket og overførte smerteintensiteten til de demente (Husebo, et.al 2010). Det er viktig at sykepleierne får en god innføring i hvordan enn skal bruke kartleggingsverktøyet, før enn begynner å bruke det aktivt med pasientene.

Forskning viser også at kartleggingsverktøy blir lite brukt ute på sykehjemmene (Nygaard et, al, 2005). Dette kan være et resultat av dårlige kunnskaper hos sykepleierne, med at de ikke vet at det er ulike hjelpemidler de kan ta i bruk for å gjøre det enklere. Ut fra erfaring har en aldri sett i praksis at noen sykepleiere har tatt i bruk kartleggingsverktøy for å bruke dette til å

kartlegge smerte hos demente. Det er enda mye forskning når det gjelder smertekartlegging hos kognitivt reduserte pasienter, og det er viktig at sykepleierne klarer å følge med på utviklingen (Bjoro & Torvik, 2010).

5.2 Medikamentell behandling

Ut fra forskning kan det å bruke paracetamol som grunnbase for smertelindring ha god effekt på de eldre (Elovsson et. al, 2010). Paracetamol virker både smertedempende og temperatursenkende. Paracetamol har dårligere effekt på inflammatoriske prosesser i muskel-skjelett systemet (Simonsen et.al, 2009). Ut fra erfaringer ser en at mange eldre står på fast paracetamol hver dag, og ofte flere ganger til dagen. En ser at paracetamol har mindre bivirkninger enn for eksempel NSAIDS, og det er mulig derfor paracetamol blir så ofte brukt. På den andre siden kan en se at eldre ofte har stått på paracetamol så lenge, at effekten kanskje er blitt redusert. Da er det viktig som sykepleier å finne ut om paracetamol virker optimalt eller ikke. Paracetamol omdannes i leveren, og ved store doser eller bruk over lengre tid kan dette skade leveren (Simonsen et.al, 2009). Enn må derfor som sykepleier også være observant på om det er nødvendig at den eldre står på paracetamol fremdeles, eller om en lege kan seponere den. Det er viktig at den eldre ikke står på unødvendige medikamenter.

Ut fra forskning bør ikke eldre stå på sterke opioider. Da bør en i såfall gå varsomt frem, og sørge for at den eldre ikke blir satt på store doser med en gang (Elovsson et al, 2010). Dette kan sees i sammenheng med at opioider har mange ulike bivirkninger som kan være farligere for eldre enn for yngre. Blant annet fører det med seg bivirkninger som nedsatt våkenhetsnivå, respirasjonsdempende effekt, kvalme og obstipasjon. Samtidig kan det i kombinasjon med beroligende eller sovemedisin ha livstruende effekt. Eksempler på opioider er for eksempel Morfin og Metadon (Simonsen et.al, 2009).

I forskning kommer det også frem at det er positivt for pasientene at de begynner gradvis på medisiner, men at det kan oppleves negativt om det går for langsomt (Elovsson et.al, 2010). I forhold til dette er det viktig at sykepleieren observere pasienten og rapporterer videre til legen om pasienten har effekt av medisineren, eller om pasienten står på for store mengder. Et godt samarbeid mellom sykepleiere og leger er viktig. Ved å samarbeide og utveksle informasjon som omhandler pasientenes behov, konsekvenser av sykdom og behandling kan sykepleieren være med å bidra til at pasienten får optimalt behandlingstilbud (Hauge, 2010).

Vis samarbeidet ikke fungerer optimalt kan det føre til at pasienten ikke får den pleien, og behandlingen enn trenger, og det kan føre til at pasienten får nedsatt smertelindring.

