

BACHELOROPPGÅVE

«Smertelindring til pasientar med demens»

Ei litteraturstudie om korleis ein som sjukepleiar kan bidra til å sikre god smertelindring til pasientar med demens på sjukeheim.

Av

Kandidatnummer 21
Linda Helen Auganæs

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Mai 2016

Antall ord: 6993

Rettleiar: Solveig Sægrov



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva «smertelindring til pasientar med demens» i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnummer: 21

Namn: Linda Helen Auganæs

JA NEI

Samandrag

Tittel: «Smertelindring til pasientar med demens» - Ei litteraturstudie om korleis ein som sjukepleiar kan bidra til å sikre god smertelindring til pasientar med demens på sjukeheim.

Bakgrunn for val av tema: Å vurdere demente pasientar med tanke på smerte er utfordrande (McCaffery & Beebe, 1996, s. 236). I ein demensprosess vert evna til å forstå og gjere seg forstått utfordra (Wogn-Henriksen, 2008, s. 93). I praksis har eg opplevd at demens og smertelindring kan vere utfordrande, og meiner difor at dette er eit svært viktig tema å belyse.

Problemstilling: Korleis kan ein som sjukepleiar bidra til å sikre god smertelindring til pasientar med demens på sjukeheim?

Framgangsmåte: Litteraturstudie basert på fagleg og forskingsbasert kunnskap. Søk etter litteratur er utført i databasane ORIA, SweMed+, Academic search elite, Cinahl og MEDLINE.

Oppsummering av funn: Det syner seg utifrå forskning at kunnskap om demens og smertelindring er sentralt i smertelindring til demente pasientar, i tillegg kan smertelindring redusere agitasjon og smerter hos pasientar med demens. Bruk av kartleggingsverky for smerter synast å ha eit stort forbettringspotensiale. Forsking peikar også på at sjukeheimane slit med å få tak i fagfolk.

Konklusjon: Å avdekke smerter hos demente som har vanskar med å utrykke seg, er utfordrande. For at ein som sjukepleiar skal kunne bidra til god smertelindring til demente pasientar, må ein bli betre på å aktivt nytte kartleggingsverky for observasjon av smerte. I tillegg til dette, er det heilt essensielt å ha fagfolk på arbeid. Ikkje minst, er godt samarbeid med pasient, pårørande, lege og medarbeidarar heilt sentralt for å sikre god smertelindring til demente pasientar.

Innholdsliste

1. Innleiing	1
1.1 samfunnsperspektivet	1
1.2 Sjukepleieperspektivet	1
1.3 Bakgrunn for val av tema	1
1.4 Problemstilling og avgrensingar	2
1.5 Definisjonar	2
1.6 Korleis oppgåva vidare skal løysast	3
2. Metode	4
2.1 Litteraturstudie	4
2.2 Søkeprosessen etter forskning	4
2.3 Søkeprosessen etter anna litteratur	5
2.4 Kjeldekritikk	6
3. Fagleg- og forskingsbasert grunnlagstenking knytt til tema	7
3.1 Demens	7
3.1.1 Medikamentell behandling av demens	8
3.2 smerter	8
3.2.1 Behandling av smerter hos eldre	9
3.3 Smerteutrykk hos demente	10
3.4 Smertekartlegging	11
3.5 Kari Martinsens omsorgsteori og beskrivinga av lidinga	11
3.6 Etske og juridiske rammer	12
3.7 Presentasjon av primærartiklar	13
4. Drøfting	15
4.1 Demente og smerter.	15
4.2 Kartlegging av smerter	17
4.3 Kunnskap og erfaringar hos sjukepleiarar	18
5. Konklusjon	21
6. Litteraturliste	22
7. Vedlegg	25

1. Innleiing

1.1 samfunnsperspektivet

Sett i frå eit samfunnsperspektiv lever vi i dag lenger enn før. Med aukande levealder vil det også komme ei auka mengd demenstilfelle. Ein antek at ca. 70.000 personar lever med ein demensdiagnose i Norge. Talla er usikre fordi dei byggjer på ei 20 år gammal undersøking, kjent som «Rotterdam undersøkinga» (Folkehelseinstituttet, 2015). Ei stor utfordring i dagens samfunn, er at antall personar med ein eller annan form for kognitiv svikt, truleg vil doblast innan 35 år. Det er eit faktum at kring 80% av sjukeheimsbebuarar lid av demens i ein eller annan form (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). I samsvar med Demensplan 2015 ynskjer regjeringa å utvikle ei omsorgsteneste der personar med demens og deira pårørande skal oppleve tryggleik og forutsigbarheit i møte med tenesteapparatet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Fysiske sjukdommar er vanleg hos eldre, og demente har ofte dei same fysiske sjukdommane som ikkje-demente. Utifrå dette er det sannsynleg at pasientar med demens har like mykje smerter som ikkje-demente (Häikiö, 2015, s. 6).

1.2 Sjukepleieperspektivet

I samsvar med sjukepleieperspektivet syner forskning at det er utfordrande å avdekke smerter hos demente pasientar. Dette fordi dei ofte ikkje kan utrykke kor dei har vondt eller kva som plagar dei (Jenssen, Tingvoll, & Lorem, 2013). Forsking syner at kartleggingsverktøy for smerter er lite brukt i sjukeheimar (Lillekroken & Slettebø, 2013). Sjukepleiarteoretikaren Kari Martinsen uttrykker at helseprofesjonar har utvikla sin fagidentitet i spenninga mellom livsmot og liding. Lidinga er eit komplisert menneskeleg fenomen, noko menneske ikkje kan komme utanom eller sparast for (Martinsen, 2003, ss. 135,137). Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar formidlar sjukepleiarens ansvar for å lindre liding hos pasienten, og ivareta den enkeltes behov for heilskapleg omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2014).

1.3 Bakgrunn for val av tema

I praksis har eg opplevd at demens og smertelindring kan vere utfordrande. Eg har observert at det er noko som plaga pasienten, ei oppleving av at pasienten vert uroleg, søv dårleg og et lite, -for å nemne noko. Som sjukepleiarstudent i samhandling med sjukepleiarar, legar og anna helsepersonell på ulike avdelingar og institusjonar, har eg mange gongar vore med å undrast over kva det er som

plagar pasienten, om han har vondt, og i tilfelle kor. Og ikkje minst, kva vi kan gjere for å hjelpe desse pasientane.

Eg meiner at smertelindring til pasientar med demens er eit svært viktig tema å belyse. Grunnen til dette er at desse pasientane ofte har problem med å formidle symptom. Kognitiv- og språkleg svikt må ta ein del av skulda for dette (Wogn-Henriksen, 2008, s. 93). Som kommande sjukepleiar er det eg som står ved sjukesenga, det er eg som skal gjere kliniske observasjonar og sørgje for heilskapleg sjukepleie til pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2014). Dette vert straks meir utfordrande når pasienten ikkje evnar å kommunisere så godt lenger. Utifrå dette ynskjer eg å fordjupe meg meir i korleis ein kan sikre god smertelindring til pasientar med demens.

1.4 Problemstilling og avgrensingar

«Korleis kan ein som sjukepleiar bidra til å sikre god smertelindring til pasientar med demens på sjukeheim?»

Tematikken for oppgåva er vid, og eg såg det naudsynt å avgrense problemstillinga til å gjelde eldre personar med demensdiagnose, buande på sjukeheim. Eldre personar, sett i denne konteksten, er eldre over 65 år. Eg har ikkje tatt omsyn til ulike typar demens eller smerte. Eg valde å fokusere på pasientar med demens ettersom det ofte er desse pasientane som har problem med å identifisere og gi uttrykk for smerte. Eg har avgrensa problemstillinga til å gjelde pasientar buande på sjukeheim, ettersom ein då blir kjend med, og føler opp pasientane over tid. Eg har primært fokusert på medikamentelle tiltak og ikkje miljøterapeutiske tiltak mot smerte. Alle pasienteksempel i drøftinga er nøye anonymisert, og teken ut av sin kontekst.

