



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

Demens og smerter

SK 152 Bacheloroppgave i sykepleie

Avdeling for helsefag

Innleveringsdato: 02.06.2017

6887 ord

av Caroline Andersen

Veileder: Danuta Teresa Zablotna

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

Sammendrag

Tittel: Demens og smerter

Bakgrunn for valg av tema: Et sted der ute i verden rammes en person av demens hvert 3 sekund (Prince, Wimo, Guerchet, Ali, Wu & Prina, 2015). En kan anta at omtrent 70 000 personer, som vil si at 1,4 prosent av befolkningen lider av demens i Norge (Folkehelseinstituttet, 2015). Fra egne erfaringer har jeg opplevd at det er vanskelig å vurdere demensrammede med smerter, dette er et tema som jeg mener er svært viktig å se nærmere på.

Problemstilling: «Hvordan oppdage og behandle smerter hos demensrammede pasienter med kommunikasjonsvikt?».

Fremgangsmåte: En litteraturstudie som er basert på faglig og forskningsbasert kunnskap. Søkene etter litteratur er utført i databasene ORIA, Svemedplus, Academic search elite sammen med Cinahl og MEDLINE.

Oppsummering av funn: Gjennom drøfting av forskning, litteratur og egne erfaringer kommer det tydelig frem at sykepleiere har generelt gode kunnskaper om demens og smertebehandling. Det ligger et forbedrings potensiale i kunnskap om smertekartleggingsverktøy. Blant annet stoler ikke sykepleiere nok på seg selv når det kommer til vurdering av smerter hos demensrammede pasienter. Forskning peker også på at samarbeidet mellom sykepleier og lege ikke er optimalt, da sykepleiers vurderinger ikke blir tatt på alvor av lege. En annen ting er også at sykehjem sliter med å få tak i fagfolk.

Konklusjon: Det er utfordrende å vurdere smerter hos demensrammede. For at man som sykepleier skal kunne gi god smertelindring til demensrammede pasienter bør man aktivt bruke kunnskap om smertelindring og smertekartleggingsverktøy. Samt et godt samarbeid mellom de ulike partene i nettverket rundt pasienten.

Nøkkelord: Demens, smerte, smertekartlegging, sykepleie

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Samfunnsperspektivet.....	1
1.2	Sykepleieperspektivet.....	1
1.3	Bakgrunn for valg av tema	1
1.4	Problemstilling og avgrensninger	2
1.5	Definisjoner	2
1.6	Hvordan oppgaven videre skal løses	2
2	Metode	3
2.1	Litteraturstudie.....	3
2.2	Søkeprosessen etter forskning	3
2.3	Søkeprosessen etter annen litteratur	4
2.4	Kildekritikk.....	4
3	Presentasjon av teori.....	6
3.1	Demens	6
3.2	Smerte.....	6
3.2.1	Smertebehandling.....	8
3.3	Smertekartlegging	9
3.4	Kommunikasjon	10
3.5	Kari Martinsen	11
3.6	Etiske og juridiske rammer	11
4	Presentasjon av forskningsartikler	13
5	Drøfting.....	15
5.1	Demens og smerter.....	15
5.2	Smertekartleggingsverktøy.....	17
5.3	Erfaringer og kunnskaper blant sykepleiere	18
6	Konklusjon.....	21
7	Litteraturliste	22
	Vedlegg	26

1 Innledning

1.1 Samfunnsperspektivet

Et sted der ute i verden rammes en person av demens hvert 3 sekund. I 2015 kunne det antas at 46,8 millioner mennesker over hele verden levde med demens, i 2017 ville tallet trolig bli 50 millioner mennesker med demens, som igjen vil doubles hvert 20 år (Prince et al., 2015). I Norge kan man anta at omtrent 70 000, eller 1,4 prosent av befolkningen lider av demens. Beregninger har vist at forventet levealder i Norge vil føre til mer enn en fordobling i forekomst av demens fra 2006 til 2015 (Folkehelseinstituttet, 2015). Som følge av økt levealder og flere eldre vil tallet på personer med demens sannsynligvis fordobles de nærmeste 30-40 årene. I Norge kommer Alzheimers sykdom og andre demenssykdommer på tredjeplass av sykdommer som i størst grad påvirker befolkningens liv og helse (Kjelvik, 2017). I forskning kommer det frem at smertevurdering er utfordrende og stiller store krav til sykepleiernes vurderingsevne og kompetanse (Lillekroken & Slettebø, 2013). I nyere undersøkelser viser at det fortsatt kan være opptil 50% av beboere i sykehjem med sikre tegn på demens, som ikke er blitt diagnostisert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

1.2 Sykepleieperspektivet

Det blir stadig flere pasienter, mer kompliserte helsetilstander og økte forventninger til kvalitet (Norsk sykepleieforbund, 2016). Helsevesenet står ovenfor en stor utfordring med de økende tallene, samtidig som at om 20 år kan Norge mangle 30 000 sykepleiere (Norsk sykepleieforbund, u.d).

I forskning kommer det frem at det er faglig spennende å arbeide med demensrammede pasienter (Lillekroken & Slettebø, 2013), men det er mangel på basiskunnskap og spesifikk kunnskap om demenssykdom (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013). Det kommer også frem at det blir i liten grad eller aldri bruk smertekartleggingsverktøy i sykehjem (Lillekroken & Slettebø, 2013). Identifiseringen av smerte hos demensrammede pasienter avhenger av sykepleiers observasjoner og kliniske blikk i vurdering og behandling av smerte (Burns & McIlfratrick, 2015).

1.3 Bakgrunn for valg av tema

Jeg kjenner til en som har Alzheimers, han har mistet evnen til å oppfatte og evnen til å uttrykke seg i løpet av årene. Han har i lang tid hatt smerter på grunn av tilleggs sykdommer eller tilstander som helsepersonell ikke klarer å finne ut hvor disse kommer ifra. Jeg jobber på sykehjem der jeg har observert at personer med demens ofte er urolige, sover dårlig, vandrer, er aggressive og er kontaktsøkende både med personal og andre pasienter, for å nevne noen. I refleksjoner i lag med sykepleiere og annet helsepersonell funderer vi på hva det er som plager pasienten og hvordan vi kan

hjelpe. Jeg har ofte sett at urolige pasienter får beroligende medikament fremfor smertestillende. Resultatet av dette er at de har enten ingen effekt eller så blir de enda mer urolige. I noen tilfeller har enkelte måtte vente i flere timer på å få smertelindrende medikament på grunn av interaksjoner mellom medikamentene.

1.4 Problemstilling og avgrensninger

«Hvordan oppdage og behandle smerter hos demensrammede pasienter med kommunikasjonssvikt?»

Jeg velger å skrive om generell demens da jeg mener at temaet er like relevant for alle typer demens. Det er avgrenset til personer med demens som bor fast på sykehjem. Begge kjønn blir inkludert, aldersgruppen blir eldre over 65 år. Jeg velger å fokusere på demensrammede som ikke klarer å gi uttrykk for smerter og som jeg selv har erfart at det er vanskelig å identifisere smerter hos demensrammede.