I forskningsartikkelen til Elovsson et.al (2010) kom det også frem at det ikke var noen forskjeller ved bruk av smertestillende fast hos de ulike pasient gruppene, men at det var mindre akutt smertelindring hos demente enn de andre pasientgruppene. Dette kan blant annet trekkes sammen med kommunikasjonsproblemer. En som kan utrykke seg verbalt kan lettere fortelle at enn har vondt, enn en dement kan. Som sykepleier kan en sette i gang ulike tiltak som gjør det lettere for den demente og utrykke smerten på. Dette innebærer blant annet å snakke langsomt, legge til rette for at det er rolig rundt pasienten, lære seg å lese kroppsspråket til pasienten og gi pasienten god tid til å kunne svare (Wogn-Henriksen, 2009). Enn kan trekke linjer til dette ved det som Travelbee (1977) påpeker om at en sympatisk person vil kunne se, lese og oppfatte andres lidelse og kunne forså hva det skyldes. Det er med andre ord viktig at sykepleieren blir kjent med pasienten, for å kunne forstå bedre hva pasienten vil frem til. Selv om en dement person har nedsatt kognitive ferdigheter er det viktig å se hele mennesket. Pasienten har fremdeles en personlighet, og friske sider. Det er viktig at personalet som arbeider med demente har oppbyggende holdninger, og ikke nedbrytende holdninger i forhold til de demente (Smebye, 2009). Dette er noe som er viktig å huske på når det gjelder medikamentell behandling. Det er viktig å se hele pasienten, og ikke bare sykdommen og smertene. Dette kan også gjøre det lettere for sykepleieren å kunne se om pasienten har akutte smerter eller ikke.

5.3 ikke-medikamentell behandling

I den ene studien sto det noe om effekten av massasje og berøring. I følge forskning er sykepleierne enige om at massasje og berøring kan ha god effekt. De trakk frem at det gav pasienten trygghet, og en opplevelse av å bli ivaretatt. Sykepleierne fikk være nær pasienten, og møte pasienten med omsorg (Elovsson, et.al 2010). Trygghet og omsorg er viktig for demente pasienter. De kan da få følelsen av at de blir ivaretatt, og at noen ser dem som et menneske. Dette kan videre bidra til smertelindring fordi det kan fremme avslappning hos pasienten. Det er også viktig å huske på at ikke alle pasienter har samme forhold til berøring og massasje, det er derfor viktig å få klarhet i dette før enn begynner tiltaket. Det å gi enkel massasje er noe som kan gjøres langt oftere, enn slik det er i dag (Bjørø & Torvik, 2011). Massasje kan også gjør det lettere for sykepleieren å obserevere for eksempel huden, ødemer

og overfølsomhet ved berøring. Det kan også være med på å gi pasiente bedre blodsirkulasjon (Bjørø & Torvik, 2011). I følge forskning er dette noe som blir underprioritert. Mye av grunnen til dette kan være dårlig tid, og lite kunnskaper på området. (Elovsson, et.al, 2010) I arbeidet på et sykehjem er det mye rutiner, og ting som skjer. Det kan derfor ses på som vanskelig å kunne finne tid til å sette seg ned med en pasient, og gi pasienten massasje. Her kan et tiltak være å legge det inn som en rutine at pasienten skal ha massasje 1-2 ganger daglig, det kan da bli lettere å se om det er blitt gjort, og enn forholder seg ofte til det som står i tiltaksplanene. Travelbee påpeker i sin teori at en som sykepleier skal kunne hjelpe den lidende til å finne mening i situasjonen (Travelbee, 1977). Massasje og berøring kan hjelpe med dette ved at det gir økt avslapning, og mulig en positiv opplevelse for pasienten. Berøring er en del av lindrende sykepleie til pasienter. Det er en omsorgshandling, som kan bidra til støtte og ro hos pasienten (Winther, 2006).

Forskning viser også at fysisk aktivitet kan ha en smertelindrende effekt. Fysisk aktivitet kan blant annet brukes til å avlede pasienten fra smertene, og som en direkte smertelindring. Sykepleiere i forskningen som ble gjort kom frem til at det var viktig å motivere, og støtte pasienten i aktiveringen, samt at det var viktig at pasienten fikk hjelp til å snu seg i sengen, og hjelp til å komme opp. (Elovsson, et.al, 2010) Som sykepleier har en en viktig rolle når det gjelder dette. Fysisk aktivitet er like mye et grunnleggende behov, som ernæring er. Derfor er det viktig å også ha fokus på dette. Ved at den demente får være fysisk aktiv kan det føre til at pasienten forebygger ytterligere sykdom (Helbostad, 2010). Kronisk smerte er en direkte årsak til redusert aktivitet. Det er sterke forskningsmessige grunnlag som sier at deltagelse i regelmessig fysisk aktivitet reduserer smerte og øker funksjonsnivået hos eldre. En annen grunn til at dette er bra å bruke i smertebehandlingen er at den demente kan få en følelse av kontroll over egen situasjon (Bjørø & Torvik, 2010). På den andre siden kan det være vanskelig å oppmuntre den demente til fysisk aktivitet. Ofte klarer de ikke se sine egne behov, og dette må sykepleieren hjelpe til med. En annen grunn til at fysisk aktivitet kan lindre smerter, er at det utløses endorfiner under fysisk aktivitet. Endorfiner er i følge Simonsen et.al (2009) kroppens egen morfin. Dette begrunnes med at det er noen nevroner i hjernen som blir stimulert av endorfinene. Det finnes også situasjoner som reduserer endorfinefrigjørelsen, og da øker smerteopplevelsen (Simonsen et.al, 2009).