1.5 Definisjonar

Kognitiv svikt

Eit funksjonstap som ikkje kjem av sjukdom eller aldring, og karakteriserast ved desorientering og svekka hukommelse. Kognitiv svikt refererer ikkje til ein spesiell sjukdom, men følgjetilstandar av sjukdom (Engedal & Haugen, 2009, s. 17).

Agitasjon

«Formålsløs verbal, vokal eller motorisk aktivitet, eksempelvis vandring, plukking og roping, er gjerne et vedvarende fenomen og vanskelig å behandle» (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 418).

Apraksi

«Manglende evne til å utføre praktiske handlinger til tross for full førlighet og forståelse av det som skal gjøres» (Engedal & Haugen, 2009, s. 41).

Agnosi

«Manglende evne til å gjenkjenne eller identifisere objekter til tross for intakt sensorisk funksjon» (Engedal & Haugen, 2009, s. 42).

1.6 Korleis oppgåva vidare skal løysast

Eg ynskjer no å beskrive metoden for oppgåva. Vidare vil eg bevege meg over på teorikapittelet for å klargjere kunnskaps- og forskingsgrunnlaget. Fortsettjande vil eg drøfte problemstillinga opp mot teori og forskingsresultat. Her vil eg sjå på problemstillinga i lys av egne erfaringar, og refleksjonar rundt perspektiv for sjukepleie sett opp mot problemstillinga. Avslutningsvis vil eg kome fram til ein konklusjon som synleggjer korleis eg vurderer å ha svart på problemstillinga.

2. Metode

Metode er ein framgangsmåte for å skaffe seg, eller etterprøve kunnskap. Metoden er vårt reiskap for å kunne undersøke noko. Ein kan seie at metode er å følgje ein spesiell veg mot eitt mål. Vi har per i dag to hovudretningar innanfor metode. Desse er kvalitativ og kvantitativ metode (Dalland, 2015, ss. 111-112, 114).

2.1 Litteraturstudie

Denne oppgåva byggjer på ein litteraturstudie. I litterære oppgåver baserar ein seg på allereie eksisterande kunnskap, og ein gjer greie for det ein har funne av litteratur og korleis ein har valt ut data (Dalland, 2015, s. 228).

2.2 Søkeprosessen etter forskning

Ein må formulere rett spørsmål når ein skal søke etter fakta i databasar. Det er viktig å avgjere kor gammalt arbeidet skal vere, samt språk og studietype (Forsberg & Wengström, 2008, s. 85).

Søkeprosessen etter forskning starta den 05/04-16 og varte til 18/04-16. Eg vil no presentere søkeord og databasar som førte meg til forskinga eg har nytta. Alle utvalde artiklar er nøye lesne og kritisk vurdert i samsvar med sjekklister for kvalitativ og kvantitativ metode (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012).

Eg starta den 05/04-16 med søk i SweMed+. Her nytta eg søkeorda «demens» 1789 treff, og «smertelindring» 507 treff. Eg kombinerte søkeorda, og avgrensa søket frå 2006-2016. Eg sat då igjen med ein artikkel; «*Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer*» (Lillekroken & Slettebø, 2013). Når eg fann artikkelen «*Smertebehandling til personer med langtkommen demens*» (Jenssen, Tingvoll, & Lorem, 2013), brukte eg søkeorda «smertebehandling» 189 treff og «demens» 1789 treff. Eg kombinerte så termene med AND og avgrensa søket frå 2006-2016. Eg sat då igjen med ti artiklar, der eg las overskrifter og abstrakt.

Vidare byrja eg å søke i Academic search elite. Her la eg til databasane Cinahl with full text og MEDLINE. Eg starta alle søka med å gjere avgrensingar. Eg avgrensa søka til publiseringsdatoar frå 01/01-06 til 30/04-16. Eg avgrensa søka til å gjelde personar over 65 år og avgrensa til engelsk språk. Følgjande søk er gjort i desse databasane. Første søket vart utført 06/04-16. Eg nytta søkeorda: «dementia» 80137 treff, «treating pain» 1936 treff, «nursing home» 26016 treff, «agitation in dementia» 1072 treff, «behavioural disturbances» 3376 treff. Eg fortsette med å kombinere

søkeorda «agitation in dementia» OR «behavioural disturbances», 4402 treff. Til slutt kombinerte eg alle termene inkludert søket med OR og sat igjen med 8 artiklar. Her las eg titlar og abstrakt og kom fram til at artikkelen; «*Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: Cluster randomised clinical trial*» (Husebo, Ballard, Sandvik, Nilsen, & Aarsland, 2011) var interessant for mi oppgåve.

Mitt andre søk i databasane vart utført 07/04-16. Søket er bygd opp av søkeorda; «dementia» 80160 treff, «pain» 247961 treff, «Non-Pharmacological» 2521 treff, «pharmalogical» 40 treff og «Behaviour» 926435 treff. Fortsetjande søkte eg på «Non-Pharmalogical» OR «Pharmalogical» 2559 treff. Avsluttande kombinerte eg alle termene med AND, inkludert søket med OR som gav 6 treff, der eg las titlar og abstrakt. Eg fann såleis artikkelen «*interventions targeting pain or behaviour in dementia: A systematic review*» (Pieper, Dalen-Kok, Francke, Steen, Scherder, Husebø, & Achterberg, 2013).

Vidare gjorde eg eit søk den 17/04. Her brukte eg søkeorda «dementia» 80327 treff, «pain behavior» 2556 treff, «pain intensity» 9370 treff, «Mobid2» 9 treff. Vidare kombinerte eg søkeorda «Pain behavior» OR «pain intensity» 11790 treff. Avsluttande kombinerte eg alle termene med AND, inkludert søket med OR. Dette gav 8 treff. Her las eg tittlar og abstrakt og fann artikkelen «*Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization- Observation- Behaviour- Intensity- Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting*» (Husebo, Strand, Moe-Nilssen, Husebo, & Ljunggren, 2010).

Siste søk vart utført 18/04-16. Søket er utført i samsvar med søkeorda «dementia» 80328 treff, «pain» 248599 treff, «beliefs» 78849 treff, «knowledge» 372764 treff, «nursing home» 26066 treff. Eg kombinerte søkeorda «beliefs» OR «knowledge» 440210 treff. Til slutt søkte på alle termene ved å søke med AND, inkludert søket med OR. Då sat eg at med 27 artiklar der eg las titlar, og valde artikkelen: «*Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia*» (Zwakhaleh, Hamers, Peijnenburg, & Berger, 2007).

2.3 Søkeprosessen etter anna litteratur

Søkeprosessen etter litteratur, starta med å kartlegge det eg visste frå før at eg hadde om tematikken. I pensumboka «Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten» (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2015), kan eg lese om demens og smerter. Eg har primært brukt søkemotoren ORIA for å finne fram til relevant litteratur. Når eg søkte etter faglitteratur i ORIA avgrensa eg søket til trykte bøker frå år 2006-2016. Slik fann eg, ved hjelp av søkeordet «smerter», bøkene «Smerter. Baggrund. Evidens. Behandling.» (Jensen, Dahl, & Arendt-Nielsen, 2013) og, «Smerter.