1.5 Definisjoner

Kognitiv svikt

«Beskriver et funksjonstap som er oppstått på grunn av sykdom, ikke aldring. Det karakteristiske for denne tilstanden er «svekket hukommelse og desorientering». Kognitiv svikt referer ikke til en spesiell sykdom, men til en følgetilstand av sykdom. (Engedal & Haugen, 2009, s. 17).»

Smerte

«Smerte er det som personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte (McCafferty & Beebe, 1996, s. 18).»

Helsepersonell

«Helsepersonellet er de enkelt menneskene som yter helsehjelp (Molven, 2012, s. 27).»

1.6 Hvordan oppgaven videre skal løses

Jeg ønsker nå å beskrive metoden som er brukt i oppgaven. Det neste er metode kapitlet, der vil jeg presentere hvordan jeg har gått frem og funnet forskning og litteratur. Videre blir det et teorigapittel der det blir presentert relevant teori i forhold til problemstillingen. Det blir et eget kapittel der det blir presentert funn i forskningsartiklene jeg har søkt meg frem til. Teori og forskning blir drøftet opp mot problemstillingen i drøftingskapittelet. Her vil jeg også bruke egne erfaringer og refleksjoner i lys av problemstillingen. Til sist i oppgaven vil det bli presentert en konklusjon som blir basert på hvordan jeg vurderer å ha svart på problemstillingen. Jeg har også tatt med et vedlegg.

2 Metode

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Metode kan også beskrives som det å følge en viss vei mot et mål. Vi har to metoderetninger, det er kvantitativ og kvalitativ metode (Dalland, 2012, ss. 111-114).

2.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er basert på en litteraturstudie. I en litterær oppgave baserer en seg på allerede eksisterende kunnskap. En gjør rede for hva en har funnet av litteratur, og hvordan en har valgt ut det en har brukt som data i oppgaven (Dalland, 2012, s. 228).

2.2 Søkeprosessen etter forskning

Jeg startet mitt søk etter forskning 05.04.17. Til å begynne med startet jeg med å skrive norske søkeord i Svemedplus for å finne flere ord på engelsk. Søkebasen som jeg har brukt er Academic search Elite, her har jeg i tillegg valgt CINAHL with Full Text og MEDLINE, kun engelske tekster, ingen dato avgrensninger, kun Full Text. De engelske søkeordene jeg hadde funnet på Svemedplus, blant disse var «dementia OR alzheimers OR cognitic impairment OR memory loss», «dementia» 51125 treff, «nursing home OR long term care facillity OR residentall care OR nursing homes» 56320 treff, «pain relief OR pain management» 33616 treff, «communication» 375641 treff. Deretter ble «dementia», «pain relief OR pain management», «nursing home OR long term care facilitys OR residentall care OR nursin homes», «communication» kombinert sammen. Da ble det 19 treff, her leste jeg overskriftene og deretter gikk jeg inn på de mest relevante for min problemstilling og leste abstraktene. To av dem var aktuelle, «Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment»og «The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI): testing of realiability and validity in Norwegian nursing homes».

Jeg søkte også på Svemedplus med søkeordet «smertekartlegging», her fikk jeg 4 treff, ut ifra overskriftene var det en som var aktuell, «Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer».

Mitt andre søk gjorde jeg 21.04.17, her ble Svemedplus brukt. Her brukte jeg enkelt ordene «smertebehandling» med 1871 treff, og «demens» med 214 treff. Disse ble kombinert med «AND» og fikk 10 treff. Her leste jeg overskriftene og sammendragene. Her fant jeg frem til «Smertebehandling til personer med langtkommen demens».

2.3 Søkeprosessen etter annen litteratur

Av litteratur har jeg gått tilbake og sett på hvilket pensum jeg har hatt tidligere på sykepleiestudiet, av relevant litteratur har jeg valgt å bruke «Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten», «Sykdom og behandling», «Grunnleggende sykepleie bind 3», «Omtanke- En innføring i sykepleiens etikk» og «Sykepleie og jus».

Jeg har brukt søkebasen ORIA, her brukte jeg søkeordet «demens», avgrenset det til bøker fra 2007-2017, her fikk jeg 281 treff. Her leste jeg titlene på bøkene, jeg har blant annet valgt meg ut «Demens: fakta og utfordringer: en lærebok». Søkeordet «smerte» ble avgrenset til bøker fra 2007-2017, gav 149 treff. Leste her titlene og valgte meg dermed ut «Ulike tekster om smerte». I noen av bøkene ble det referert til «Smertebogen», denne søkte jeg opp i ORIA.

Svemedplus brukte jeg for å finne frem til fagartikkelen «Får bedre smertebehandling», søkeordene «smertebehandling» og «demens», dette ble kombinert med «AND» og fikk da 10 treff.

For å finne sykepleieteoretiker gikk jeg tilbake til undervisningen som vi hadde om sykepleieteoretikere første året på sykepleiestudiet. Kari Martinsen er den jeg har valgt meg ut da jeg mener at teorien hennes om omsorg er relevant for denne oppgaven. Jeg leste også om henne i «Omtanke- En innføring i sykepleiens etikk». I denne boken leste jeg også om prinsippene jeg har valgt å ha med i oppgaven, jeg leste også om lovene som jeg har valgt å ha med. Lovene søkte jeg opp på «Lovdata.no». De yrkesetiske retningslinjene søkte jeg på «Norsk sykepleie forbund» sin nettside da dette er en fagorganisasjon for sykepleiere.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Kildekritikk betyr å vurdere og å karakterisere den litteraturen som er benyttet, det gjelder også andre kilder. Kildens kvalitet handler om hvilken type kilde det er, hvor troverdig den er og hvilken holdbarhet den har (Dalland, 2012, ss. 67, 72, 74).

Jeg har prøvd å unngå å bruke litteratur som er eldre enn 10 år. Blant annet er boken «Smerter, lærebok for helsepersonell» av McCafferty & Beebe (1996) av eldre dato. Jeg har likevel valgt og benyttet meg av denne i mindre grad enn annen litteratur. Annen litteratur som jeg har benyttet som er av nyere dato har brukt denne boken i sine referanser.

Når jeg startet søkeprosessen etter forskning brukte jeg databaser som har blitt anbefalt av høgskolen.

Det var mange treff på de ulike søkeordene jeg benyttet meg av, og derav vanskelig å sortere ut. Etter å ha prøvd ut ulike kombinasjoner av de ulike søkeordene fikk jeg avgrenset det til et lesbart

antall forskningsartikler. Et problem jeg møtte på underveis i søkeprosessen var at når jeg fant forskningsartikler som virket relevant for temaet, var de ikke tilgjengelig i full tekst. Men etter å ha avgrenset til bare full tekst ble det enklere å finne.

Jeg har både norske og engelske forskningsartikler med i oppgaven min. De norske forskningsartiklene har vært lette å forholde seg i motsetning til de engelske, da det har vært noe utfordrende å oversette disse.