Utrifra forskning kan en se at smertenivået etter pasienter har hørt på musikk var lavere enn før de hørte på musikken (Park, 2010). Musikk er en metode som kan brukes ved smertelindring ved at det blant annet fører med seg avslapning. I forskningen kom det også

frem at musikken hadde best effekt på pasienten sin smertekontroll, og at 30 minutter med musikk kunne sies å ha effekt på smertene (Park, 2010). For at dette skal kunne ha en positiv virkning på pasienten må sykepleieren først kartlegge om pasienten er interessert i musikk, og hvilke musikk typer pasienten liker. Når det gjelder demente, kan en for eksempel snakke med pårørende. Hensikten med musikkterapien er også viktig. I denne sammenhengen er det ønskelig å fremme avslapping, og smertereduksjon. Sykepleieren må være med på å hjelpe pasienten. Dette ved å hjelpe pasienten med å sette seg godt til rette, og legge til rette for at pasienten for eksempel kan synge med viss dette er ønskelig. Det er også viktig at sykepleieren legger til rette slik at det er minst mulig ytre stimuli rundt pasienten. Dette vil si at pasienten bør sitte i et eget rom, med minst mulig forstyrrelser rundt enn (Bjørø & Torvik, 2010).

All smertebehandling har et mål. Målet for smertebehandling hos eldre er å kunne bedre funksjonsstatusen og livskvalitet. Da det ikke alltid er like lett å få bort all smerte, er det også en del om at en skal kunne hjelpe pasientene med å mestre smerten (Bjørø & Torvik, 2010). Sykepleieren sin rolle i forhold til smertebehandling har utviklet seg de siste årene. Det er kommet flere behandlingsmuligheter nå, enn hva det var før. Før var det mye støttende, trøstende og beskyttende handlinger, mens det i dag går mye ut på å samarbeide med pasienten og gi hjelp med ulike behandlingsmetoder (Madsen & Skiveren, 2003). Ikke-medikamentell behandling er noe som kan være med å støtte opp om den medikamentelle behandlingen som gis, og brukes i kombinasjon med dette (Bjørø & Torvik, 2010).

6.0 Avsluttning

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan enn som sykepleier kan bidra til å hjelpe den demente pasienten med å lindre smerter. Det har kommet frem ulike resultater fra artiklene som er blitt drøftet. Blant annet ser enn at måten en som sykepleier kartlegger smertene til pasientene er viktig. Kommunikasjon og sykepleierne sine kunnskaper og ferdigheter spiller inn som en viktig del. Det er også viktig å se på ulike hjelpemidler enn som sykepleier har, som for eksempel MOBID smerteskala. Det å ha kunnskaper rundt medikamentellbehandling er også viktig, det er forskjell på demente og eldre enn yngre når det gjelder medikamentell behandling. Videre ser en også at en må ha mer fokus på akutte smerter hos demente og behandle disse smertene. Enn kan også bruke ikke-medikamentell behandling som for eksempel fysisk aktivitet, berøring/massasje og musikk for å lindre smerter, og hjelpe pasienten med å få ro, og håndtere smertesituasjonen på en god måte. For sykepleiere er det viktig å vite at dette kan være med som støttende behandling til medisinene som i tillegg gis for smertene.

