



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Kartlegging og behandling av
smerte til pasienter med demens

Ingvild Hole

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for

helse- og omsorgsvitenskap/Sjukepleie Førde

Innleveringsdato: 30.11.2018

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

Sammendrag

Tittel: Kartlegging og behandling av smerte til pasienter med demens.

Bakgrunn for val av tema: Studier viser høy forekomst av smerte blant pasienter med demens på sykehjem. Når en demenssykdom utvikler seg kan personen som er rammet få problem med å gi uttrykk for smerte verbalt. Kommunikasjonsvansker vil være med å gjøre det utfordrende å kartlegge smerter til pasienter med demens.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til god smertekartlegging og smertebehandling for personer med demens?

Metode: En litteraturstudie basert på tre kvalitative og tre kvantitative forskningsartikler, samt faglitteratur og offentlige publikasjoner.

Funn: Viktige elementer for at sykepleiere skal kunne gi god smertevurdering og smertelindring til pasienter med demens, har i drøftingen blitt delt inn i følgende temaer:

1) Bli kjent med pasienten, 2) God faglig kunnskap, 3) Kommunikasjon på arbeidsplassen, 4) Bruk av kartleggingsverktøy og rutiner 5) Administrering av medikament

Konklusjon: For å bidra til god smertekartlegging og smertebehandling kan sykepleiere bidra på flere områder. Sykepleierne sin evne til å identifisere og kartlegge smerteatferd er særlig viktig. Dette skjer gjennom å bli kjent med pasienten, ha god kunnskap om smerte og demens, bidra til god kommunikasjon blant personalet, samt regelmessig bruk av kartleggingsverktøy. For å sørge for god behandling er det i tillegg til god kartlegging, viktig at sykepleier har god kunnskap om medikament, samt god kommunikasjon med lege og andre ansatte. På flere områder er det avgjørende at også ledelsen på arbeidsplassen legge til rett for forbedring og utvikling.

Nøkkelord: Smertekartlegging, smertelindring, demens, sykepleie, sykehjem.

Innhold

1 Innleiing.....	2
1.1 Problemstilling.....	3
1.2 Begrepsavklaring	3
1.3 Disposisjon av oppgaven	3
2 Metode.....	4
2.1 Søke- og utvalgsprosess.....	4
2.2 Kildekritikk:.....	5
3 Teori	6
3.1 Demens	6
3.2 Smerte.....	7
3.2.1 Smerte og eldre	7
3.2.2 Smerte og demens.....	7
3.3 Personsentrert omsorg.....	8
4 Resultat av forskning.....	9
5 Hvordan kan sykepleiere bidra til god smertekartlegging og smertebehandling for personer med demens?.....	14
5.1 Bli kjent med pasienten	14
5.2 God faglig kunnskap	15
5.3 Kommunikasjon på arbeidsplassen	16
5.4 Bruk av kartleggingsverktøy og rutiner.....	17
5.5 Administrering av medikament	19
6 Konklusjon.....	20
6.1 Forslag til videre arbeid	21
Litteraturliste:	22

1 Innleiing

På norske sykehjem er andelen pasienter som opplever smerte relativt høy. En studie gjort på langtidsavdelinger i norske sykehjem viste at 51 prosent av pasienten opplevde smerte, dette var av de som kunne fortelle om smerten selv (Torvik, Kaasa, Kirkevold & Rustøen, 2009, s.11). På langtidsavdelingene har omlag 80 prosent av pasientene demens (Ranhoff, Skirbrekk, Tambs & Vollrath, 2014). Hvor mange av disse pasientene som lever ett liv med smerte vet vi ikke sikkert. Når en demenssykdom utvikler seg vil evnen til å kommunisere reduseres. Pasienter med demens kan dermed etter hvert få vansker med å sette ord på smerte. Noe som kan resultere i at smertevurdering er utfordrende hos denne pasientgruppen (Bjørø & Torvik, 2008, s.341). I følge studien til Torvik et al. (2009, s.11) ble det estimert att 67,5 prosent av pasientene som ikke kunne rapportere om smerte selv, deriblant pasienter med demens, hadde smerter. Studien konkluderte med at smerte er ett problem i sykehjem. Risikoen for å lide av smerte er særlig er høy blant pasienter med alvorlig demens (Husebo et al, 2008, s.427). Dette skjer på tross av at de er i daglig kontakt med helsepersonell.

Sykepleiere har en unik posisjon til å hjelpe sykehjemspasienter med smertekartlegging og smertebehandling. De er tilstede hos pasientene i hverdagen og har dermed en god mulighet til å kartlegge smerte og vurdere tiltak. Smertebehandling skjer i samarbeid med lege. Der sykepleiere har som ansvar å administrere forordnede medikament, observere virkning og bivirkninger (Bjørø & Torvik, 2008, s.337). Forskning viser at sykepleiere opplever usikkerhet rundt vurdering og behandling av smerte til personer med demens, svekket kommunikasjonsevne var en av grunnene til dette. (Lillekroken & Slettebø, 2013, s.30). Selv om det finnes utfordringer, er det viktig at sykepleiere følger opp ansvaret som ligger i deres profesjon. Sykepleiere har ulike funksjonsområder knytt til sin yrkesutøvelse, blant annet behandling, lindring og forebygging (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.17). Sykepleie har dermed en sentral rolle når det kommer til smertekartlegging og smertebehandling. Sykepleiere sitt kunnskapsgrunnlag baserer seg på teoretisk kunnskap, ferdighetskunnskap og etisk kunnskap (Kristoffersen, 2016, s.142). Samfunnet gir rammer for sykepleierens yrkesutøvelse gjennom lover og retningslinjer (Kristoffersen, 2016, s.139). Norsk sykepleierforbund har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer som tar utgangspunkt i sykepleier sitt forhold til pasient, pårørende og medarbeidere. I tillegg til profesjonen, arbeidssted og samfunn (Norsk sykepleierforbund, 2016).

I oppgaven blir det sett nærmere på hvilke utfordringer sykepleiere møter i arbeidet med smertekartlegging og smertebehandling hos pasienter med demens. Og hvordan sykepleiere kan møte disse utfordringene for å bidra til god praksis. Det sykepleiefaglige perspektivet i oppgaven vil ta utgangspunkt i personsentrert omsorg. Ifølge Nasjonal faglig retningslinje om demens, bør personsentrert omsorg være sentralt i arbeidet med pasienter med demens (Helsedirektoratet, 2017).

1.1 Problemstilling

Problemstillingen i oppgaven er:

Hvordan kan sykepleiere bidra til god smertekartlegging og smertebehandling for personer med demens?

Opgaven blir avgrenset til pasienter med demens, som ikke har evne til å formidle smerte verbalt, som konsekvens av demenssykdom. Oppgaven er også avgrenset til pasienter med langtids plass på sykehjem. Denne pasientgruppen vil trolig få en annen kontakt med pleiepersonalet enn pasienter som bor hjemme, har korttids plass eller avlastningsopphold.