Smerteopplevelse og atferd.» (Aambø, 2007). Ved hjelp av søkeordet «demens» fann eg bøkene «Lærebok demens. Fakta og utfordringer» (Engedal & Haugen, 2009) og «Personer med demens. Møte og samhandling» (Rokstad & Smebye, 2008). Med hjelp av bibliotekarane ved skulen fann eg bøkene «Demensguiden. Holdninger og handlinger i demensomsorgen» (Solheim, 2015), og «Smerter. Lærebok for helsepersonell» (McCaffery & Beebe, 1996), samt «Smertebogen» (Høgh, Jensen, & Pickering, 2015).

I tillegg har eg funne offentlege dokument som Demensplan frå regjeringa.no. Lovdata har eg nytta for å få inn aktuelle lover i oppgåva. Nyhendeartikkelen av Brækhus (2015) nyttast for å setje tema på dagsorden. Bøker som «omtanke» (Nordtvedt, 2012), «omsorg, sykepleie og medisin» (Martinsen, 2003) og «fra marx til løgstrup» (Martinsen, 2003) har eg nytta for å beskrive etikk og sjukepleiarteori. Gjennom eit usystematisk søk i søkemotoren google, med søkeorda «smerter hos eldre og demente» fann eg heftet «smerter hos eldre og personer med demens» (Häikiö, 2015), som eg bestilte på nett.

2.4 Kjeldekritikk

Ein nyttar kjeldekritikk for å vurdere kjelder (Dalland, 2015, s. 67). Hovudsakleg har eg ikkje nytta litteratur eldre enn 10 år. Eg har vore oppteken av å nytte primærkjelder, og har vore tydeleg der eg har nytta sekundærkjelder. Dei fleste forskingsartiklane har overføringsverdi til sjukepleiefaget, fordi dei omhandlar sjukepleiarens oppleving rundt smertelindring til demente pasientar. Eg har funne mykje forskning om tematikken, dette skapte utfordringar når eg skulle velje ut kva forskning eg ville nytte. For å velje ut det eg meiner er viktig, såg eg på forskinga i lys av relevans for problemstilling og gyldigheit. Eg har med fire artiklar der studien er gjennomført i Norge. Eg har også med ein nederlandsk artikkel, og ein systematisk oversiktsartikkel. Databasane eg har nytta, anbefalast av høgskulen.

Det synt seg å vere utfordrande å finne faglitteratur som går direkte på smertelindring og demens, dette er ei svakheit i kjeldene mine. Eg har vurdert litteraturens relevans for problemstillinga. Samstundes har eg vore oppteken av å nytte oppdatert litteratur, då eg ynskjer å tilføre faget nyast muleg kunnskap. Likevel er noko av litteraturen min av eldre dato, som til dømes boka av McCaffery & Beebe (1996) «Smerter. Lærebok for helsepersonell». Boka er frå 1996 og omhandlar smerter. Eg har valt å nytte boka i liten grad fordi den framleis er relevant.

3. Fagleg- og forskingsbasert grunnlagstenking knytt til tema

Her vil eg starte med å presentere relevant fagleg tenking rundt tema. Vidare vil eg bevege meg over på sjukepleiarteori, etiske- og juridiske rammer. Til slutt vil eg kort presentere primærartiklar for oppgåva.

3.1 Demens

Demens er ein irreversibel sjukdom som forverrar seg over tid. Psykologiske prosessar som hukommelse, læring, merksemd, tenking og kommunikasjon vert utfordra, samt endra åtferd (Engedal & Haugen, 2009, s. 20). I Norge nyttar ein eit internasjonalt klassifikasjonssystem kalla International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). Her blir sjukdommar og helseproblem registrert og klassifisert (Helsedirektoratet, 2015). Per dags dato er det den tiande versjonen som er gyldig og namnet vert difor ICD-10 (Engedal & Haugen, 2009, s. 18).

I samsvar med ICD -10 er kriteria for demens:

- I
 - 1. Svekka hukommelse, spesielt for nyare data
 - 2. Svikt av andre kognitive funksjonar (dømmekraft, tenking, planlegging, abstraksjon)

Mild: Verkar inn på evna til å klare seg i dagleglivet
Moderat: Kan ikkje klare seg utan hjelp av andre
Alvorleg: Treng kontinuerleg tilsyn og pleie
- II Klar bevisstheit
- III Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial åtferd, med minst eitt av følgjande symptom:
 - 1) Emosjonell labilitet
 - 2) Irritabilitet
 - 3) Apati
 - 4) Unyansert sosial åtferd
- IV Tilstanden må ha ein varighet på minst seks månadar

(Engedal & Haugen, 2009, s. 18).

Symptoma ved demens kan delast i tre hovudgrupper.

Kognitive symptom: Svekka merksemd, læringsevne, språkevne og hukommelse. Svekka forståing av handling i rom og intellektuelle evner. Apraksi, agnosi og handlingssvikt.

Åtferdsmessige symptom: Depresjon og tilbaketrekking. Angst og katastrofereaksjonar, samt vrangførestillingar og hallusinasjonar. Personlegdomsendringar, rastlausheit, motorisk uro og vandring. Apati og interesselausheit, samt irritabilitet og aggressivitet. Repeterande handlingar og endra døgnrytme.

Motoriske symptom: Muskelstivheit, balansesvikt og inkontinens.

(Engedal & Haugen, 2009, s. 34).

Demens er ein progressiv sjukdom der symptomta kan vere svake i starten, men etter kvart meir framtrekande (Solheim, 2015, ss. 34-35). «Demensplan 2015- Den gode dagen» vektlegg korleis ein kan styrke demensomsorga ved å betre kvalitet, kapasitet og kompetanse i tenestene til demensramma og deira pårørande (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

3.1.1 Medikamentell behandling av demens

Det finst inga kurativ behandling mot demens. Nokre medikament (Aricept, Exelon, Reminyl og Ebixa) kan i tidlege fasar, og i beskjeden grad, betre hukommelse, merksemd og evna til å greie seg i dagleglivet. Antipsykotikum kan nyttast som symptomatisk behandling av utfordrande åtferd, men må nyttast med særskild forsiktighet då det kan gi mange biverknadar (Brækhus, Dahl, Engedal, & Laake, 2013). 40-46% av demente med utfordrande åtferd blir behandla med psykofarmaka (Torvik & Bjøro, 2015, s. 399).

3.2 smerter

Smerte kan definerast som «en ubehagelig sensorisk og emotionel opplevelse forbundet med aktuell eller potentiel vevsbeskadigelse» (Baastrup, Dahl, Arendt-Nielsen, & Jensen, 2013, s. 15). Enkelt forklart kan ein seie at når ein opplev smerte blir smertereseptorar aktivert (nociceptorar), desse finst i huda og anna vev. Når nociceptorane vert aktivert, sendast det signal direkte frå det skada vevet til ryggmargen. Her blir det vidare sendt signal til ei rekke områder i hjernen som er ansvarleg for evaluering av informasjon om intensitet og lokalitet, samt kognitive, emosjonelle og analyserande komponentar i opplevinga av smerte (Baastrup et al., 2013, ss.16-17).

Det er vanleg å skilje mellom akutt og kronisk smerte. Skjematisk oppsett kan skilnaden forklarast slik:

Parameter	Akutt smerte	Kronisk smerte
Biologisk formål	Overleve	Destruktivt for personen
Varigheit	Forbigåande	Vedvarande
Årsakssamanheng	Lett å relatere til årsak	Komplekse mekanismar mellom «sjel og lekam»
Vevs-skade/ Inflammasjon	Tilstade	Ofte fråverande
Nervesystem	Auka puls, blodtrykk og sveitte	Ikkje målbare parameter
Åtferd	Motorisk uroleg, aktiv åtferd	Inaktiv, isolasjonstendens
Livskvalitet	Midlertidig påverka	Langvarig påverka
Medisinsk behandling	Ofte effektiv	Ofte utan særleg effekt

(Jensen N. H., 2015, s. 47).