3 Presentasjon av teori

3.1 Demens

Med demens menes en fremskridende kognitiv hjernesvikt som opptrer hos tidligere kognitiv velfungerende personer (Bertelsen, 2016, s. 334). Demens har igjennom tiden hatt mange navn knyttet til seg, og er en fellesbetegnelse på en tilstand (syndrom) som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer. Det er en kronisk og irreversibel sykdom som forverrer seg med tiden. For å kunne bruke begrepet demens må redusert hukommelse alltid være tilstede og svikten i evnen til å klare dagliglivets aktiviteter må relateres til hukommelsesreduksjonen. Det må også kunne påvises at det foreligger en organisk sykdom i hjernen som årsak til tilstanden (Engedal & Haugen, 2009, ss. 15-17). I ICD-10 registeret blir det beskrevet at demens er et syndrom som skyldes sykdom i hjernen, vanligvis kronisk eller progressivt, der flere høyere kortikale funksjoner blir forstyrret, herunder hukommelse, tenkeevne, orienteringsevne, forståelse, regneferdighet, læringskapasitet, språk og dømmekraft. Bevissthetsnivået er ikke redusert (Direktoratet for E-helse, 2017).

De ulike gradene av demens:

Mild grad av demens er fasen der personen selv og de nærmeste merker at glemsomheten får konsekvenser i hverdagen som blant annet å glemme å kjøpe inn mat og betale regninger.

Moderat grad av demens er fasen der personen i økende grad mister taket på tilværelsen. Hukommelsen er dårlig, og det samme er evnen til å løse problemer. Hverdagslige ting som påkledning blir for komplisert. Her kommer kommunikasjonsproblemer, stedsansen svikter, og personen kan gå seg bort.

Alvorlig grad av demens er når personen bare kan huske bruddstykker fra tidligere i livet. Personen kjenner ikke sine nærmeste på ansiktet eller stemmen. Klarer ikke å orientere seg for tid, sted, situasjon, forstår ikke hva andre sier, og ordforrådet er svært begrenset (Berentsen, 2008, s. 355).

3.2 Smerte

Utrykket «smerte» brukes både for å beskrive vanskelige følelser og for å beskrive den sanseopplevelsen vi får etter skader på kroppen (Stubhaug & Ljoså, 2008, s. 22). International Association of the Study of Pain (IASP) definerer smerte som «En ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med faktiske eller potensielle vevskader, eller beskrevet i form av slik skade. Det skal også merkes at manglende evne til å kommunisere muntlig reduserer ikke muligheten for at en person opplever smerte og har behov for smertelindrende behandling. Smerter

er alltid subjektive» (IASP, 2012). En annen definisjon på smerte er «Smerte er det som personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte» (McCafferty & Beebe, 1996, s. 18).

Både akutte og langvarige smerter (kronisk smerte) er vanlig hos eldre. Akutt smerte oppstår ved at smertereseptorer (nociseptorer) aktiveres ved vevsskade. En impuls blir ført langs nervebaner til ryggmargen og videre opp til hjernen. Ved akutt smerte registreres som oftest en autonom respons som kjennetegnes ved rask respirasjon, økt hjerterefrekvens, økt blodtrykk, økt temperatur og kvalme, hos eldre kan autonome tegn på smerte være dempet eller utebli (Bjørø & Torvik, 2008, s. 334).

Langvarige eller kroniske smerter er smerter som varer utover 3 måneder. Utrykket «kroniske smerter» er omdiskutert, da dette er et begrep som kan virke negativt og assosieres med at det er smerter som aldri vil gå over (Stubhaug & Ljoså, 2008, s. 33).

Forskjeller på akutt og kronisk smerte

Tabell 1

Parameter	Akutt smerte	Kronisk smerte
Biologisk formål	Overlevelse	Maladaptiv (destruktivt for individet)
Varighet	Forbigående	Vedvarende
Årsakssammenheng	Lett å relatere til årsak	Komplekse mekanismer mellom «Sjel og legeme»
Nociception (Vevskade, inflammasjon)	Tilstede	Ofte fraværende
Nervesystem	Økt puls, blodtrykk og svette	Ikke målbare parameter
Atferd	Motorisk urolig, aktiv atferd	Inaktiv, isolasjonstendens. Likheter med depresjon
Livskvalitet	Midlertidig påvirket	Langvarig påvirket
Medisinsk behandling	Ofte effektiv	Ofte uten særlig effekt

(Høgh, Jensen & Pickering, 2015, s. 47).

3.2.1 Smertebehandling

I retningslinjene for smertelindring står det beskrevet at målet for smertebehandling er å lindre smerten og bedre pasientens livskvalitet (Den Norske Legeforening, 2009). Smerte er et svært vanlig helseproblem blant eldre (Bjørø & Torvik, 2008, s. 334).

«Start low, go slow and follow up» er en viktig fremgangsmåte ved nyordinert medisin til den eldre pasient. Altså at man skal starte med lave doser, deretter øke dosen langsomt og følge opp på behandlingen (Høgh et al., 2015, s. 323).

Målet for behandling av smerte hos eldre er å lindre smerte og å bedre funksjonsstatus og livskvalitet. Smertebehandling bør legges på et nivå som gjør det mulig for pasienten å utføre nødvendige gjøremål med et akseptabelt nivå av smerte. Økende alder medfører imidlertid endret følsomhet overfor legemidler som virker inn på sentralnervesystemet. Ved medikamentell behandling av eldre bør den minst invasive og sikreste administrasjonsveien som lindrer smerten, velges. Legemidler som brukes i smertebehandling hos eldre, omfatter fire grupper:

Paracetamol

Er et førstehåndspreparat ved mild til moderate smerte hos eldre. Paracetamol har ikke betennelsesdempende egenskaper. Det har få bivirkninger. Men en for høy dose kan være skadelig.

Ikke steroidale anti inflammatoriske midler (NSAID-preparater)

Gir effektiv smertelindring og har betennelsesdempende egenskaper. Det er imidlertid rapportert alvorlige bivirkninger ved bruk av disse midlene, særlig hos gamle.

Opioide analgetika

Brukes til smertebehandling ved moderate til sterke smerter hos eldre. Opioider gir smertelindring, angstdemping og hostedemping, men kan virke sløvende og representerer en viss tilvenningsfare. Opioider må brukes med forsiktighet hos eldre på grunn av bivirkninger.

Andre legemidler med smertelindrende effekt

Brukes primært i behandling av andre sykdommer, kan også brukes ved smertetilstander hos gamle. Antidepressiva, særlig trisykliske antidepressiva, har dokumentert smertelindrende virkning ved en rekke smertetilstander hos eldre.

Antiepileptika er effektiv i behandling av nevropatisk smerte (Bjørø & Torvik, 2008, ss. 342-344).