1.2 Begrepsavklaring

Smertekartlegging: Dette inkluderer informasjon om tilstedeværelse, lokalisasjon, kvalitet, varighet og intensitet av smerten. Smertekartlegging omfatter også å innhente informasjon om sykdommer som kan være årsak til smerte, pasientens tidligere erfaringer med smerte og fysisk undersøkelse (Bjørø & Torvik, 2008, s.337-338).

Smertebehandling: Hos eldre handler smertebehandling om å lindre smerte, med mål om bedre livskvalitet og funksjonsstatus (Bjørø & Torvik, 2008, s.342). Smertebehandling kan være medikamentell eller ikke-medikamentell (Bjørø & Torvik, 2008, s.342-345).

1.3 Disposisjon av oppgaven

Opgaven vil videre være delt inn i et metodekapittel, der det bli forklart hvordan litteraturstudie er brukt som metode. Her vil det bli gjort rede for søke- og utvalgsprosessen av litteratur. Kapittel tre

viser teori som jeg ser på som relevant for problemstillingen. I kapittel fire vil funnene av forskningsartiklene bli presenter. Videre, i kapittel fem, blir problemstillingen drøftet. Kapittelet med drøfting er delt inn i delkapittel, ut i fra fem områder som er identifisert ut fra resultat og funn i forskningen. Oppgaven avsluttes med en konklusjon i kapittel seks. Deretter kommer litteraturlisten.

2 Metode

Det finnes flere ulike typer metoder. Metodene presenterer ulike måter å samle informasjon på. Disse blir brukt for å komme frem til ny kunnskap eller kontrollere om påstander stemmer. Valg av metode tar utgangspunkt i problemstillingen i oppgaven (Dalland, 2017, s.51). Metoder kan være kvantitative eller kvalitative. En kvantitativ metode gir målbare svar i form av tall. Kvalitative studier undersøker derimot data som ikke kan tallfestes slik som opplevelser, meninger og forståelse (Dalland, 2017, s.52). Denne oppgaven har litteraturstudie som metode, en kvalitativ metode er brukt for å undersøke sykepleiere sine erfaringer og opplevelser. Samtidig er både kvalitativ og kvantitativ forskning brukt som forskningslitteratur. I litteraturstudier, slik som her, samler en informasjon fra forskning, fagkunnskap og teori (Dalland, 2017, s.207). Dette skaper grunnlaget for å kunne drøfte og svare på problemstillingen. Fremgangsmåten for søkeprosessen og valg av kilder er sentral i litteraturstudier (Dalland, 2017, s.214). Hvordan dette er gjort blir presentert videre i kapittelet.

2.1 Søke- og utvalgsprosess

For å finne relevante forskningsartikler har jeg søkt i helsefaglige databaser. Gjennom biblioteket sine nettsider brukte jeg databasen EBSCOhost. Der kunne jeg søke i databasene Academic Search Elite, MEDLINE, CINAHL samtidig. Etter flere søk med ulike søkeord og ulike variasjoner av operatørene OR og AND, endte jeg med et søk der jeg fant to artikler som ble brukt (Vedlegg 1). Det ble også gjort et søk i Academic Search Elite alene, hvor jeg brukte en artikkel (Vedlegg 2). Jeg brukte også databasen SweMed+, der brukte jeg norske søkeord. I likhet med søket beskrevet over, brukte jeg ulike sammensettinger av søkeord og ulike variasjoner av operatørene OR og AND (Vedlegg 2). Vedlegg 1 og 2 viser søkeprosessene til de utvalgte forskningsartikler. Når jeg skulle velge artikler var et kriterium at de skulle være publisert i et fagfelleurdert tidsskrift. Jeg så også bare etter artikler på engelsk eller skandinaviske språk. Tidsperioden for utgivelse varierte litt i søkene, men jeg gikk bevisst ikke lenger tilbake enn til 2008. Når jeg hadde begrenset søkene slik jeg fikk relativt små treff, leste jeg gjennom overskriftene. Dersom noen virket interessante leste jeg også sammendragene. Ut

fra dette valgte jeg ut artikler jeg leste og vurderte om de passet til oppgaven. Jeg fikk ikke tilgang til alle artiklene gjennom søkedatabasene, så jeg søkte de opp i oria.no.

Artikkelen Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial fant jeg i litteraturlisten til Folkehelseinstituttet sin rapport: Folkehelse rapporten -Helsetilstanden i Norge. Der denne artikkelen er brukt som referanse i kapittelet Helse hos eldre i Norge.

I tillegg til forskningsartikler har jeg brukt lærebøker og fagbøker. Personsentrert demensomsorg er en bok av professor og psykolog Dawn Brooker, som senere er oversatt til norsk. Den er gitt ut av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, og anbefalt til helsepersonell som jobber med pasienter med demens. I metodekapittelet har jeg brukt boken Metode og oppgaveskriving av Dalland som referanse. Denne boken er på pensumlista for studiet. De andre bøkene som er brukt er alle lærebøker rettet mot sykepleiestudenter. I oppgaven er det også brukt offentlige publikasjoner som Helsedirektoratet sin Nasjonal faglig retningslinje om demens. I retningslinjene er det gitt praktisk informasjon og nasjonale anbefalinger til arbeid med pasienter med demens (Helsedirektoratet, 2017). Lover og forskrifter er hentet fra lovdata.no.

2.2 Kildekritikk:

Opgaven er ett litteraturstudie og bygger på eksisterende litteratur (Dalland, 2017, s.207). Det er viktig å være kritisk til valg av kilder. En må vurdere kildens troverdighet, type kilde og kildens relevans til problemstillingen (Dalland, 2017, s.152 -153).

Gjennom søkeprosessen har jeg kommet frem til seks forskningsartikler. Tre kvalitative og tre kvantitative artikler. Artiklene ser på sykepleierne sine erfaringer med smerte hos pasienter med demens og på forhold rundt smerte og demens på sykehjem. Artiklene er brukt i større eller mindre grad, men har tema som er relevante for oppgaven. For å sikre at forskningsartiklene er av god kvalitet er det brukt artikler som er publisert i vitenskapelige og fagfelleverdret tidsskrifter.

Vitenskapelige tidsskrifter har uavhengige fagpersoner som sikrer at artiklene holder en vitenskapelig standard og en redaksjon som sikrer kvaliteten på utgivelsen (Dalland, 2017, s.154). Tiden artiklene er utgitt på, kan ha betydning for resultatet på oppgaven og hvordan dette stemmer med dagens

situasjon. Artikkelen som er brukt er gitt ut mellom 2008-2015. Det er mulig at dette var en periode med mye fokus på smerte og demens, noe som har påvirket dagens situasjon. På tross av dette vurderer jeg artiklene som relevant, siden sykepleierne sine opplevelser og erfaringer er fokuset og de kan trolig stå over mange av de samme utfordringene i dag. Artikkelen Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment av Burns og McIlpatrick er en litteraturstudie som hovedsakelig bruker artikler publisert i Canada, Australia og USA. Internasjonalt kan det være ulikheter knytt til sykepleieoppgaver, kultur og organisering. På tross av dette velger jeg å bruke artikkelen. Den gir ett bilde som ligner på situasjonen som er i Norge og kan være med å gi ulike synsvinkler på utfordringer sykepleiere møter.