Smerte er ei subjektiv oppleving som inneheld menneskets oppleving og erfaring med smerte. Opplevinga opnar for kva som gjer vondt for eit menneske, dette kan vere ulikt frå person til person. Korleis vi stiller oss til smerte er prega av normer og verdiar i samfunnet, og dette vil påverke korleis vi kommuniserer smerta (Hillestad, 2007, s. 24).

3.2.1 Behandling av smerter hos eldre

Målet med smertebehandling til eldre er lindring, samt betre livskvalitet og funksjonsstatus (Torvik & Bjørø, 2015, s. 399). Legen forordnar medikament, men sjukepleiaren administrerer dei og nyttar sjukepleieprosessen for å identifisere, observere og evaluere smerter og behandling og har difor ei sentral rolle (Rustøen, 2007, s. 129).

Legemiddel som nyttast i smertebehandling av eldre, er inndelt i følgjande grupper:

- **Paracetamol.** Førstehandspreparat ved mild til moderat smerte hos eldre. Effekt på muskel og skjelettsmerter.
- **Ikkje-sterioide antiinflammatoriske midlar (NSAIDS-preparat).** Smertelindrande og betennelsesdempande effekt. Preparata er trygge å nytte i korte periodar ved akutte smerter i muskel- og skjelettsystemet.

- **Opioide analgetika.** Nyttast ved moderate til sterke smerter. Preparata gir smertelindring, angstdemping og hostedemping, men kan verke sløvande og har tilvenningsfare.

- **Andre legemiddel med smertelindrande effekt.** Antidepressiva har effekt på nokre smertetilstandar hos eldre, som til dømes postherpetisk nevralgi og diabetisk nevropati. Antiepileptika er effektive på nevropatisk smerte.

(Torvik & Bjøro, 2015, ss. 400-401).

Dersom ein er i tvil om pasientar med alvorleg demens har smerter, kan prøvemedisinering kan vere hensiktsmessig (Torvik & Bjøro, 2015, s. 399). Ikkje medikamentelle tiltak mot smerte kan omfatte pasientundervisning, kognitiv åtferdsterapi, massasje, musikkterapi, fysisk aktivitet, tekniske hjelpemiddel og akupunktur. Enkelte av desse tiltaka krev spesialkompetanse (Torvik & Bjøro, 2015, ss. 401-404).

3.3 Smerteutrykk hos demente

Pasientar som ikkje kan sjølvrapportere smerte, er sårbare og avhengig av sjukepleiarens observasjonar og tolkingar (Torvik & Bjøro, 2015, s. 398). Eldre har auka risiko for å få sjukdommar og plagar som medfører smerte, og å vurdere demente med tanke på smerte er utfordrande (McCaffery & Beebe, 1996, ss. 234,236). I ein demensprosess vert evna til å forstå og gjere seg forstått utfordra. I følge Powell, Hale og Bayers (1995) i (Wogn-Henriksen, 2008, s. 93) kan svekka kommunikasjonsevner medføre svekka sosial funksjon, auka tilbaketrekking, agitasjon og utfordrande åtferd.

Demente som ikkje kan utrykke seg verbalt, kan utrykke smerte gjennom agitasjon, utagering og manglande samarbeid (Häikiö, 2015, s. 23). Slike symptom kan også ha sitt utspring i symptom av sjukdommen eller andre årsaker som til dømes akutt funksjonssvikt eller delirium (Engedal & Haugen, 2009, s. 47). Nygaard & Jarland (2005), Bjøro & Herr (2008) formidlar i (Torvik og Bjøro, 2015, s.397) at demente i sjukdommens tidlege fasar kan vere i stand til å formidle smerter tydeleg med ord. Etter kvart som sjukdommen utviklar seg, vert den språklege evna svekka i så stor grad at pasienten ikkje lenger klarar å formilde smerta si til omverda ved hjelp av ord.

I Brækhus (2015) er Bettina Husebø, leiar for Senter for alders- og sjukeheimsmedisin ved UIB intervjuet. Ho formidlar at med aukande alder får mange smerter. Smerter og demens gjer at pasienten risikerer å lide i stillheit og få redusert livskvalitet, fordi dei ikkje kan utrykke smertene. Ho uttrykker også at å jobbe med eldre har låg status, og er minst ettertrakta blant studentar.

3.4 Smertekartlegging

Åtferdsendringar kan vere teikn på smerte hos demente som ikkje kan utrykke seg med ord (Torvik & Bjøro, 2015, s. 398). I Torvik & Bjøro (2015) er det lista opp ein del hyppige smerteindikatorar hos demente, henta frå American Geriatrics Society (2002):

Ansiktsuttrykk: Grimasering, rynka panne, lukka auge

Verbalisering, vokalisering: Sukking, jamring, stønning, grynting.

Kroppsbevegelsar: Beskyttande kroppsbevegelsar, urolege, nervøse bevegelsar.

Forandring i mellommenneskeleg samhandling: Aggressiv, stridslysten, motset seg omsorg, utfordrande åtferd

Forandring i aktivitetsmønster og rutinar: Endringar i matlyst, lengre kvileperiodar, auka vandring, endra søvnmønster

Forandring i mental status: Gråtetokter, rennande tårer, auka forvirring, irritabilitet.

(Torvik & Bjøro, 2015, s. 398).

Sjølvrapportering omhandlar at dersom du spør om smerte, skal pasienten svare utifrå eiga oppleving. Dette er alltid den viktigaste beskrivinga, fordi det er pasientens utrykte oppleving (Häikiö, 2015, s. 28). Sjølvrapportering krev at pasienten dels har intakte kognitive funksjonar og kan kommunisere med omgivingane. Dette er vanskeleggjort ved demens (Werner & Arendt-Nielsen, 2013, s. 48).

Ein har ulike kartleggingsverktøy for observasjon av smerte. Doloplus II er eit observasjonsskjema. Skjemaet kartlegg forhold som kan indikere smerter, både somatiske, psykososiale og psykomotoriske reaksjonar. Checklist for Nonverbal Pain Indicators -CNPI, er ei sjekklister for nonverbale smerteindikatorar. Mobilisation- Observation- Behaviour- Intensity- Dementia- MOBID II er eit skjema som baserar seg på ansiktsuttrykk, kroppsbevegelsar og vokalisering (Sjå vedlegg 1 for MOBID II) (Häikiö, 2015, ss. 30-31). Ved bruk av slike verktøy, er det svært viktig å bruke klinisk skjønn. Utrykk for smerte er individuelt, også hos demente. Eit anna viktig moment er at observasjonsverktøya er testa på gruppenivå, men nyttast på individnivå (Torvik & Bjøro, 2015, s. 399).

3.5 Kari Martinsens omsorgsteori og beskrivinga av lidinga

Omsorg er omhandlar fellesskap med andre og er såleis ein sosial relasjon. Omgrepet krev forståing for andre, og dersom omsorga skal vere ekte må ein ha ei haldning som anerkjenn den andre utifrå hans situasjon. Omsorgsrelasjonen er basert på at ein «sørgjer for» den andre, utan å forvente noko tilbake. Omsorg for andre omhandlar omsorg for dei som ikkje er sjølvhjelpne, dette er sentralt i omsorgsarbeid (Martinsen, 2003, s. 71).