Den vanligste bivirkningsformen skyldes at legemidlet gir sterkere effekt enn ønsket. Eldre mennesker har mindre evne til å kompensere for overskytende effekter av legemidler og får ofte bivirkninger som sjelden ses hos yngre. Bivirkninger hos eldre kan feiltolkes som symptomer på en tilleggslidelse som igjen initierer medisinsk behandling. Hvis bivirkningen tolkes som symptomer på en psykiatrisk lidelse, kan pasienten feilaktig bli behandlet med psykofarmaka. Bivirkninger kan forsterke nedsatte og sviktende funksjoner hos eldre mennesker (Ranhoff & Børdahl, 2008, s. 159).

3.3 Smertekartlegging

Det finnes ingen enkle svar på hvordan man skal vurdere demente med henblikk på smerter (McCafferty & Beebe, 1996, s. 236). Det finnes i dag ulike hjelpemidler og verktøy for å kartlegge smerte. Det er viktig å velge et verktøy som både pasienten og helsearbeidere behersker (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008, s. 54). Særlig i sykehjem er det en stor utfordring at de fleste pasientene har en form for demens eller kognitiv svikt, og at det er umulig å bruke et selvrapporteringskjema. For pasienter med demenssykdommer og smerter er det utviklet et eget verktøy, Mobilisation-Observation- Behaviour- Intensity-Dementia (MOBID-2). Det baserer seg på observasjoner av ansiktsuttrykket når pasienten utfører bestemte passive bevegelser (Trier, 2013, s. 908). «The Checklist of Nonverbal Pain Indicators» (CNPI) er også et kartleggingsverktøy for smerte, dette ble utviklet med tanke på eldre med hoftebrudd i den akutte fasen, og er rimelig pålitelig og gyldig når det gjelder denne gruppen. CNPI dekker bare over tre av de vanligste kategoriene for smerteindikatorer som kan ses i tabellen 2. Bruker man dette skjemaet for å vurdere smerte hos eldre som har et annet atferdsmessig smerteuttrykk, er det fare for at smerten ikke vil bli oppdaget (Bjørø & Torvik, 2008, ss. 341-342). Dersom helsepersonell mistenker smerte hos en person med alvorlig demens, bør et klinisk forsøk gjennomføres der man prøver ut medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak (Bjørø & Torvik, 2008, s. 195).

Smerteatferd som kan observeres

Tabell 2

Ansiktsuttrykk	Mørkt, trist, fryktsomt ansiktsuttrykk, grimaser, rynket panne, lukkede øyne, rask blinking
Verbalisering	Sukking, jamring, stønning, grynting, utrop, gjentatte monotone rop, støyende åndedrett, rop om hjelp, grove utrop
Kroppsbevegelser	Rigid anstrengt kroppsstilling, beskyttende kroppsbevegelser, begrensede, monotone bevegelser, endringer i gangfart og kroppsbevegelse
Forandringer i mellommenneskelig samhandling	Aggressiv, stridslysten, motsetter seg omsorg, minkende sosiale interaksjoner, sosialt uakseptabel, opprivende forstyrrende oppførsel, tilbakeholden, reservert oppførsel
Forandringer i aktivitetsmønster og rutiner	Matvegning, endringer i matlyst, lengre hvileperioder, endringer i søvnmønster, plutselige endringer i vanlige rutiner, økt vandring
Forandringer i mental status	Gråtetokter, rennende tårer, økt forvirring, irritabilitet

(Bjøro & Torvik, 2008, s. 189).

Andre former for smerteatferd kan imidlertid være vanskeligere å identifisere. Nesten umerkelige endringer i den enkeltes vanlige atferdsmønster kan være relatert til smerte. Det spesielle ved disse mer nesten umerkelige smerteindikatorer er at det er nødvendig å kjenne den enkelte eldres vanlige atferdsmønster for å oppdage en mulig tilstedeværelse av smerte. Uro og vandring kan være et tegn på smerte (Bjøro & Torvik, 2008, ss. 189-190).

3.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon er en kunst, og utfordringen for den profesjonelle blir markant større hos pasienter med demens (Høgh et al., 2015, s. 318).

Kommunikasjon kan forklares som en utveksling av tegn og signaler (Bergem, 2015, s. 16).

Mennesker med demens responderer ikke som friske mennesker på verbal tiltale. Ord kan ha mistet sin mening for den demente, særlig utover i sykdomsforløpet (Bergem, 2015, s. 88). Demente kan

være i stand til å fortelle deg at de har det vondt, men de kan være ute av stand til å beskrive smertene (McCafferty & Beebe, 1996, s. 236).

Ansiktet er kanskje den viktigste av de ikke-verbale kommunikasjonskanalene. Det er hovedsakelig ansiktet som uttrykker følelser som glede, sorg, overraskelse, angst, sinne, avsky og interesse (Hanssen, 2016, s. 90).

Språkferdigheter forandrer seg hos eldre med demens og kan medføre svekket evne til å sette ord på smertefulle stimuli og vanskeligheter med å si navnet på gjenstander (Bjørø & Torvik, 2008, ss. 185).

3.5 Kari Martinsen

Omsorg er det mest naturlige og det mest fundamentale ved menneskets eksistens. I omsorgen er forholdet mellom mennesker det vesentligste. Omsorg er en sosial relasjon. Med andre ord, min eksistens forutsetter andre (Martinsen, 2003, s. 69). En «sørger for» andre ved å være i personens situasjon på en slik måte at man ikke overvurderer eller undervurderer personens evne til selvhjulpenhet (Martinsen, 2003, s. 71).

Å møte den syke med omsorg gjennom omsorgsarbeid innebærer en rekke forutsetninger som kunnskaper, ferdigheter og organisasjon. I omsorg er forståelse for den andres situasjon sentralt. Som medmenneske kan en forstå den syke fordi vår dagligverden har flere likhetstrekk. Ut ifra egne erfaringer kan man utvikle kunnskap om tilstander som kvalme og det å ha smerter. Men man kan ikke oppleve den kvalmen eller smerten som personen opplever, men ut ifra situasjonene kan man forstå. Erfaringer og kunnskaper gjør sykepleieren til et medmenneske, når sykepleieren har fagkunnskaper kan det gjøre sykepleieren enda bedre til å «sørge for» den syke, ved å lindre smertene, vaske kroppen, gi mat (Martinsen, 2003, s. 77).

3.6 Etiske og juridiske rammer

Velgjørhetsprinsippet går ut på at en både å ville og etter beste evne gjøre det beste for pasienten. Prinsippet om å handle i pasientens beste interesse er fundamentet i sykepleien og i alt helserelatert arbeid. Ikke-skade prinsippet handler om hva en ikke skal gjøre mot pasienten. Prinsippet går også ut på at en skal minimalisere pasientens smerte og ubehag, og det er et prinsipp for lindring og ivaretagende omsorg. Det forteller også hvordan man skal opptre, nemlig varsom og empatisk. Autonomiprinsippet går ut på at en skal se på mennesket som et selvbestemmende menneske (autonomt) vesen. Rettferdighetsprinsippet går ut på at alle har lik rett på omsorg avhengig av deres pleiebehov og medisinske behov (Nortvedt, 2012, ss. 96-98).