De utvalgte fagbøkene er både primær- og sekundærkilder. I sekundære kilder er materialet bearbeidet og original forfatteren sitt perspektiv kan ha blitt endret. Dette kan svekke kvaliteten på materialet (Dalland, 2017, s.158-159). Jeg har brukt de nyeste versjoner av bøker, der jeg har fått tak i det.

3 Teori

3.1 Demens

Demens er en sykdom som rammer hjernen og fører til kroniske symptomer som kognitiv svekkelse, samt atferdsmessige, psykiske og motoriske endringer. Hvilke symptomer som er mest framtreddende varierer ut i fra typen demens sykdom, hvilket område i hjernen som er skadet, miljøfaktorer, sosiale faktorer og mestringsstrategier. Forekomsten av demens øker ved alder og symptomene blir stort sett mer og mer tydelige over tid. Demens blir gradert i mild, moderat og alvorlig grad. Ved mild grad av demens vil den reduserte hukommelsen begynne å påvirke hverdagen. Personen selv og andre vil begynne å merke symptomer på sykdommen. Ved moderat demens vil sykdommen påvirke blant annet evne til å løse problemer, hukommelse, kommunikasjon og stedsans. Dette kan oppleves som fortvilende og kan gi angst, sinne og depresjon. Alvorlig grad av demens viser seg som sterk reduksjon av hukommelse og andre kognitive funksjoner. Livet kan oppleves kaotisk. Det er usikkert hvordan personer med alvorlig grad av demens opplever og tolker sanseinntrykk (Berentsen, 2008, s.355-356). Atferdsmessige og psykiske symptomer kan vises som blant annet rastløshet, passivitet, aggressiv og irritabel atferd (Berentsen, 2008, s.360-362)

3.2 Smerte

Smertes er en sanseopplevelse som oppfattes ubehagelig. Smertestimuliene kan utløses av ulike årsaker. Stimuliene blir registrert når vev ødelegges eller er nær med å bli ødelagt. Smerte aktiverer det sympatiske nervesystemet. Kroppen reagerer med blant annet økt blodtrykk og økt hjertefrekvens. Hvordan smerte oppleves er individuelt. Den samme utløsende årsaken, kan gi ulik smerteintensitet hos forskjellige personer. Erfaringer, sosial- og kulturellbakgrunn er forhold som også kan påvirke opplevelsen av smerte (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2018, s.169-170)

3.2.1 Smerte og eldre

Smerte er vanlig blant eldre. Dette gjelder både akutte og langvarige smerter. Akutte smerter kan oppstå som følge av vevsskade ved sykdom, skader eller kirurgi. Akutte smerter gir vanligvis en autonomrespons. Symptomer fra det autonome nervesystemet kan være redusert eller manglende hos eldre. Skader eller sykdom kan også utløse langvarige smerter. Det som kjennetegner langvarige smerter er at de varer som regel over tre måneder. Hos eldre er vanlige årsaker til langvarige smerter skader og sykdommer som; artrose, kreft, nevrologiske sykdommer, ulykker og som en følge av operasjoner (Bjørø & Torvik, 2008, s.334). Redusert reservekapasitet gjør eldre mer sårbare for smerter og tilhelingsprosessen hos eldre tar lengre tid. Smerte kan derfor føre til komplikasjoner som følge av inaktivitet og sengeleie. Smerte kan også gi tap av selvstendighet, søvnforstyrrelser og depresjon. Uoppdaget smerte, eller smerte som ikke blir tilfredsstillende behandlet vil påvirke livskvaliteten (Bjørø & Torvik, 2008, s.335). Smerte kan behandles medikamentelt. Der er her viktig å være klar over at følsomheten for legemidler endres med økende alder (Bjørø & Torvik, 2008, s.342). Risikoen for bivirkninger vil øke, det kan også forekomme av polyfarmasi (Ranhoff & Børdahl, 2008, s.157).

3.2.2 Smerte og demens

Smertevurdering hos personer med demens kan være en utfordring på grunn av den reduserte evnen til kommunikasjon. I tidlig fase av sykdommen kan personen ofte uttrykke smerten selv. Etter hvert som evnen til kommunikasjon blir redusert, vil også evnen til å uttrykke smerte verbalt reduseres. Dette gjør at det er viktig å observere endring i atferd og andre handlinger som kan være tegn på smerte. Atferd hos personer med demens som indikerer smerte kan være ansiktsuttrykk som rynket panne og lukkede øyner. Verbale uttrykk som jamring, stønning og sukking. Urolige, nervøse og beskyttende kroppsbevegelser kan også indikere smerte. Mellommenneskelig samhandling kan ved

smerte bli påvirket av aggressivitet, stridsløst og at en motsetter seg omsorg. Det kan også skje endringer i rutiner og aktivitetsmønstre. Dette kan vise seg i endringer av matlyst, lengre perioder med hvile enn tidligere, endringer i søvnmønstre og økt vandring. Forandringer i mental status som følge av smerte kan være gråt, forvirring og personen kan være irriterbar. Det finnes flere skjema for kartlegging av smerte. Noen av disse kartleggingsverktøyene er tilpasset eldre med redusert evne til verbal kommunikasjon og tar utgangspunkt i observasjon av personens atferd (Bjørø & Torvik, 2008, s.341-342).

3.3 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg var en del av en bevegelse som vokste frem i 1980-1990-årene. Professoren Tom Kitwood dannet fundamentet for personsentrert demensomsorg, som i dag blir sett på som kvalitetsomsorg for personer med demens (Brooker, 2013, s. 11). Personsentrert omsorg er et vidt begrep. Brooker bruker fire deler for å definere personsentrert omsorg. Disse fire delene blir presentert i det som blir kalt VIPS-modellen. Der hver bokstav står for sin del, som er sentral i personsentrert omsorg (Brooker, 2013, s.9):

V: Verdssetting av mennesket. En skal verdsette både pasienter og ansatte, og ivareta deres rettigheter og krav. Ledelsen har en viktig rolle for at personalet føler seg verdsatt. Verdssetting av personalet handle blant annet om å bidra til opplæring og kompetanseheving. Dette punktet uthever også at det er viktig å legge til rette for god kommunikasjon på arbeidsplassen (Brooker, 2013, s. 30-33).

I: Individuell omsorg. Dette elementet handler om at det unike hos hvert menneske skal vektlegges, der hver person behandles som et enkeltindivid. Omsorg ytes ut i fra individuelle behov der ansatte blir kjent med personen med demens. Ansatte blir kjent med blant annet livshistorie, pasientens daglige rutiner og preferanser. Dette vil være med å gi individuell tilpasset omsorg (Brooker, 2013, s. 34 -35).