7.0 Referanseliste

- Arent-Nielsen, Lars. (2003) Måling af smerter. Kap. 3. I: Jensen, T.S. Dahl, J.B & Arendt-Nielsen, L. (red.) Smerter - en lærebog. Fagl's forlag.
- Berentsen, V. (2010) Kognitiv svikt og demens, kap. 28. I: Kirkevold, M. Brodtkorb, K. Ranhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Norsk Forlag
- Berntzen, H. Danielsen, A. Almås, H. (2010) Sykepleie ved smeter, kap 11. I: Almås, H. Stubberud, D. Grønseth, R. *Klinisk Sykepleie 1*. Gyldendal Akademiske.
- Bjørø, K. Torvik, K. (2010) Smerte kap. 27 I: Kirkevold, M. Brodtkorb, K. Ranhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Norsk Forlag
- Dallan, O. (2007) Metode og oppgaveskriving for studenter. Gyldendal Akademiske.
- Dietrichs (2009) Nevrologiske sykdommer, kap. 13I: Jacobsen, D. (Red.). (2009). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007) Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk. Gyldendal Akademiske.
- Elovsson, M., & Boström, B. (2011). Sjuksköterskors upplevelse av smärtbehandling av äldre personer i kommunal hälso- och sjukvård. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 31(4), 10-15.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Natur og kultur.
- Galek, J. & Gjertsen, M. (2011). Får bedre smertebehandling. *Sykepleien*, 99(13);62-64. DOI: 10.4220/sykepleiens.2011.0194.
- Hægerstam, G. (2007) *Smärta hos äldre*. Studentlitteratur

Hauge, S (2010) Sykepleie I sykehjem, kap 18. I: Kirkevold, M. Brodtkorb, K. Ranhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Norsk Forlag

Helbostad, J.L (2010) Bevegelse og aktivitet, kap 23 I: Kirkevold, M. Brodtkorb, K. Ranhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Norsk Forlag

Helse – og omsorgsdepartemente (2011) Demensplan 2015 – Delplan til omsorgsplan 2015
Hentet fra:
http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdfv 17. Januar. 2013. Kl. 09:15

Husebo, B., Strand, L., Moe-Nilssen, R., Husebo, S., & Ljunggren, A. (2009). Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 23(1), 180-189. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00606.x Link:

Jakobsen, R. (2007) Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem. Fagbokforlaget

Madsen, K. H & Skiveren, J. (2003) Sykepleje og smertebehandling. Kap. 27 I: Jensen, T.S. Dahl, J.B & Arendt-Nielsen, L. (red.) *Smertesmerter – en lærebog*. Fadl's forlag.

Nasjonalforeningen for folkehelsen, Demens. (2012) Hva er demens? Hentet fra:
<http://www.nasjonalforeningen.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=281> 09. Januar. 2013. Kl. 12:45

Nygaard, H., & Jarland, M. (2005). Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment?. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 20(8), 730-737.

Park, H. (2010). Effect of music on pain for home-dwelling persons with dementia. *Pain Management Nursing*, 11(3), 141-147.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2009.05.004>

- Rokstad, A.M.M (2009) Hva er demens? Kap. 2 I: Rokstad, A.M.M & Smebye, K.L (red.)
Personer med demens – Møte og samhandling. Akribe
- Sandvik, R.K & Husebø, B.S (2011) Måler smerte hos personer med demens. *Sykepleien* 99
(11) 62-64. DOI: 10.4220/sykepleiens.2011.0162
- Simonsen, T, Aarbakke, J, Lysaa, R. (2009) *Illustrert farmakologi*, bind 2. Fagbokforlaget.
- Smebye, K.L (2009) Å møte personer med demens. Kap. 1 I: Rokstad, A.M.M & Smebye,
K.L (red.) *Personer med demens – Møte og samhandling*. Akribe
- Statistisk sentralbyrå (2012) Befolkningsframskrivninger. Nasjonale og regionale tall, 2012-
2100. Rask utvikling mot 6 millioner innbyggere. Hentet fra:
<http://www.ssb.no/folkfram/> 09. Januar. 2013. Kl. 12:50
- Torvik (2012) Smertekartlegging hos pasienter med nedsatt kognitiv funksjon. Særtrykk av Best
practise nr. 10. Mai, 2012 3. Årgang. Hentet fra:
<http://www.lundbeck.com/upload/no/files/pdf/temahefter/smertekartlegging.pdf>
- Travelbee , J. (1977). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis
- Winther, B & Madsen, K.H (2006) “*Lindrende Sygepleje*” – en begrepsafklaring *Vård I*
Norden 82 (26) 41-43
- Wogn-Henriksen, K. (2009) Kommunikasjon Kap. 5 I: Rokstad, A.M.M & Smebye, K.L
(red.) *Personer med demens – Møte og samhandling*. Akribe