Pasient og brukerrettighetsloven handler om å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god

kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Loven skal fremme et tillitsforhold mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2016). Helsepersonelloven har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 2017). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er sentrale i denne oppgaven da det handler om at sykepleie skal bygge på barmhjertelighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund, 2016).

4 Presentasjon av forskningsartikler

Forskningsartikkel nr. 1

«*Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment*» av Michelle Burns og Sonja McIlfratrick (2015). Metoden som er brukt er systematisk narrativ review gjennomgang av relevante studier som er gjort mellom 2000 og 2014. Deltakerne var sykepleiere og studiet ble gjort i sykehjem, demensenheter og andre langtidsheleinstitusjoner. Dette er en artikkel som har fokus på sykepleiers kunnskap og holdninger til smertevurdering hos personer med demens. Det kommer frem at smerter ofte ikke blir kjent igjen og blir dermed undervurdert hos personer med demens. Dette på grunn av at demensrammede ikke klarer å selv rapportere smertene sine. De innsamlede dataene ble systematisk analysert. Sykepleiere spiller en sentral rolle i effektiv behandling av smerter ved bruk av smertekartleggingsverktøy, atferds observasjon og smertestillende valg. Men smertevurdering hos demensrammede er en utfordring for sykepleiere på grunn av at det er svært individuelt av hvordan smerteoppførelsen er hos hver enkelt. Smerte blir forvekslet med psykiatriske symptomer og det gis dermed antipsykotia i stede for smertestillende.

Forskningsartikkel nr. 2

«*Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer*» av Daniela Lillekroken og Åshild Slettebø (2013). Metoden som er brukt er kvalitativt forskningsintervju. Her ble det nyttet fokusgruppeintervju, hver gruppe hadde 6, 5 og 7 deltakere. Det var her sykepleiere fra demensavdelinger og sykepleiere ved geriatrisk avdeling ved sykehus. Ingen hadde videreutdanning innen eldre eller demens.

Denne artikkelen har fokus på at smertevurdering hos pasienter med demens er utfordrende og stiller store krav til sykeplernes vurderingsevne og kompetanse. Utfordringene var at eldre mennesker generelt og særlig eldre med demens rapporterte mindre smerte enn yngre mennesker. Det var her hensikt å utforske hvilke erfaringer sykepleierne har med smerte kartlegging og smertelindring hos pasienter med demens. De kom frem at det var utfordrende med smertekartlegging og smertelindring. Funnene ble delt inn i tre underkategorier, som var 1. pasientens høye alder, comorbiditet og polyfarmasi, 2. rutiner for smertekartlegging og smertelindring og 3. etiske betraktninger ved behandling av pasientens smerte. Det ble sjeldent eller aldri brukt smertekartleggingsverktøy, og det var heller ingen rutiner for smertevurdering eller smertelindring. Tvangsbehandling var også et etisk dilemma, som når pasienten nekter å ta imot smertestillende.

Forskningsartikkel nr. 3

«*The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes*» av Harald Nygaard og Marit Jarland (2006). Metoden som er brukt er kvantitativ forskningsmetode. En gruppe pasienter med demensdiagnose eller kognitiv svikt fikk atferden kartlagt seneliggende, under morgenstell og ved mobilisering.

De skulle her teste påliteligheten og gyldigheten av observasjonsverktøyet CNPI i bruk til pasienter med kognitiv svikt og demens på norske sykehjem. De kom frem til at CNPI var et enkelt og greit vurderingsverktøy som kan øke helsepersonells mulighet til å tolke pasienter med demens diagnose og deretter gi behandling. CNPI kommer med en forklaring til hvert punkt som gjør at den er enkel i bruk, noe som er tidsbesparende og viktig i en travel praksis.

Forskningsartikkel nr. 4

«*Smertebehandling til personer med langtkommen demens*» av Gunn- Mari Jenssen, Wivi-Ann Tingvoll og Geir Fagerjord Lorem (2013). Metoden som ble brukt var kvalitativ tilnærming med et fenomenologisk hermeneutisk utgangspunkt. Det ble her lagt vekt på å fortolke menneskelige erfaringer. Fenomenologien tar utgangspunkt i individets opplevelse for å oppnå forståelse av personens erfaringer.

Artikkelen setter fokus på hvilke erfaringer sykepleiere har med å vurdere smerter hos personer med alvorlig demens og språkvansker, og hvilke utfordringer man møter når man skal vurdere graden av smerte. Det er også fokus på hvilke forutsetninger som bør ligge til grunn for å styrke sykepleierens vurdering av behovet for smertelindring. Fokus på kunnskapen omkring oppfølging og behandling av smerte vil kunne bedre livskvalitet for den enkelte person som har en langtkommen demenssykdom. Det er vanskelig å tyde pasientens signal og at det er manglende generell- og spesifikk kunnskap påvirker smertelindringen. Viktige komponenter i smertelindringen er samarbeidet mellom helsepersonell, lege og pårørende.

5 Drøfting

Drøfting er en helhetlig prosess som er sammensatt av ulike deler. Utfordringen ligger i å få alle disse delene til å samvirke på en logisk og samlende måte (Dalland, 2012, s. 143).

I denne delen av oppgaven er målet å se på hvordan man som sykepleier kan oppdage og behandle smerter hos demensrammede pasienter med kommunikasjonssvikt. Jeg vil her drøfte problemstillingen min opp mot funnene som jeg har gjort i forskningsartikler, litteratur samt annen relevant litteratur som er aktuell for mitt tema. Jeg kommer også med egne erfaringer og synspunkter jeg har gjort meg i løpet av praksis og jobb utenom studiet. Alle eksempler som fremkommer er nøye anonymisert og kan ikke spores tilbake til. Jeg har valgt å lage flere hovedpunkter for at det skal bli mest mulig oversiktlig.

5.1 Demens og smerter

I Lillekroken & Slettebø (2013) sin studie kommer det frem at demensrammede pasienter med smerter er utfordrende. Utfordringene kan relateres til at eldre mennesker generelt, og særlig eldre med demens, rapporterer mindre smerter enn yngre. Burns & McIlpatrick (2015) skriver i sin studie at en stor andel av demensrammede eldre opplever smerter. Av egne erfaringer kan jeg bekrefte dette. På en avdeling der aldersgruppen varierte opplevde jeg at de yngre gav oftere beskjed enn de eldre. Fra eldre fikk jeg ofte høre «jeg vil ikke være til bry» eller «du har så mye å gjøre, ikke tenk på meg». Dette hører jeg stadig vekk i jobben min på sykehjem.