P: Personens perspektiv. Dette elementet handler om å forstå verden ut i fra personen med demens sitt perspektiv. For pleieren handler dette om den daglige kommunikasjonen. En skal bidra med å regulere det fysiske miljøet, slik det er tilpasset personen med demens. Pleiere skal være oppmerksom på fysisk helse, som for eksempel smertekartlegging. Ved å sørge for at pasientene har

en talsperson er en med på å ivareta personen med demens sine rettigheter. Ikke minst handler dette punktet også om å tolke utfordrende atferd som kommunikasjon. Empati er en viktig egenskap for personalet for å kunne sette seg inn i situasjonen til personer med demens (Brooker, 2013, s. 48 - 49).

S: Sosialt miljø. Dette fjerde elementet i VIPS-modellen handler om å skape et godt miljø for personen med demens. Dette miljøet skal være støttende for personen sin relasjon med andre. Elementet bygger på: inkludering, respekt, varme, validering, muliggjøring og å være en del av nærmiljøet (Brooker, 2013, s. 62-63).

Den utvidede modellen for demens er ett av fundamentene i personsentrert omsorg. Modellen ble beskrevet av Tom Kitwood. Denne modellen tar hensyn til at det er flere faktorer som påvirker livskvaliteten til personer med demens. Faktorene er nevrologisk svekkelse, fysisk helse, livshistorie, personlighet og sosialt miljø. Sammen påvirker alle faktorene personens opplevelse av demens. Dette skaper rom for å fokusere på ulike faktorer for å bidra til økt velvære for personer med demens (Brooker, 2013, s.11-12).

4 Resultat av forskning

Artikkel 1

Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer

Dette er en forskningsartikkel skrevet av Lillekroken og Slettebø (2013). Artikkelen er publisert i tidsskriftet *Vård i Norden*, som er forgjengeren til tidsskriftet *Nordic Journal of Nursing Research*. Formålet med studien var å se nærmere på sykepleiere sin erfaring med smertekartlegging og smertelindring hos personer med demens. Studien har kvalitativt utforskende design der forskningsintervju ble brukt som metode. Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer med til sammen 18 deltagere. Deltagerne var sykepleiere ansatt på geriatrisk avdeling ved to ulike sykehus og en kommunal skjermet enhet for personer med demens. Funnene i studie ble delt inn i tre kategorier for å beskrive ulike forhold sykepleiere må ta hensyn til når de kartlegger og lindrer smerte hos pasienter med demens:

- 1) Pasientens alder, comorbiditet og polyfarmasi: En utfordring sykepleierne møtte med eldre pasienter var at flere av pasientene hadde et komplisert sykdomsbilde. Pasientene sto ofte på flere medikamenter samtidig, som gjorde sykepleiere bekymret for polyfarmasi og bivirkninger. Bivirkninger kunne forveksles med symptomer på alvorlig demens og skjule pasientens symptomer på sykdom. De fleste opplevde at kommunikasjonsvansker gjorde at pasienten ikke satte ord på smerten. Sykepleierne var bekymret for over-, under- og feilmedisinering.

- 2) Rutiner for smertekartlegging og smertelindring: Sykepleierne bruker sjeldent kartleggingsverktøy. Ingen av sykepleierne kjente til smertekartleggingsverktøy som var basert på observasjoner av pasienten. De fleste informantene ønsket felles rutiner og retningslinjer for smertevurdering og -lindring.

- 3) Etiske dilemma i smertelindring for pasienter med demens: Informantene trakk frem dilemma mellom å ivareta pasienten sin autonomi eller behov for smertelindring. Dette gjaldt i situasjoner der pasienten ikke ville ta imot smertestillende medikament og det oppstod spørsmål om tvang.

Artikkel 2

Smertebehandling til personer med langtkommen demens

Artikkelen er skrevet av Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013). Denne artikkelen ble publisert i tidsskriftet Geriatrisk Sykepleie. Formålet med studien er å undersøke erfaringer og utfordringer sykepleiere har med smertebehandling til pasienter med langtkommen demens og språkvansker. Metoden i studien er kvalitativ tilnærming med fenomenologisk hermeneutisk utgangspunkt. Datainnsamlingen ble gjort gjennom intervju. Intervjuobjektene var sykepleiere fra fem ulike sykehjem. Sykepleierne hadde erfaring med å jobbe med pasienter med demens. Ut i fra datainnsamlingen ble tre tema identifisert:

- 1) Prøve og feile: Usikkerheten rundt observasjoner kunne føre til prøving og feiling, dette var knytt til vanskeligheter med å tolke pasienten sine uttrykk. Noe som kunne resultere i at en ga smertestillende medikamenter for å være på den sikre siden. Helsepersonell sin usikkerhet kunne resultere i både under- og overbehandling. Ingen av sykepleierne brukte kartleggingsverktøy.

- 2) Betydning av tverrfaglig samarbeid: Funn i studien understreket at det er viktig med gode samarbeidsforhold og god kommunikasjon innad i det faglige teamet. Mangelfull kommunikasjon både mellom pleiepersonalet og med tilsynslege kunne påvirke smertelindringen pasientene fikk. Funnene viser at smertelindringen kunne bli påvirket av hvor alvorlig legen tok sykepleiernes vurderinger og observasjoner.

- 3) Betydning av faglig kunnskap for god smertebehandling: Resultatet i studien understreker viktigheten av at personalet på avdelingen har god faglig kunnskap om behandling, demens og sykdommer. Dette ble sett på som viktig for å kunne tolke pasienten sine signaler. God kunnskap blant personalet gjør at en kan formidle viktige observasjoner om pasienter til sykepleier og lege.

Artikkel 3

Who Suffers Most? Dementia and Pain in Nursing Home Patients: A Cross-sectional Study

Dette er en artikkel av Husebo, Strand, Moe-Nilssen, Husebo, Aarsland og Ljunggren (2008).

Artikkelen er en tverrsnittstudie publisert i Journal of the American Medical Director Association.

Målet med denne studien var å utforske forholdet mellom ulike stadier av demens og demensdiagnoser, og bruken av smertestillende i forhold til smerteintensiteten. Studien tok utgangspunkt i 181 pasienter med langtids plass på et norsk sykehjem. Funnene i studien viser at pasientene med alvorlig demens ikke opplever mindre smerte enn dem uten demens. Pasienter med demens hadde derimot høyere intensitet av smerte, før de mottok opiater. Resultatet viser at pasienter med alvorlig demens og blandet demens er i høy risiko for å lide av alvorlig smerte. Gjennom forskningen viser studien også til at kvalitetsforbedringsprogrammer er nødvendig for å øke ansatte sin kompetanse om demens og smerteevaluering.