Yrkesmessig omsorg krev fagleg dyktigheit. Fagleg dyktigheit føreset at kunnskap og praksis går saman. Ein må skape ei forståing for andre sin situasjon, dette kan gjerast ved å bruke egne erfaringar. I tillegg må sjukepleiaren ha fagkunnskap. Å nytte kjente reiskapar som klut og skei er fundamentalt i omsorgssituasjonen for å gjere situasjonen trygg og kjent. I ein pleiesituasjon bør ein gjere alt så enkelt som råd, ikkje bruke for mange ukjende gjenstandar og ord. Slik formidlar ein omsorg fordi ein skapar ei felles forståing for samanhengen ein oppheld seg i. Omsorgsarbeidet skal nytte minst mogleg spesialisering, slik vil arbeidssituasjonen bli mest mogleg heilskapleg (Martinsen, 2003, ss. 75-77).

Kari Martinsen omtalar også lidinga. Ho beskriv lidinga som eit komplisert og djupt menneskeleg fenomen. Lidinga er noko ein som menneske ikkje kjem utanom. Sentralt her er at ho trekk fram at ein ikkje treng å vere sjuk eller ha dårleg helse for å lide. Vidare seier ho at eit ja til livet er eit ja til lidinga. Dette betyr likevel ikkje at ein skal underkaste seg og halde ut alle prøvelsar (Martinsen, 2003, s. 135).

3.6 Ethiske og juridiske rammer

Autonomiprinsippet omhandlar at ein ser på mennesket som eit sjølvbestemmande (autonomt) vesen. Prinsippet omhandlar også retten til å nekte hjelp. Ikkje skade-prinsippet spesifiserer kva du ikkje skal gjere mot pasienten. Prinsippet omhandlar at ein skal minimalisere smerte og ubehag for pasienten, samtidig er det eit prinsipp for lindring og omsorg. Velgjerdspinsippet omhandlar at ein skal ville og etter beste evne gjere det beste for pasienten. Rettferdsprinsippet omhandlar tanken om likebehandling og prioritering av dei mest hjelpetrengande (Nordtvedt, 2012, ss. 96-98).

I samhandling med pasientar er lov om pasient og brukarrettigheitar (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999) sentral fordi den gir pasienten rettar. På same vis er Helsepersonellova (Helsepersonelloven, 1999) sentral, fordi dette er helsepersonells profesjonslov. Likeeins er helse- og omsorgstenestelova (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) aktuell, fordi regulerer forholdet mellom kommunar og folk når det gjeld ytingar av primærhelsetenester (Molven, 2014, ss. 30-31). Yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2014) gjeld for alle sjukepleiarar og er difor sentral.

3.7 Presentasjon av primærartiklar

Forskingsartikkel nr. 1

«*Smertekartlegging og smertelindring hos pasientar med demens; utfordringer og dilemmaer*».

Kvalitativ studie med intervju av 18 sjukepleiarar. Hensikta var å utforske sjukepleiarens erfaring med smertekartlegging og smertelindring hos pasientar med demens. Studien fann bekymringar knytt til pasientens høge alder, kormobiditet og polyfarmasi. Informantane nytta skjeldan eller aldri kartleggingsverktøy for smerte og følte dei ofte stod ovanfor etiske dilemma når det gjaldt smertelindring til demente (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Forskingsartikkel nr.2

«*Smertebehandling til personer med langtkommen demens*». Kvalitativ studie med intervju av 5 sjukepleiarar. Hensikta var å fokusere på erfaringar og utfordringar som møter sjukepleiarane når dei skal vurdere smerte hos personar med langtkomen demens. Funna tyder på at det er vanskeleg å tolke pasientens signal og at manglande basis- og spesifikk kunnskap påverkar smertelindringa. Samarbeid i personalgruppa, med lege og pårørande blir trekt fram som viktige komponentar i smertelindringa (Jenssen et al., 2013).

Forskingsartikkel nr. 3

«*Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour- Intensity- Dementia (MOBID2) Pain Scale in a clinical setting*». Tverrsnittsstudie for å avdekke pålitelegheita og validiteten til MOBID-2 skalaen. Gjennom ein test- retest strategi deltok 77 pasientar og 28 pleiarar. Prevalensen av smerte generelt var 81%. Mest smertefult var mobilisering av beina. Smerte i bekken og eller genitale organ var ofte observert. MOBID 2 var reliabel og valid, samt tidseffektiv å nytte for sjukepleiarar. Test- retest reliabiliteten var svært god (Husebo et al., 2010).

Forskingsartikkel nr. 4

«*Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes*». Kluster randomisert kontrollert studie for å avdekke om smertestillande kan redusere agitasjon hos pasientar med moderat til alvorleg demens. Deltakarane var 352 pasientar fordelt i 60 klynger på 18 sjukeheimar i Norge. Agitasjon var signifikant redusert i intervensjonsgruppa etter åtte veker ($p < 0.001$), med gjennomsnittleg reduksjon av agitasjon på 17%. Behandling med smertestillande

hadde fordelar for nevropsykiatriske symptom, men gruppene var ikkje signifikant ulike i ADL funksjon og kognitive evner. Mellom veke 8-12 etter avslutta intervensjon, hadde intervensjonsgruppa ein forverra agitasjonsscore (Husebo et al., 2011).

Forskingsartikkel nr. 5

«*Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia*». Kvalitativ studie for å vurdere pleiepersonells kunnskap og oppfatning rundt aspekt av smerte hos eldre sjukeheimsbebuarar med demens. 123 pleiepersonell på to sjukeheimar i Nederland deltok. Deira resultat blei samanlikna med to grupper bestående av 25 studentar i sjukepleievitskap, samt 20 sjukepleiarar under vidareutdanning i smerte. Funna tyder på at pleiepersonell hadde kunnskapsmanglar på fleire aspekt av smerte, til trass for at dei var nøgde med avdekking og behandling av smerte på arbeidsplassen. Utdanningsnivå synast å påverke tru og kunnskap rundt smerte hos pasientar med demens (Zwakhalen et al., 2007).

Forskingsartikkel nr.6

«*Interventions targeting pain or behaviour in dementia: A systematic review*». Ein systematisk oversiktsartikkel for å avdekke noverande bevis av effekt av tiltak retta mot smerte med utfall i åtferd, og tiltak retta mot åtferd på smerte. 16 studiar inkludert. Tilgjengelege bevis tydar på at (smerte) intervensjonar retta mot åtferd, og (åtferds-) intervensjonar retta mot smerte er effektive i å redusere smerte og åtferdsmessige symptom hos demente (Pieper, et al., 2013).

4. Drøfting

Spørsmålet blir no, korleis kan ein som sjukepleiar bidra til å sikre god smertelindring til pasientar med demens på sjukeheim?

Med grunnlag i at kring 80% av alle sjukeheimsbebuarar lid av demens i ein eller anna form, samt at talet på personar med kognitiv svikt truleg vil doblast innan 35 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), kan ein hevde at helseføretaka står ovanfor ei utfordring. Det vert då sentralt å reflektere over at dersom ein gir god pleie i dag, vil vi få mindre utfordringar i framtida. Dersom pleia ikkje er god nok i dag, vil utfordringane auke og bli større i framtida.

Sett i frå ei anna side har Demensplan 2015 mellom anna som formål å styrke kvalitet, kompetanse og kapasitet i tenestene til personar med demens og deira pårørande. Målet er å arbeide for å sikre kvalitetsforbetring av tenesta, både gjennom forskning, kompetanse, utvikling, informasjon og pårørandeskular (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Utifrå dette burde vi jo vere godt førebudd, eller?