McCafferty & Beebe (1996) skriver at vi må tenke på at smerte er det som personen sier det er. Den eksisterer når personen som opplever smerte sier han eller hun gjør det. Når en demensrammet person gir uttrykk for sine smerter er det i form av blant annet uro, agitasjon og vandring. Det er dette som er en del av smerteatferden (Bjørø & Torvik, 2008, s.189). I løpet av en praksis erfarte jeg at en pasient ble urolig og utagerende under stell. Senere viste det seg at denne pasienten hadde smerter. Pasienten var godt kjent blant personalet men ingen hadde fanget opp pasientens smerteatferd. I senere refleksjon av denne pasienten undrer jeg meg på om når en kjenner pasientene godt, burde man ikke da klare å se noe som normalt ikke er tilstede.

I Lillekroken og Slettebø (2013) kommer det frem at det er mye prøving og feiling når det kommer til smertelindring av demensrammede. For så vidt kan det tolkes slik at det blir mye prøving og feiling på grunn av at smerteatferden til den demensrammede blir feiltolket. I studien til Jenssen, Tingvoll & Lorem (2013) kommer det frem at konsekvensen av prøving og feiling kan være at pasienten blir sløv og kan sove store deler av dagen. I studien var informantene bekymret for at det var derfor

pasienten fikk sin kognitive tilstand ytterligere redusert, men det ble også lagt vekt på å unngå at pasienten skulle lide unødvendig. Jeg støtter meg på studiene og bekrefter med en egen erfaring der demensrammede pasienter har startet opp med smertelindring. Jeg opplevde dem roligere ut ifra smerteatferden som tidligere har vært tilstede. På grunn av at de startet med smertestillende medikamenter måtte pleiere gjøre mer i for eksempel stellesituasjon der pasienten tidligere har stelt seg selv. En negativ side med dette er at pasienten kan bli immobil og blir mer avhengig av hjelp. Det blir da mer å gjøre for helsepersonell.

På en annen side står det i Helsepersonelloven (2017) § 4 at helsepersonell skal utføre arbeidet sitt i samsvar med de kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Denne plikten gjelder også for demensrammede pasienter. Sykepleier skal gi omsorgsfull hjelp som denne loven sier. Dette samsvarer også med Sykepleiers Yrkesetiske Retningslinjer (2016) der det står at sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. Det kan også igjen bekreftes i ikke-skade prinsippet som går ut på at man skal minimalisere pasientens smerter og ubehag. Det handler her også om at man skal gi lindring og god omsorg (Nortvedt, 2012, ss. 96-98). Alt i alt vil det si at demensrammede pasienter har på lik linje med andre pasientgrupper rett på omsorgsfull hjelp og lindring av lidelse. Herunder kommer smertelindring som omsorgsfull hjelp.

I Jenssen, Tingvoll & Lorem (2013) kommer det frem at det er viktig å ha kunnskap om demenssykdom, smertelindring og sykdom. En annen ting som også er viktig er å ha kunnskaper om pasienten. Kari Martinsen (2003) skriver at i omsorg og i møte med den syke så er forståelse et sentralt begrep. Ut ifra egne erfaringer kan man utvikle kunnskap om tilstander som blant annet smerter. På en annen side kan man ikke oppleve den smerten som pasienten opplever, men man kan forstå situasjonen. Når man som sykepleier har kunnskap og erfaringer blir man et medmenneske som har fagkunnskaper og som kan gi, om mulig, enda bedre omsorg til pasienten.

Selv har jeg gjort meg egne erfaringer om sykdom og tilstander som blant annet smerter. Fra sykepleiestudiet har jeg tilegnet meg kunnskap som er relevant for et godt klinisk blikk der jeg vet hva jeg skal observere. Jeg merket at i starten av en praksis periode der pasientene var helt ukjent for meg opplevde jeg at pasienten var urolig og til tider utagerende. Etter hvert som jeg ble mer kjent med pasienten ble det mer samarbeid. Trolig var dette på grunn av at jeg ble kjent med pasienten, sykdommen og smertetilstanden til pasienten. Jeg hadde også en forståelse for akkurat den typen smerte som pasienten opplevde, da jeg selv har opplevd liknende smerte. Jeg klarte dermed å tilrettelegge og gjøre hverdagen lettere for pasienten, og for min egen del ble det lettere. Det viser her at dersom man kjenner pasienten samtidig som man har fagkunnskaper og kanskje også har erfaringer så blir samarbeidet mellom pasient og pleier bedre.

5.2 Smertekartleggingsverktøy

I Lillekroken & Slettebø (2013) sin studie kommer det frem at sykepleiere har generelt gode kunnskaper om smertebehandling, men når det kommer til smertekartleggingsverktøy er det mindre kunnskaper om dette. Noen av informantene i studien har brukt smertekartleggingsverktøy som er basert på selvrapporing. Enkelte andre informanter hadde brukt et uroskjema for å kartlegge smerte. Det er i dag en rekke smertekartleggingsverktøy som er tilpasset for demensrammede pasienter, blant annet MOBID-2 som Sandvik & Husebø (2011) skriver om i sin artikkel. Denne er tilpasset for helsepersonell på sykehjem og er laget for pasientens hverdagssituasjon på sykehjem. Helsepersonell kan her observere smertesignaler som pasienten gir under stell.

I Nygaard og Jarland (2006) presenterer de et annet smertekartleggingsverktøy for smerte som er CNPI, som er et observasjonsverktøy, er en modifisert versjon av «The University of Alabama Pain Behavior Scale». Den er oversatt til norsk og utprøvd på norske sykehjem i forhold til gyldighet og pålitelighet. I verktøyet består av seks atferder som kan assosieres med smerter hos demensrammede pasienter; vokalisering, grimaser, avstivning, gnikking, rastløshet og verbale klager. Det positive med dette verktøyet er at det kan benyttes i både i hvile og ved bevegelser. Det er et enkelt og greit verktøy, noe som er viktig for den daglige praksisen.

På en annen side ble CNPI utviklet spesielt for eldre med hoftebrudd i den akutte fasen og er pålitelig og gyldig når det gjelder denne pasientgruppen. Det negative med dette verktøyet er at det dekker bare tre av de vanligste kategoriene av smerter. En annen negativ ting med dette verktøyet er at i vurdering av eldre med et mindre vanlig atferdsmessig smerteuttrykk kan man risikere at smertene vil forbli uoppdaget. Det kan med dette konkluderes med at CNPI ikke er et egnet verktøy i kartlegging av smerter hos demensrammede (Bjørø & Torvik, 2008, ss. 341-342).

Det finnes i dag ulike hjelpemidler for å kartlegge smerter. I møte med demensrammede med smerter er trolig det beste hjelpemidlet vi har i dag er smertekartleggingsverktøyet. Når man skal velge ut hvilket verktøy man vil bruke må man tenke på at både helsepersonell og pasienten skal kunne beherske smertekartleggingsverktøyet (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008, s. 54).