Artikkel 4

Palliativ care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment

Artikkelen er skrevet av Burns og McIlpatrick (2015) og publisert i International Journal of Palliative Nursing. Målet med studien er å utforske sykepleiere sin kunnskap og holdninger til eldre med demens, når det kommer til smerte. Dette er en systematisk oversikt av artikler publisert mellom

2000 og 2014. Studien inkluderer artikler fra ulike deler av verden. Funnene resulterte i fem hoved temaer, som belyser sykepleiere sine utfordringer:

- 1) Utfordring å diagnostisere smerte hos personer med demens: Sykepleie ser på kartlegging av smerte som utfordrende på grunn av pasientene sin manglende evne til å rapportere om smerte selv. Identifisering av smerte kommer stort sett fra observasjoner av atferd. Å kunne identifisere smerte krever erfaring og god kjennskap til pasienten. Litteratur viser at smerte kan mistolkes som psykiske symptomer og kan dermed føre til feilmedisinering.
- 2) Utilstrekkelige smertekartleggingsverktøy: Smertekartleggingsverktøy er lite brukt i praksis. Sykepleierne etterlyste bedre tilpasset kartleggingsverktøy for pasienter med demens. Selv om litteraturen viser at det er en rekke verktøy tilgjengelig.
- 3) Tidsbegrensning og arbeidsbelastning: Stor arbeidsmengde, lite tid og mangel på personale kan være til hinder for å gi pasientene god smertekartlegging. Kontinuitet blant personalet er viktig for å bli kjent med pasienten, som igjen er viktig for å kunne identifisere og vurdere smerte.
- 4) Manglende tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon: God kommunikasjon og tillit mellom sykepleier og lege er viktig for å gi pasientene god smertelindring.
- 5) Opplæring og utdanning: Det er viktig at sykepleierne har kunnskap om identifisering og behandling av smerte hos pasienter med demens. Studier viser at redsel om overmedisinering, bivirkninger og feildiagnostisering av smerte kan gi bekymringer hos sykepleiere. Det kan være utfordrende å skille mellom smerte og andre årsaker til endring at atferd.

Artikkel 5

Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial

Artikkelen er skrevet av Husebo, Ballard, Sandvik, Nilsen og Aarsland (2011). Forskningsartikkelen er publisert i BMJ -British Medical Journal. Formålet med studien var å se om systematisk behandling av smerte hos pasienter med demens kan redusere agitasjon. Dette er en randomisert kontrollstudie. Deltakerne i studien er 352 pasienter med moderat til alvorlig demens, som bor i norske sykehjem.

Disse ble delt inn i to grupper. En forsøksgruppe som ble behandlet med smertestillende medikament etter ett trinnvis skjema, utarbeidet av American Geriatrics Society. Den andre gruppen var en kontrollgruppe som mottok sin vanlige behandling. Agitasjon, aggresjon, smerte, aktiviteter i dagliglivet og kognitiv tilstand ble målt før og etter prosjektet. Resultatet viser at gruppen som fikk tilpasset smertestillende medikasjon viste signifikant mindre agitasjon, aggresjon og smerte. Resultatet kan vise at systematisk smertebehandling er effektivt for å behandle smerte og kan redusere bruken av psykotrope legemidler. Dette viser også at vurdering og behandling av smerte er viktig for å forebygge agitasjon og aggresjon hos pasienter med demens.

Artikkel 6

Pain in patients living in Norwegian nursing homes

Dette er en studie gjort av Torvik, Kaasa, Kirkevold og Rustøen (2009). Forskningsartikkelen er publisert i tidsskriftet Palliative Medicine. Målet med studien var å undersøke forekomsten av smerte i sykehjem og hvilke variabler som var forbundet smerter. Studien er en tverrsnittstudie som er basert på intervju og estimerte funn. For å få ett fullstendig bilde av forekomsten av smerte blant pasientene på sykehjem, inkluderte studiene alle pasienter uavhengig av kognitiv funksjon. 214 pasienter fra syv ulike sykehjem deltok i studien. Hos dem som kunne rapportere smerte selv, gikk forskerne gjennom ett spørreskjema sammen med dem. Hos pasientene med kognitiv svekkelse ble smerte estimert av primærpsykepleier som brukte Dopolus-2 kartleggingsverktøy. Hovedfunnene i studien viser at 51% av pasientene i gruppen som kunne rapportere selv, hadde smerte. I gruppen som ikke kunne rapportere om smerte selv, var det estimert at 67,5% av pasientene hadde smerte. Studien viser at en høy andel av pasientene i sykehjemmene som hadde smerter, fikk ikke medikamentell behandling. Andelen var høyest blant pasientene som ikke kunne rapportere smerte selv, denne andelen var på 38%. Studien konkluderer med at smerte er et stort problem i norske sykehjem.

5 Hvordan kan sykepleiere bidra til god smertekartlegging og smertebehandling for personer med demens?

Som nemt innledningsvis har sykepleiere et funksjonsområde som inkluderer både behandling, lindring og forebygging (Kristoffersen et.al, 2016, s.17). Smertekartlegging og smertebehandling er dermed sentrale faktorer i sykepleiere sitt arbeid med pasienter med demens. Når pasienter ikke lenger er i stand til å gi uttrykk for sin egen smerte, er de avhengig av pleiepersonalet rundt seg. I forskningen ble det trukket frem ulike situasjoner som sykepleiere opplevde som utfordrende. Ut i fra forskningen er det her i drøftinger blitt uthevet fem områder, som blir sett på som viktige at sykepleiere fokuserer på.

5.1 Bli kjent med pasienten

Hos pasienter med demens kan endringer i atferd oppstå på grunn av demenssykdommen i seg selv (Berentsen, 2008, s.356). Samtidig kan endringen i atferd være et uttrykk på smerte (Bjørø & Torvik, 2008, s.341-342). Dette viser en problemstilling sykepleiere står over ved identifisering av smertesymptomer. Forskning viser at sykepleiere kan oppleve usikkerhet ved tolking av pasienten sine uttrykk (Burns & McIlfratrick, 2015, s.405; Jenssen et al, 2013, s.29). Denne usikkerheten kan oppstå når smertesignalene er vanskelige å oppdage (Jenssen et al, 2013, s.29). Eller når det er vanskelig å skille smerteatferd med annen atferdsendring (Burns & McIlfratrick, 2015, s.405). Studier viste at feilvurdering av atferd kan resultere i at pasienter bli medisinert på grunn av psykiske symptomer og ikke smerte (Burns & McIlfratrick, 2015, s.405; Jenssen et al,2013, s.32). Husebo et al. (2011) sin forskning sier at systematisk smertelindring kan reduserte forekomsten at agitasjon. Ut fra dette kan det se ut som at symptomer på smerte kan bli oversett og feiltolket som psykiske symptomer. Studier mener at god kjennskap til pasienten sin smerteatferd vil være med å gi effektiv smertelindring (Lillekroken & Slettebø, 2013, s.32; Torvik et al, 2009, s.14). Dette støtter studien til Burns og McIlfratrick (2015, s. 405). Funn i denne studien viser også at endringer i atferd og humør kan bli fortere oppdaget av pleiere som kjenner pasienten godt.