4.1 Demente og smerter.

På den eine sida er pasientar som ikkje kan sjølvrapportere smerte, sårbare fordi dei er avhengige av sjukepleiarens observasjonar og tolkingar (Torvik & Bjøro, 2015, s. 398). Dette føreset at ein som sjukepleiar evnar å syne omsorg for pasienten. I samsvar med omsorgsrelasjonen syner ein omsorg for pasienten, utan å forvente noko tilbake (Martinsen, 2003, s. 75). Å vurdere demente med tanke på smerte er utfordrande (McCaffery & Beebe, 1996, s. 236). Vi veit at hos denne pasientgruppa kan smerte utrykkast ved uro, agitasjon, utagering eller manglande samarbeid (Häikiö, 2015, s. 23). I mine praksisperiodar har eg sett dette, ein pasient byrja å verte valdeleg under stell. Etter fleire veker synte det seg at pasienten hadde smerter, som ingen hadde fanga opp. Ein kan då undre seg over om sjukepleiarane stolar for lite på eigne observasjonar eller om smerta i heile tatt har vore observert.

På den andre sida kan ein ikkje generalisere å seie at alle demente ikkje kan utrykke smerter. Det syner seg at demente i sjukdommens tidlege fasar kan vere i stand til å formidle smerte tydeleg med ord, Nygaard & Jarland (2005) og Bjøro & Herr (2008) i (Torvik & Bjøro, 2015, s. 397). Men, demens er ein progressiv sjukdom der symptomta kan vere svake i starten, men etter kvart meir alvorlege (Solheim, 2015, ss. 34-35). Opplevinga av smerte er også ulik frå person til person, ettersom smerte er subjektivt (Hillestad, 2007, s. 24). Uro, agitasjon og manglande samarbeid kan også ha sitt utspring i symptom av sjukdommen eller andre årsaker som til dømes akutt funksjonssvikt eller delirium

(Engedal & Haugen, 2009, s. 47). Sjølv om pasienten endrar åtferd kan vi ikkje vite 100% sikkert at det er smerter som gjer det.

Det er muleg at sjukepleiarar ofte er skeptiske til å smertelindre demente fordi ein er redd for å forverre pasientens tilstand. I samsvar med forskning, dreg nokre informantar fram at dei var redde for at smertestillande skulle gi biverknadar som kunne skjule eller komplisere pasientens sjukdomsbilete. I tillegg synast det at pasientens høge alder og faren for polyfarmasi gjorde det vanskeleg å smertelindre demente (Lillekroken & Slettebø, 2013). Dette samsvarar med opplevingar frå praksis, der eg har opplevd at legar og sjukepleiarar kan vere tilbakehaldne med å nytte smertestillande til demente. Eg har opplevd at pasienten vert sett på eventuell smertestillande, som ein risikerer at ikkje vert nytta. Dette skaper grunnlag for refleksjon kring om dette kan kallast god smertelindring, då ein risikerer at konsekvensen for sjukepleie anten vert over- eller undermedisinering.

Sett i frå ei anna side, er ein som sjukepleiar i samsvar med helsepersonellova §4 plikta til å gi fagleg forsvarleg og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999). Plikta gjeld også ovanfor den demente pasienten, og slik sett er ein plikta å smertelindre. Som sjukepleiar jobbar ein utifrå sjukepleieprosessen og skal såleis skape ein praksis der at når tiltak vert i verksette, så sikrar ein god smertelindring. Jamfør Bettina Husebø uttalar ho at mange demente pasientar risikera å lide i stillheit og få redusert livskvalitet, fordi dei ikkje kan utrykke smerter (Brækhus L. , 2015). I samsvar med Kari Martinsen, omtalar ho at lidinga er noko ein som menneske ikkje kjem utanom, men at ein ikkje skal underkaste seg og halde ut alle prøvelsar (Martinsen, 2003, s. 135). Dette gjeld også for demente pasientar, dei skal ikkje måtte underkaste seg all liding og lide i stillheit.

Det kan vere nyttig å vite at utfordrande åtferd kan vere teikn på smerte hos demente (Häikiö, 2015, s. 23). Likeeins er det interessant å sjå på effekt av smertestillande på slike symptom. Ei forskning syner at ein trinnvis protokoll for smertestillande kan redusere agitasjon og smerter hos demente pasientar. Pasientane i intervensjonsgruppa hadde ein forverra agitasjonsscore etter avslutta intervensjon med smertestillande (Husebo et al.,2011). Jamfør ein systematisk oversiktsartikkel om emnet synte fem av seks studiar ein positiv effekt av smertestillande for å redusere utfordrande åtferd hos demente. Vidare syner artikkelen at ikkje-medikamentelle tiltak som bruk av gyngestol, musikk- og kognitiv terapi, samt dusjing/ bading hadde effekt på smerter og utfordrande åtferd (Pieper, et al., 2013). Det syner seg at eldre har auka risiko for å få ulike sjukdommar å plagar som kan gi smerter (McCaffery & Beebe, 1996, s. 234). Det syner seg også at 40-46% av eldre med demens og utfordrande åtferd, vert behandla med psykofarmaka (Torvik & Bjørø, 2015, s. 399). Slik sett kan ein undre seg over om psykofarmaka blir brukt til å dempe utfordrande åtferd, og om desse

pasientane går med ubehandla smerte. Før ein set i verk tiltak må ein alltid søke den underliggjande årsaka.

4.2 Kartlegging av smerter

Vårt kanskje beste hjelpemiddel i møte med demente og smerter er kartleggingsverktya. Her er det viktig å velje eit verkty som eignar seg for den enkelte gamle sin kognitive funksjon (Torvik & Bjørø, 2015, s. 395). Det finast i dag mange ulike verkty og det er ulikt kva som blir praktisert. Gjennom mine tre år som student, har eg opplevd at det er skjeldan desse verktya er i bruk. Dei fleste sjukepleiarane kjenner til verktya men brukar dei ikkje. Å ikkje nytte slike verkty kan medføre konsekvensar for sjukepleie der ein risikera at pasienten går med uoppdaga smerte.

På den eine sida er det mange fordelar med dei ulike kartleggingsverktya, ettersom dei kan gi oss ein peikepinn på om pasienten har smerter. Sjølvrapportering er alltid den viktigaste beskrivinga av smerter (Häikiö, 2015, s. 28). Smertevurdering hos demente er utfordrande fordi evna til å forstå og gjere seg forstått er utfordra (Wogn-Henriksen, 2008, s. 93). Likevel, har vi mange gode verkty som baserar seg på observasjon av pasienten. Høvesvis har vi til dømes; doloplus II, CNPI, MOBID II og kroppskart (Häikiö, 2015, ss. 30-32). MOBID II baserar seg på kartlegging av smerter under mobilisering. Ei forsking gjort på kartleggingsverktyet synte gode resultat i å avdekke smerter hos pasientar med alvorleg demens. Forskinga fann mellom anna at førekomsten av smerte generelt var 81%. Det synte seg også at skjemaet var enkelt i bruk og at det i gjennomsnitt tok 4.37 minutt og gjennomføre kartlegginga (Husebo, et al., 2010).

Forsking syner også at kartleggingsverktya er i lite bruk. I forskinga av Jenssen, Tingvoll & Lorem (2013) kjem det fram at ingen av informantane nytta smertekartleggingsverkty i deira institusjon. Funn i ein annan studie avdekkar at det var mangelfull kartlegging av smerter hos demente pasientar, og at sjukepleiarane i studien skjeldan nytta kartleggingsverkty, samt at dei ikkje hadde rutinar for smertebehandling (Lillekroken & Slettebø, 2013). Det er rimeleg å undrast over om det kan vere at verktya ikkje er gode nok, at dei ikkje gir konkrete nok svar til å ta ei avgjersle. Sentralt her er også at verktya er testa på gruppenivå, men brukast på individnivå, og klinisk skjønn vert då svært viktig (Torvik & Bjørø, 2015, s. 399). Sjølv om eit kartleggingsverkty verkar å vere enkelt i bruk, er det ikkje sikkert at det høver til den einskilde pasienten. I samsvar med Demensplan 2015 ynskjer regjeringa auka kunnskap og kompetanse mellom anna blant tilsette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Dette er muleg eit område ein treng meir kunnskap om, ettersom ein jobbar i eit omsorgsykke der ein skal ynske og ville det beste for pasienten.