Når det kommer til egne erfaringer i forhold til smertekartleggingsverktøy er det svært begrenset. I undervisning på studiet har det stort sett vært verktøy som er basert på selvrapporing. I løpet av prosessen med kunnskapen jeg har tilegnet meg til denne oppgaven har det blitt introdusert nye smertekartleggingsverktøy, både som har blitt nevnt tidligere eller som jeg ikke har hørt om før. I løpet av praksisene på sykepleiestudiet har jeg ikke opplevd at smertekartleggingsverktøy for

demensrammede har blitt brukt ei heller blitt nevnt i tilfeller der det har vært behov for det. Ovenfor mine kollegaer på sykehjemmet jeg jobber på forhørte jeg meg med enkelte om de hadde hørt om smertekartleggingsverktøy som var tilpasset for dem med demens. Svarene jeg fikk tilbake var at enten hadde de ikke hørt om noe slikt før, eller så var det noen som hadde hørt snakk om noe. Ingen hadde selv tatt i bruk noe slikt før. En annen visste om at en sykepleier på sykehjemmet brukte MOBID-2.

5.3 Erfaringer og kunnskaper blant sykepleiere

I studien til Burns & McIlfratrick (2015) kommer det frem at sykepleiere ikke stolte på seg selv når det var snakk om å avgjøre om det var atferdsforstyrrelser som var en del av pasientens demens eller om det var responsen på individets smerter.

Ut ifra egne erfaringer har jeg møtt mange demensrammede som tydelig har vært smertepreget. Jeg har dokumentert og rapportert mine observasjoner videre, i håp om at sykepleier skal ta det videre på legevisitt for vurdering om å sette pasienten på smertestillende behandling. Jeg har ofte fått høre at «det er bare slik pasienten er, trenger ikke smertestillende» eller «det er psykiatiske symptomer, det er ikke smerter». For så vidt kan denne erfaringen tolkes slik at personalet som er fast på avdelingene kan se seg blind på pasientene at de ikke klarer å se signalene fra smerteatferden til pasienter som opplever smerte. Når jeg prøvde å reflektere over den demensrammede pasienten som jeg hadde observert tegn til smerter på virket det ikke som at personalet var interessert i å reflektere over situasjonen, de hadde allerede gjort seg opp en mening og virket å være fast bestemt på å stå ved det. I Sykepleiens Yrkesetiske Retningslinjer (2016) står det at sykepleier skal aktivt bidra til etisk refleksjon i hverdagen. Ut ifra etisk refleksjon kan man oppdage nye observasjoner om en pasient når man har sett seg blind på, slik som min erfaring.

En erfaring jeg har gjort meg var at en demensrammet pasient hadde falt i løpet av vekten. Denne pasienten klarer ikke å uttrykke seg. Pasienten forstår noe tiltale, men dette er begrenset. Jeg og sykepleier undersøkte pasienten. Ut fra våre observasjoner ble vi enig om å tilkalle lege. Legen undersøkte pasienten og konkluderte med at pasienten bare var forslått. Dagen etterpå var det en annen lege som sendte pasienten videre til sykehus. Pasienten hadde to brudd på lårhalsen. Sykepleieren og jeg reflekterte over situasjonen, vi undret på om det var noe vi kunne gjort annerledes for at legen skulle ta oss mer på alvor. Min opplevelse kan bekreftes i Jenssen, Torvik & Lorem (2013) sin studie der de skriver at sykepleiers vurderinger ikke blir tatt på alvor. Når samarbeidet mellom lege og sykepleier ikke er optimalt går dette negativt utover pasienten, slik som

erfaringen min. Det skal ikke være slik at pasienten må gå over lengre tid med smerter på grunn av at lege ikke tar sykepleiers vurderinger på alvor.

I Lillekroken & Slettebø (2013) skriver de at smertelindring bør individualiseres og legges på et nivå som gjør det mulig for pasienten å utføre nødvendige gjøremål. Dette kan bekreftes i Bjørø & Torvik (2008) som skriver at målet for smertelindring hos eldre er å lindre og bedre funksjonsstatusen og livskvaliteten. Smertebehandlingen bør legges på et slikt nivå som gjør det mulig for den eldre å gjøre de dagligdagse gjøremålene som er nødvendig. En erfaring jeg gjorde meg i praksis var at før en pasient som var smertepåvirket startet på smertestillende klarte ikke pasienten å gjøre så mye i stellesituasjon og påkledning. Etter oppstart med smertestillende klarte pasienten å gjøre det meste i stell selv, med noe tilrettelegging fra pleier. En positiv side med smertelindring blir dermed at pasienten kan være mer selvstendig i hverdagen.

I Lillekroken og Slettebø (2013) kommer det frem et prinsipp når det kommer til smertelindring. Det er «start low and go slow». Høgh, Jensen & Pickering (2015) har en svært lik formulering av prinsippet. Den lyder slik «start low, go slow and follow up». Dette er viktig med tanke på nyordinert medikamenter til den eldre pasienten. En negativ side ved å starte med for høye doser kan være at den eldre opplever bivirkninger som kan være ubehagelige og unødvendige bivirkninger. Eldre pasienter har generelt mindre evne til å kompensere for de overskytende effektene av legemidler enn yngre (Ranhoff & Bør Dahl, 2008, s. 159-165). Fra praksisene mine har jeg erfart at selv lave doser kan tydelig vise en roligere smerteatferd hos demensrammede. Det er med dette en positiv side å starte i lave doser slik at den eldre ikke får så voldsomme bivirkninger.

Hos Jensen, Tingvoll & Lorem (2013) forteller informantene at sykehjemmene ikke alltid får tak i fagfolk og at det er store utskiftninger blant personalet, noe som gjør at det ofte er ufaglærte som blir satt inn. I pasient- og brukerrettighetsloven (2016) står det at loven skal sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Det kan dermed bekreftes med rettferdighetsprinsippet at alle har rett på lik omsorg avhengig av deres pleiebehov og medisinske behov (Nortvedt, 2012, ss. 96-98). Det positive med dette er at ved å nytte fagfolk så får pasienter uavhengig av deres situasjon en pleier som har kunnskap og som vet hva som skal til for å sikre god kvalitet av tjenesten.

Selv har jeg jobbet med ufaglærte. Jeg hadde hatt en nattevakt og skulle rapportere videre til dagvakten som var en ufaglært. Det var en demensrammet pasienten som tydelig viste tegn på smerter. Pasienten sto ikke på eventuelle smertestillende. Jeg dokumenterte og rapporterte videre mine observasjoner. Neste natt igjen når jeg fikk rapport spurte jeg om det hadde blitt gjort noe. Den som gav rapport videre hadde ikke fått rapport om dette tidligere på dagen. Konsekvensen av dette

var at pasienten måtte igjen gå en hel natt uten å få smertelindring. Dette er en negativ side ved ufaglærte.