I Nasjonal faglig retningslinje om demens skal helse- og omsorgspersonell ivareta personer med demens sine rettigheter, preferanser og behov gjennom personsentrert omsorg og behandling (Helsedirektoratet, 2017). Sentralt i teorien om personsentrert omsorg er å tolke utfordrende atferd

som kommunikasjon. Der en prøve å forstå hva som er den bakenforliggende årsaken til atferden. Å tolke atferd som kommunikasjon handler om å se verden fra pasienten sitt perspektiv (Brooker, 2013, s.59-60). Dette stiller krav til sykepleier sine egenskaper innen empati (Brooker, 2013, s.48). Et redskap for å tolke atferd er den utvidede modellen for demens (Brooker, 2013, s. 60). For å kunne nytte seg av denne modellen er det viktig for sykepleier å bli kjent med ulike sider av pasienten, både innen nevrologisk svikt, fysisk helse, livshistorie, personlighet og sosialt miljø. Ved å se på disse ulike faktorene vil en lettere forstå hva som påvirker pasientens livskvalitet (Brooker, 2013, s.12). Dette handler blant annet om at ved endringer i atferd, skal fysisk sykdom bli sett på som en mulig årsak (Brooker, 2013, s.37). Ut i fra Sand et. al (2018, s.170) er en persons opplevelse av smerte individuelt og kan bli påvirket av tidligere erfaringer, sosial- og kulturellbakgrunn. Å bli kjent med pasienten sine tidligere erfaringer med smerte, er en del av smertekartleggingen (Bjørø & Torvik, 2008, s. 338). Dette ser vi igjen i VIPS-modellen. Der å bli kjent med ulike sider av pasienten er en sentral del i individuell omsorg (Brooker, 2013, s. 34-35).

Ut i fra litteratur og forskning presentert over ser en at det kan være utfordrende å skille smerteatferd fra annen atferd. Det kan tolkes som viktig at sykepleiere blir godt kjent med pasientene sine. Med å bli kjent med ulike sider av pasienten kan det bli lettere for sykepleiere å se hva som er årsak til pasienten sin atferd. Dermed vil en lettere kunne identifisere endringer knytt til smerte. Dette er også i tråd med de yrkesetiske retningslinjer som understreker at sykepleie skal blant annet bygge på brukerkunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2016).

5.2 God faglig kunnskap

Det er viktig at sykepleiere har god fagkunnskap om smerte og demens. Dette blir trukket frem i flere studier (Burns & McIlpatrick, 2015, s. 406; Husebo et.al, 2008, s.427, Lillekorken & Slettebø, 2013, s 32; Torvik et.al, 2009, s.14). Jenssen et. al (2013, s.33-34) skriver at mangel på kunnskap om demenssykdom og generell fagkunnskap er med på å gjøre utfordringen med å tolke smerteuttrykk større. Studien mener at faglig kunnskap blant personalet også er viktig for å kunne rapportere viktige observasjoner videre til sykepleiere og lege.

Nasjonal faglig retningslinje anbefaler at alle ansatte har den opplæring og kompetanse som arbeidet krever. Dette innebærer kunnskap om demenssykdom, personsentrert omsorg, lindrende behandling, legemiddelbehandling og kartleggingsverktøy (Helsedirektoratet, 2017). Brooker (2013,

s.31) skriver i sin bok om personsentrert omsorg, at opplæring og kompetanseheving blant personalet er viktig i demensomsorgen. Det er juridiske styringer når det kommer til kompetanse innen helsevesenet. I følge helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §8-1) har kommunen som ansvar å medvirke til undervisning, opplæring og videre- og etterutdanning. Det går frem fra de yrkesetiske retningslinjene at sykepleiere skal engasjere seg i helsepolitisk utvikling både lokalt og nasjonalt (Norsk sykepleierforbund, 2016). Det er dermed viktig at en som sykepleier har kunnskap om kommunen sin plikt til å legge til rette for nødvendig faglig kunnskap (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §8-1). Samtidig som kommunen skal legge til rette for opplæring og kompetanseheving har sykepleiere også ett ansvar selv. Sykepleiere har ansvar for å handle faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Samt baseres sykepleie på teoretisk kunnskap (Kristoffersen, 2016, s.142). Dette kan tolkes som at sykepleiere har ansvar for å holde seg faglig oppdatert på kunnskapen som forventes ut i fra sykepleierne sin profesjon. Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere understreker at det er viktig at en som sykepleier holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Sykepleiere har ifølge yrkesetiske retningslinjer også et faglig veilednings ansvar for andre som deltar i pleie og omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2016). Sykepleiere har dermed et ansvar knytt til veiledning av kunnskap om smerte og demens. Ut fra egne erfaringer kan bemanningen av sykepleiere være lav på sykehjem. I hektisk hverdag vil trolig faglig dyktige medarbeidere være en god ressurs for sykepleiere, og ikke minst for pasienten, når det kommer til observasjon av smerte og atferd.

5.3 Kommunikasjon på arbeidsplassen

Funn i studien til Jenssen et al. (2013, s.30) viser at dårlig kommunikasjon på arbeidsplassen kan føre til mangelfull på rapportering innad i pleiegruppa og uenighet om pasienter sitt behov for smertelindring. Informantene mente at godt samarbeid i personalgruppa er viktig for å oppdage smerte hos pasienter og sørge for god smertelindring (Jenssen et al, 2013, s.30). I personsentrert omsorg blir god kommunikasjon på arbeidsplassen sett på som viktig. Der en stiller seg spørsmålene hvordan kommunikasjonen er mellom vakter og om det er tid til å løse problemer i fellesskap (Brookes, 2013, s.30). Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleiere skal bidra til god praksis gjennom å utarbeide og gjennomføre faglige normer (Norsk sykepleierforbund, 2016). God rapportering kan også bli sett på som viktig for å sikte sikre faglig forsvarlig helsehjelp, som er lovpålagt ifølge

Helsepersonelloven (1999, §4). Å være med å utarbeide gode rutiner for rapportering kan dermed bli sett på som en oppgave sykepleiere bør engasjere seg i. Jenssen et al. (2013, s.32-33) trekker frem et forslag til hvordan en som sykepleier kan forbedre kommunikasjon på arbeidsplassen. Der en gjennom faglig refleksjon med kollegaer styrker sykepleierne sine egne observasjoner. Noe som igjen vil bidra til både bedre samarbeid og bedre kommunikasjon med legen.