For så vidt, så finst det andre måtar enn kartleggingsverktøy for å avdekke smerter hos demente. Ein kan nytte kjende smerteindikatorar som å observere ansiktsuttrykk, verbalisering/vokalisering, kroppsbevegelesar, endring i samhandling, endring i aktivitetsmønster og rutinar, og endring i mental status (Torvik & Bjørø, 2015, s. 398). Slike endringar er etter mi erfaring enkle å observere på sjukeheim, sidan ein kjenner pasientane godt. På vaktrommet har eg ofte høyrte utsegn som; «no har ikkje NN hatt matlyst på ei veke, eg lurar på kva det kan vere.» Eller «i dag sov NN til klokka tolv, og det gjorde NN i går også. Er det noko som plagar NN?». Men, ein ting er å observere, iverksetjing av tiltak er noko anna.

Med grunnlag i ei forskning kom det fram at pasientar med demens blei sett på fast smertelindring grunna redsle for at smerte skulle bli oversett eller signala mistolka. I tillegg kom det fram at personalet prøvde seg fram med smertestillande grunna vanskar med å tolke pasientens signal (Jenssen et al., 2013). I samsvar med ikkje-skade prinsippet skal ein som helsepersonell ikkje påføre pasienten meir skade enn ein må (Nordtvedt, 2012, ss. 96-97). På den andre sida blir trekt fram at prøvemedisinering kan vere hensiktsmessig, ettersom ein då kan sjå om pasienten endrar åtferd etter gitt smertestillande. Dersom åtferda endrast, kan ein anta at smerte var grunnen til åtferda (Torvik & Bjørø, 2015, s. 399). Likevel syner forskning at konsekvensen av prøving og feiling kunne medføre at pasienten blei sløv, sov meir og satt mykje i ro (Jenssen et al., 2013). Konsekvensen for sjukepleie i ein slik praksis kan altså bli at pasienten blir sløv og immobil. Konsekvensane av dette kan igjen bli meir sjukdom og plagar for pasienten.

4.3 Kunnskap og erfaringar hos sjukepleiarar

Det syner seg, utifrå forskning at sjukepleiarar generelt har god kunnskap om smertelindring, men at kartleggingsverktøya ikkje blir brukt på sjukeheimar i møte med demente pasientar (Lillekroken & Slettebø, 2013). Ein studie skil seg ut då den avdekka manglande kunnskap om fleire aspekt av smerte. Her synte det seg at dei med vidareutdanning innan smerte hadde meir kunnskap om emnet. Studien fann ingen signifikante ulikheiter mellom dei med mindre enn fem års erfaring, og dei med over fem års erfaring når det gjaldt kunnskap om smerte og demente (Zwakhalen et al., 2007). Informantane i ei anna studie vektla at fagleg kunnskap var viktig for gjere gode vurderingar. Her meinte fleire av informantane at sjukeheimane fokuserte for lite på kunnskapsutvikling, og at det dermed vart vanskeleg å halde seg fagleg oppdatert (Jenssen et al., 2013). Som sjukepleiar er ein plikta å halde seg fagleg oppdatert, mellom anna ved å bidra til at ny kunnskap brukast i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2014). For at sjukepleiarane skal kunne halde seg fagleg oppdatert, er det viktig at dei sjølve kjem på bana og forlangar utvikling. Det er også sentralt at leiarar legg til rette for fagleg utvikling av sine tilsette. Dette vil gagne alle partar i framtida.

Eit anna moment er at forskning avdekka at sjukeheimane slit med å få tak i fagfolk, noko som kunne resultere i at det berre var ufaglærde på vakt (Jenssen et al., 2013). I samsvar med pasient- og brukarrettighetslova har denne mellom anna som formål å sikre befolkninga lik tilgang av tenester med god kvalitet (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999). I tillegg seier rettferdsprinsippet noko om prioritering av dei mest hjelpetrengande (Nordtvedt, 2012, s. 98). Ein slik praksis skapar grunnlag for refleksjon rundt om det er god kvalitet i ein praksis der ein ikkje har fagfolk på jobb, og om dette kan kallast prioritering av dei mest hjelpetrengande. Dersom ein ikkje har fagfolk på jobb, risikerer ein at viktige observasjonar går til grunne. Som sjukepleiar skal ein samle data og identifisere eit problem, ein skal setje seg eit mål og setje i verk tiltak deretter, for så og evaluere tiltaket (Rustøen, 2007, s. 129). I utdanninga lærde vi at stellet blir sett på som «mogelegheits arena». Dersom det ikkje er sjukepleiarar i avdelinga, risikerer ein å misse delar av sjukepleieprosessen og dermed også viktige moment i smertelindringa. Det er eit faktum at dagens kommunale helsevesen truleg ikkje vil klare seg utan ufaglærde, men det er viktig med nok kompetanse til å kunne vidareformidle relevante opplysningar til sjukepleiar og lege (Jenssen et al., 2013)

I samsvar med lov om kommunale helse- og omsorgstenester er eit av formåla med lova at ein skal sikre tenestetilbodets kvalitet og eit likeverdig helsetilbod (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Ein studie avdekkar at når pasienten ikkje ville ta smertestillande, så fall valet på tvang som siste utveg. Det oppsto eit dilemma mellom pasientens behov for smertestillande eller å ivareta pasientens autonomi (Lillekroken & Slettebø, 2013). I samsvar med autonomiprinsippet skal ein respektere pasientens val for pleie og omsorg. Velgjerdspriippet seier at ein etter beste evne skal ynskje og ville det beste for pasienten (Nordtvedt, 2012, ss. 96-97). Som sjukepleiar vil ein ikkje at pasienten skal ha smerter, men ein vil også respektere pasienten. I praksis har eg ofte sett at det er vanskeleg å få demente pasientar til å ta medisinar. Dersom pasienten blir gåande med smerter risikerer ein auka smerte og ubehag for pasienten, medan ein risikera å krenke pasienten dersom ein brukar tvang. Dette er utfordrande. Det syner seg også at pårørande er ein viktig ressurs. Godt samarbeid med pårørande er viktig for å ivareta pasientens behov for smertelindring, og pårørande forstår betre kva pasienten uttrykker (Jenssen et al., 2013). Ein studie avdekka hos ein informant at pasientens autonomi kunne bli tilsidesett på bakgrunn av pårørande sine ynskjer (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Likevel, har legen ein sentral plass i smertelindringa. Nokre vil hevde at godt samarbeid med lege er heilt essensielt i god sjukepleie. Legen ordinerer smertestillande og er avhengig av informasjon om sjukepleiarens observasjonar og tiltak for å kunne hjelpe. Ein sentral refleksjon her er om same sjukepleiar burde observere pasienten før og etter gitt smertestillande, for å sikre rett observasjon av verknad og eventuelle biverknadar. Jamfør Helsepersonellova §39, har ein som sjukepleiar plikt til

å føre journal over helsehjelpa, og ein er derunder plikta å journalføre effekt av smertelindringa (Helsepersonelloven, 1999). Det syner seg, utifrå forskning at sjukepleiarar vektlegg at godt samarbeid med lege og personalgruppa var viktig for å ivareta den demente pasientens behov for smertestillande. Det kjem fram i forskinga at godt samarbeid med legen, førte til ei betre forståing for ulike faglege synspunkt (Jenssen et al.,2013).