6 Konklusjon

Målet med denne oppgaven var å finne ut hvordan man skal oppdage og behandle smerter hos demensrammede pasienter med kommunikasjonssvikt. Det er utfordrende å vurdere smerter hos demensrammede, særlig på grunn av at smerteatferden kan bli tolkes på ulike måter. Pasienter med demens har på lik linje rett på omsorg og helsehjelp som andre pasientgrupper. Slik som forskning sier så er det en stor andel av demensrammede pasienter som opplever smerter. Her har man som sykepleier et stort forbedrings potensiale ved å fornye kunnskapene sine og tilegne seg ny kunnskap. Et særlig stort forbedringspotensial er det om kunnskapen om smertekartleggingsverktøy som det i både forskning og fra egne erfaringer er svært lite av blant sykepleiere. Det kan også tenkes at man som sykepleier blir med selvsikker i sine vurderinger av smerter hos demensrammede pasienter og man da stiller med et sterkere grunnlag i samarbeid med blant annet lege. En annen ting er at til å aktivt bidra til etisk refleksjon i helsepersonell gruppen kan man trolig oppdage nye observasjoner hos pasientene sine.

I møte med demensrammede pasienter vil jeg ta med meg mine erfaringer og de nye kunnskapene jeg har gjort meg i arbeidet med denne oppgaven. Ved å aktivt bruke kunnskap om smertelindring og smertekartleggingsverktøy, kan man som sykepleier bidra til smertelindring til demensrammede pasienter slik at de også skal få en bedre hverdag. Som sykepleier skal man gjøre det beste for at pasienten skal ha det godt. For å sikre god smertelindring til demensrammede pasienter vil jeg tro nøkkelen ligger i samarbeidet mellom de ulike partene i nettverket som er rundt pasienten.

7 Litteraturliste

- Berentsen, V.D (2008) Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., ss. 352-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bertelsen, A.K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., ss. 322-343). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bergem, A. (2015). *Forstå – God kommunikasjon for folk i førstelinjen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bjørø, K & Torvik, K. (2008). Smertekartlegging og- behandling hos eldre mennesker med demens. I T. Rustøen & A. Klopstad Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte – Fra nocisepsjon til livskvalitet*. (1. utg., ss. 182-202). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørø, K & Torvik, K. (2008). Smerter. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 333-349). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Burns, M., & McIlpatrick, S. (2015). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitude towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, (21)8400-7, 400-407. doi: 10.12968/ijpn.2015.21.8.400.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Den Norske legeforeningen. (2009, 03. April). *Retningslinjer for smertelindring*. Hentet 24. April 2017 fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>
- Engedal, K., & Haugen, P. (2009). *Demens: Fakta og utfordringer: En lærebok – Fakta og utfordringer* (5. Utg). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Folkehelseinstituttet. (2015, 08. Oktober). *Demens*. Hentet 05.April 2017 fra Folkehelseinstituttet <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/demens---folkehelse rapporten-2014/>
- Direktoratet for e-helse. (2017, Januar). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2017*. Hentet 22. April 2017 fra E-Helse

<https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/ICD-10%20-%202017.pdf>

Hanssen, I. (2016). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I N.J, Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A, Skaug, G.H, Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3- Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., ss. 81-103). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, 13. Desember). *Demensplan 2020 «Et mer demensvennlig samfunn»*. Hentet 12. Mai 2017 fra Regjeringen.no
https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Helsepersonelloven. (2017). Lov om helsepersonell. Hentet 15. Mai 2017 fra
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Husebø, B.S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* nr. 19, 2009; 129: 1996–1998. doi: 10.4045/tidsskr.08.0660

International association for the study of pain. (2012, 22. Mai). *IASP Taxonomy*. Hentet 22. April 2017 fra <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>

Jenssen, G.-M., Tingvoll, W.-A., & Lorem, G. F. (2013). *Smertebehandling til personer med langtkommen demens*. *Geriatrisk sykepleie*, 2013;5(3), 26-34. Hentet fra
https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3_vitensk._artikkel_smertebehandling_2406.pdf

Høgh, M., Jensen, N-H & Pickering, A.P. (2015). *Smertebogen*. København: Munksgaard forlag.

Kjelvik, J. (2017, Februar). *Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Data fra IPILOS-registeret*. (IS- 0600) Oslo: Helsedirektoratet.

Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013, Mars). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden*, 3/2013. Publ. No. 109 vol. 33 No. 1 PP 29-33.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2. utg). Otta: Universitetsforlaget.

- McCafferty, M., & Beebe, A. (1996). *Smerter, lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. (4. utg) Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke- En innføring i sykepleiens etikk*. (1. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2016, 21. Februar). *NSF krever sykepleierløft*. Hentet 26. April 2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2819730/539355/NSF-krever-sykepleierloft>
- Norsk sykepleierforbund. (u.d). *Sykepleierløftet*. Hentet 26. April 2017 fra <https://www.nsf.no/sykepleierloftet/artikkelliste/569798>
- Norsk sykepleierforbund. (2016, 23.Mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 16. Mai 2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nygaard, H.A & Jarland, M. (2006, 01. Januar). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes. *Age Ageing* (2006) 35 (1): 79-81. <https://doi.org/10.1093/ageing/afj008>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2016). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 20. Mai 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G-C., Wu, Y-T, & Prina M. (2015). *World Alzheimer Report 2015- The Global Impact of Dementia – An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. Alzheimer's Disease International: London.
- Ranhoff, A.H (2008). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold. K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg., ss.75-86). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A.H & Børdahl, B. (2008). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold. K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg., ss. 157-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sandvik, R.K & Husebø, B.S. (2011). *Måler smerte hos personer med demens*. Sykepleien 2011 99(11)(62-64). doi: 10.4220/sykepleiens.2011.0162

Stubhaug, A., & Ljoså, T-M. (2008). Hva er smerter?. I T. Rustøen & A. Klopstad Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte- Fra nocisepsjon og livskvalitet*. (1. utg., ss. 22-50) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Torvik, K., Skauge, M & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I T. Rustøen & A. Klopstad Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte- Fra nocisepsjon og livskvalitet*. (1. utg., ss. 51-69). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Trier, E-L. (2013). Lindrende sykepleie. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie – Sykepleieboken 3*. (2. utg., s. 908) Oslo: Cappelen Damm AS.

Vedlegg

Vedlegg 1

MOBID-2 smerteskala

APPENDIX

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

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

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

Smerteatferd



Smertelyd
«Aa»
Stønner
Yrker seg
Giper
Skriker



Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Ryker på tann
Strammer munnen
Lukker øynene



Avvergereaksjon
Stønner
Beskytter seg
Skryter fra seg
Endringer i pust
Krymper seg

Smerteintensitet

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

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

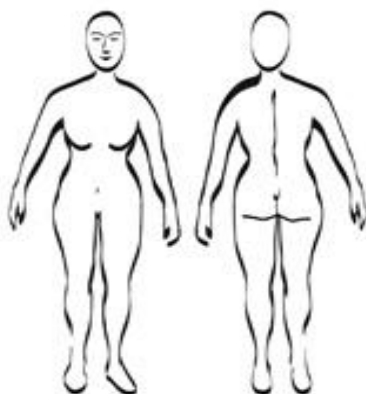
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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

APPENDIX

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

Smerteatferd

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



Smerteintensitet

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

6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
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

Beritna Husebø/for_ufb.no, konsul for personvern/etiske lag, Utdanning i Reagen

(Husebø, 2009).