Både i studien til Jenssen et al. (2013, s.32) og Burns og McIlfatrick (2015, s.404) kommer det frem at sykepleiere kan føle på mangel på tillit fra legen i forhold til smertekartlegging. I Jenssen et al. (2013, s.32) sin studie viste at smertelindringen til pasienten kunne variere ut i fra om tilsynslegen tok sykepleierne sine vurderinger på alvor. Dårlig kommunikasjon med tilsynslege kan dermed være en barriere for å gi pasientene god smertelindring. Sykepleierne har i oppgave å observere smerte, samt virkning og bivirkning av medikament. Dette er informasjon som er viktig å videreformidle til lege (Bjørø & Torvik, 2008, s.337). Sykepleierne har dermed en viktig rolle i det tverrprofesjonelle arbeidet med sykehjemslegen for å gi pasienter med demens god smertelindring (Bjørø & Torvik, 2008, s.336). Nasjonal faglig retningslinjer for demens (Helsedirektoratet, 2017) trekker frem at god informasjonsflyt mellom sykehjemslege og annet personell i kommunehelsetjenesten er viktig for god smertelindrende behandling for personer med demens. I sykepleierne sine yrkesetiske retningslinjer står det beskrevet at sykepleiere skal fremme gode tverrfaglige samarbeidsforhold (Norsk sykepleierforbund, 2016). For å kunne gi legen en god rapport om pasienten sin situasjon, viser funnene i studien til Jenssen et. al (2013, s.33) at god fagkunnskap blant sykepleiere er viktig.

Ut ifra dette ser en at å legge til rette for god kommunikasjon og på arbeidsplassen viktig for å kunne kartlegge smerte og gi god smertebehandling til personer med demens. Der en som sykepleier kan bli tryggere på sine observasjoner gjennom faglig refleksjon med kollegaer og ved å tilegne seg god fagkunnskap. Dette vil kanskje også være med å bedre tilliten mellom lege og sykepleier.

5.4 Bruk av kartleggingsverktøy og rutiner

Husebo et al. (2008, s.427) mener det er høy risiko for at pasienter med alvorlig demens lider av smerte. I studien til Torvik et.al (2009, s. 11) var det 38% av pasientene med kognitiv svikt på sykehjem som ikke fikk smertestillende medikamenter, selv om det ut fra kartleggingsverktøy ble estimert at de hadde smerte. Dette stemmer med studien til Husebo et al. (2008, s.429) som mener pasienter med kognitiv svikt trolig har mer smerte, enn dem uten kognitiv svikt. Studiene viser at

behandlingen av smerte ikke er god nok. Husebo et al. (2008, s.427) etterlyser at personalet har bedre kunnskap om smertevurdering. Der dette er en gruppe som er avhengig av god smertekartlegging. Eldre er sårbare for smerte, uoppdaget smerte eller smerte som ikke er tilfredsstillende behandlet vil påvirke pasientens livskvalitet og kunne føre til komplikasjoner (Bjørø og Torvik, 2008, s.335).

Gjennomgående i forskningen er at kartleggingsverktøy blir lite eller ikke brukt i det hele tatt (Burns & McIlfatric, 2015, s. 405; Jenssen et.al, 2013, s.30; Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30). Dette skjer samtidig som sykepleiere synes smertekartlegging kan være utfordrende (Jenssen et.al, 2013, s.29; Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30). Grunner til at sykepleiere ikke brukte kartleggingsverktøy, viste seg å være mangel på kunnskap om- og kjennskap til kartleggings-verktøyene (Lillekroken & Slettebø, 2013, s.31), og mangel på tillit til kartleggingsverktøyene (Burns & McIlfatric, 2015, s.405). Både studiene til Lillekroken & Slettebø (2013, s.32) og Jenssen et.al (2013, s.34) konkluderer med at kartleggingsverktøy kan bidra til bedre smertekartlegging til personer med demens. God vurdering av smerte er også ifølge Husebo et al. (2011) viktig for å forebygge aggresjon og agitasjon hos pasienter med demens.

Kartleggingsverktøy tilpasset personer med demens vil være ett hjelpemiddel for sykepleiere, for å kunne identifisere smerte basert på atferd (Bjørø & Torvik, 2008, s.341). De nasjonalfaglige retningslinjene anbefaler å bruke strukturerte verktøy for å tilpasse smertelindring for personer med demens (Helsedirektoratet, 2017). Ut i fra personsentrert omsorg er individuell tilnærming sentralt (Brooker, 2013, s.34). En kan stille seg spørsmålet om standardiserte kartleggingsverktøy passer inn i dette bildet. Nettopp det å ivareta pasientens fysiske helsebehov blir trukket frem i VIPS-modellen (Brooker, 2013, s.49). Å kunne fokusere på ulike områder som påvirker pasienten, er sentralt i den utvidede modellen for demens (Brooker, s.36). Kartleggingsverktøyene kan trolig være ett hjelpemiddel for å kartlegge pasientens fysiske helse, så lenge en ikke utelukker andre områder som påvirker pasienten sin helhetlige situasjon.

Sykepleierne i studien til Lillekroken og Slettebø (2013, s.32) rapporterte at det manglet rutiner for smertekartlegging på deres arbeidsplasser. Dokumentasjon og observasjon av smerte bør bli gjort regelmessig (Bjørø & Torvik, 2008, s.337). Regelmessig bruk av kartleggingsverktøy gir grunnlag for å vurdere utvikling av smerte og effekt av tiltak, som smertelindring (Bjørø & Torvik, 2008, s.339).

Dette vil også bidra til ett kontinuerlig fokus på smerte, som ifølge Lillekroken og Slettebø (2013, s.32) kan gi bedre smertevurdering og smertelindring. Dette stemmer med egne erfaringer fra sykehjem der kartleggingsverktøy har blitt brukt, der dette har vært med å øke fokuset rundt observasjoner av smerte.

Forskningen og teori virker samstemte i at bruk av kartleggingsverktøy er nyttig verktøy i arbeidet med pasienter med demens, der regelmessig bruk av smertekartleggingsverktøy trolig vil gjøre sykepleiere bedre til å kartlegge og behandle smerte. Ut i fra yrkesetiske retningslinjer har sykepleier har ett ansvar å holde seg oppdatert og bidra til at ny kunnskap blir brukt på arbeidssstedet (Norsk sykepleieforbund, 2016).

5.5 Administrering av medikament

Når det kommer til administrering av medikament blir begrepene «prøving og feiling» og «skudd i blinde» brukt i studien til Jenssen et al. (2013, s.29). Studien viser til usikkerhet knytt til å tolke pasienter sine signaler, noe som kunne resultere i å prøve seg frem med smertestillende. I redsel for å mistolke smertesignal, kunne pasienter bli satt på faste smertestillende medikamenter. Samtidig kunne usikkerhet føre til mangelfull smertelindring i bekymring for overbehandling. I studiene til Burns og McIlfratrick (2015, s.404) og til Lillekroken og Slettebø (2013, s.30) kunne sykepleiere være bekymret for feilmedisinering, bivirkninger, polyfarmasi, over- og undermedisinering. Burns og McIlfratrick (2015, s. 405) skriver at som en konsekvens av at en mistolker pasienter sin oppførsel, kan pasienten bli satt på psykofarmaka istedenfor smertestillende. Studien til Husebo et.al (2011) viser at systematis smertebehandling kan redusere agitasjon hos pasienter med demens. Studien viser hvor viktig det er med god smertelindring og -vurdering, som også kan være med å redusere bruken av psykofarmaka i sykehjem.