5. Konklusjon

Å avdekke smerter hos demente kan vere utfordrande dersom pasienten ikkje evnar å utrykke si smerteoppleving. Utrykk for smerte hos demente kan lett forvekslast med symptom av sjukdommen, dette gjer det vanskelegare å stole på egne observasjonar. Eg føler å ha svart på problemstillinga i det lys at dette er eit tema som bør fokuserast meir på hos sjukepleiarar. Forsking avdekkjer generelt god kunnskap, men vi kan alltid bli betre. Spesielt bruk av kartleggingsverktøy synast å ha eit stort forbettringspotensiale hos sjukepleiarar på sjukeheimar. Det er mange omsyn ein skal ta til den pasientar med demens, dette gjer det ekstra sårbart og utfordrande. Det kan difor vere aktuelt å arbeide meir systematisk for å avdekke smerter hos demente. Ved å rette fokus mot dette på pleie- og leiarnivå, samt aktivt nytte observasjon og kartleggingsverktøy, kan ein som sjukepleiar bidra til å sikre god smertelindring til demente pasientar i sjukeheim.

I ein hektisk kvardag er det mange omsyn og ta, og å jobbe med demente er både utfordrande og spennande. Eit godt samarbeid med pasient, personalet, lege og pårørande, er essensen i å kome vidare, trur eg. I tillegg bør det prioriterast høgt å ha fagfolk på arbeid for å kunne skaffe fullgode observasjonar og sikre sjukepleiarprosessens funksjon. Utan sjukepleiarar i avdelinga blir det straks meir utfordrande å avdekke og behandle smerte. Som sjukepleiar bør ein ikkje akseptere at identifisering og behandling av smerte ikkje blir ivareteke godt nok i møte med pasientar med demens.

6. Litteraturliste

- Aambø, A. (Red.). (2007). *Smerte. Smerteopplevelse og atferd*. Oslo: Cappelen Forlag.
- Baastrup, C. S., Dahl, J. B., Arendt-Nielsen, L., & Jensen, T. S. (2013). Smerteanatomi og fysiologi. I T. S. Jensen, J. B. Dahl, & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter. Baggrund. Evidens. Behandling* (3. utg., ss. 15-33). København: FADL's forlag.
- Brækhus, A., Dahl, T. E., Engedal, K., & Laake, K. (2013). *Hva er demens?* Hentet fra aldringoghelse.no: <http://www.aldringoghelse.no/?PageID=1606&ItemID=1148>
- Brækhus, L. (2015, April 27). *Sykehjemspasienter med demens lider unødig*. Hentet fra ABC nyheter: <http://www.abcnyheter.no/livet/2015/04/25/222668/sykehjemspasienter-med-demens-lider-unodig>
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Lærebok demens. Fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Folkehelseinstituttet. (2015, Mai 06). *Hvor mange har demens i Norge?* Hentet fra Folkehelseinstituttet: <http://www.fhi.no/artikler/?id=109112>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011, November 17). *Demensplan 2015 "Den gode dagen"*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2015-den-gode-dagen/id663429/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m av 24 juni 2011 nr.30*. Hentet April 17, 2016 fra lovdata.no: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov om kommunale helse- og](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov%20om%20kommunale%20helse-og)
- Helsedirektoratet. (2015, Desember 22). *Kodeverket ICD-10 (og ICD-11)*. Hentet fra Helsedirektoratet.no: <https://helsedirektoratet.no/helsefaglige-kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell av 7. Februar 1999 nr.64*. Hentet April 17, 2016 fra lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hillestad, A. H. (2007). Den undefinerbare smerten. I A. A. (red.), *Smerter. Smerteopplevelse og atferd* (ss. 19-40). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Husebo, B. S., Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O. B., & Aarsland, D. (2011). Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ*. doi:10.1136/bmj.d4065
- Husebo, B., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., & Ljunggren, A. E. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24, ss. 380-389. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x
- Häikiö, K. (2015). *Smerter hos eldre og personer med demens*. Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon 2015.

- Høgh, M., Jensen, N.-H., & Pickering, A. P. (2015). *Smertebogen* (1. utg.). København: Munksgaard forlag.
- Jensen, N. H. (2015). Kapittel 2 Definition og klassifikaion af smerter. I M. Høgh, N.-H. Jensen, & A. P. Pickering, *Smertebogen* (1. utg., ss. 45-56). København: Munksgaard forlag.
- Jensen, T. S., Dahl, J. B., & Arendt-Nielsen, L. (Red.). (2013). *Smerter. Baggrund. Evidens. Behandling* (3. utg.). København: FADL's Forlag.
- Jenssen, G.-M., Tingvoll, W.-A., & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk sykepleie*, ss. 26-34. Hentet fra https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3_vitensk._artikkel_smertebehandling_2406.pdf
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red.). (2015). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013, Mars). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utdringer og dilemmaer. *Vård i Norden*, 33, ss. 29-33. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/90504/Sletteb>
- Martinsen, K. (2003). *Fra marx til løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien* (2. utg.). Otta: Engers Boktrykkeri.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1996). *Smerter. Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Nordtvedt, P. (2012). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2014, Oktober 12). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra nsf.no: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert. En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 7. februar 1999 nr. 63*. Hentet April 17, 2016 fra lovdata.no: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=lov om pasient- og brukerrettigheter](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=lov%20om%20pasient-og%20brukerrettigheter)
- Pieper, M. J., Dalen-Kok, A. H., Francke, A. L., Steen, J. T., Scherder, E. J., Husebø, B., & Achterberg, W. P. (2013). Interventions targeting pain or behaviour in dementia: A systemativ review. *Ageing Research Reviews*, ss. 1042-1055. doi:10.1016/j.arr.2013.05.002
- Rokstad, A. M., & Smebye, K. L. (2008). *Personer med demens. Møte og samhandling* (1. utg.). Oslo: Akribe Forlag.
- Rustøen, T. (2007). Sykepleie, smerte og smertelindring. I A. A. (red.), *Smerter. Smerteopplevelse og atferd* (ss. 127-142).
- Sandvik, R. K., & Husebø, B. S. (2011, Oktober 06). *Måler smerte hos personer med demens*. doi:10.4220/sykepleiens.2011.0162

- Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2015). Kapittel 29. Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 408-434). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden. Holdninger og handlinger i demensomsorgen* (3. utg.). Oslo, Universitetsforlaget AS.
- Torvik, K., & Bjørø, K. (2015). Kapittel 28. Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., ss. 390-405). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Werner, M. U., & Arendt-Nielsen, L. (2013). Vurdering af smerte. I T. S. Jensen, J. B. Dahl, & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter. Baggrund, Evidens, Behandling*. (3. utg., ss. 47-56). København: FADL's Forlag.
- Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens. Møte og samhandling* (1. utg., ss. 87-112). Oslo: Akribe Forlag.
- Zwakhalen, S. M., Hamers, J. P., Peijnenburg, R. H., & Berger, M. P. (2007). Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 12, ss. 177-184.
doi:10.1155/2007/518484

7. Vedlegg

Vedlegg 1 Mobid II

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

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

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

Smerteatferd

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

Smertelyd
«Aule»
Stønner
Ynker seg
Gjoper
Skrir

Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Rykker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene

Avvengeraksjon
Står
Beslytter seg
Skryter fra seg
Endringer i pust
Krypser seg

Smerteintensitet

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

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

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

APPENDIKS

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

Smerteatferd

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

Smerteintensitet

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

6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
7. Bryst, lunge, hjerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage - øvre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage - nedre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Betina Husebø@f.ub.no, Institutt for samfunnsmedisin og, Universitetet i Bergen