Sykepleiere har i oppgave å administrere medikament ut i fra legens sine forordninger, vurdere å gi medikament som er forordnet ved behov, samt observere, dokumentere og rapportere virkning og bivirkninger videre til lege (Bjørø & Torvik, 2008, s. 337). Samtidig som en ser bekymringer hos sykepleierne knytt til feilmedisinering og bivirkninger (Burns og McIlfratrick, 2015, s.404; Lillekroken og Slettebø 2013, s.30), er å lindre smerte sentralt i sykepleiere sin yrkesutøving (Kristoffersen et.al, 2016, s.17). Både psykofarmaka og smertestillende kan gi bivirkninger. Hos eldre øker forekomsten av bivirkninger på grunn av redusert evne til å kompensere for overskudd av medikament. Risikoen

for bivirkninger øker også med polyfarmasi, som kan forekomme hos eldre som lider av flere sykdommer. Bivirkninger kan gi plager for pasienten, men også feiltolkes som andre lidelser (Ranhoff & Børdahl, 2008, s.159). Når det kommer til administrering av medikament, er det dermed viktig at sykepleiere har god faglig kunnskap om legemidler og bivirkninger for å gi pasienten forsvarlig behandling (Bjørø & Torvik, 2008, s.337). Flere studier mener det er viktig at sykepleiere har kunnskap om pasienten sin smerteatferd for å gi effektiv smertebehandling (Burns og McIlfatrick, 2015, s. 405; Lillekroken & Slettebø, 2013, s.32; Torvik et al, 2009, s.14). Dette vil trolig gjøre sykepleiere tryggere i administrering av medikament og gi pasientene god behandling.

6 Konklusjon

For at sykepleiere skal bidra til god smertekartlegging og smertebehandling for pasienter med demens og språkvansker, er det gjennom oppgaven blitt uthevet fem områder som er viktig å fokusere på:

- 1) Bli kjent med pasienten: Gjennom kjennskap til pasienten vil en lettere kunne identifisere atferdsendringer og forstå bakgrunnen til atferden. Dette vil kunne gjøre det lettere å identifisere endringer på grunn av smerte.
- 2) Faglig kunnskap om demens og smerte: Sykepleiere må holde seg oppdatert på faglig kunnskap om demens og smerte. Dette vil bidra til å lettere kunne identifisere smerte og rapportere viktige opplysninger videre.
- 3) God kommunikasjon på arbeidsplassen: Gjennom faglig refleksjon med kollegaer kan sykepleierne styrke sine egne observasjoner. Gode rapporter og faglig kunnskap er også viktig for å kunne videreformidle viktige observasjoner. Dersom en legger til rette for god kommunikasjon på arbeidsplassen vil dette kunne bedre samarbeid med lege og andre i personalet.
- 4) Bidra til gode rutiner og bruk av kartleggingsverktøy: Regelmessig bruk av kartleggingsverktøy vil styrke sykepleierne sine vurderinger, bidra til bedre dokumentasjon og oppfølging av pasientene. Dette kan igjen gi bedre kommunikasjon innad i pleiegruppa.

- 5) Administrering og kunnskap om medikament: Å ha god kunnskap om medikamenter er viktig for å kunne gi god og forsvarlig smertebehandling. Det er viktig å identifisere smerteatferd hos pasienter for å kunne vurdere behov for smertelindring og for å kunne vurdere over- og underbehandling, samt bivirkninger.

For at sykepleiere skal bidra til god smertekartlegging og smertebehandling for personer med demens er det viktig å bli kjent med pasienten sin atferd, tilegne seg kunnskap om smerte og demens, samt sørge for at kartleggingsverktøy blir regelmessig brukt. For å sørge for god behandling er det viktig at sykepleier har god kommunikasjon med lege, god kunnskap om medikament og ikke minst god kunnskap om smertekartlegging for å kunne vurdere behov og effekt av smertestillende. Personsentrert omsorg kommer frem i flere områder, både når det gjelder å identifisere og kartlegge smerte, men også i arbeidet mellom ansatte i forhold til kommunikasjon og kompetanseheving.

6.1 Forslag til videre arbeid

For at sykepleiere skal kunne utføre smertekartlegging og smertelindring på en god måte er det som nemt over flere faktorer sykepleiere kan ta tak i selv. Samtidig er det avgjørende at ledelsen, om ikke også politikere legger til rette for dette. Dette handler om å kunne tilby og legge til rette for blant annet kompetanseheving, kontinuitet i personalet, tid for å kunne bli kjent med pasientene og tid til faglig refleksjon i pleiegruppa. Forslag til videre arbeid vil dermed være å se nærmere på hvordan en kan bidra til bedre smertekartlegging og smertebehandling på systemnivå. Der en ser nærmere på hvordan ledelsen kan legge til rette for god sykepleie når det kommer til smertebehandling og kartlegging.

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.* (s.350-382). Oslo: Gyldendal akademisk.

Bjøro, K. & Torvik, K. (2008). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten.* (s.333-349). Oslo: Gyldendal akademisk.

Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester.* (T. Deschington. Overs.) Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Burns, M. & McIlfrick, S. (2015). Palliative care in dementia: Literature review of nurses' knowledge and attitude towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, (21)8, 400-407, <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.8.400>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje om demens.* Oslo, Norge. Hentet fra: <https://app.magicapp.org/app#/guideline/2273>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_4

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: British Medical Journal*, 343(7816), <https://doi.org/10.1136/bmj.d4065>

Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., Aarsland, D. & Ljunggren, A. E. (2008). Who Suffers Most? Dementia and Pain in Nursing Home Patients: A Cross-sectional Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(6), 427-433. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.03.001>

Jenssen, G., Tingvoll, W. & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk sykepleie*, 5(3), 26-34. Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/1371443/Hvordan%20ta%20vare%20p%C3%A5%20ver%20digheten.pdf>

Kristoffersen, N., J. (2016). Sykepleie -kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens -fag og funksjon* (3. utg., 1, s.139 - 191). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G., H. (2016). Hva er sykepleie? I G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens -fag og funksjon* (3. utg., 1, s.15 - 27). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden*, 33(3), 29-33. <https://doi.org/10.1177/010740831303300307>

Norsk sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-%20sykepleiere>

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*. (s.157-165). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ranhoff, A. H., Skirbrekk, V., Tambs, K. & Vollrath, M. (2014, 30. juni) *Demens*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2018). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ø. & Rustøen, T. (2009). Pain in patients living in Norwegian nursing homes. *Palliative Medicine*, 23(1), 8-16. <https://doi.org/10.1177/0269216308098800>