

# BACHELOROPPGÅVE

## Sjukepleie til smertepåverka pasientar med alvorleg demens

*«Korleis utøve adekvat sjukepleie til smertepåverka pasientar med alvorleg demens?»*

av  
22 Linda Maria Bird

**Nursing to pain affected patients with severe dementia**

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Oktober 2014

Tall ord: 6968



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

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

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

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

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

22 Linda Maria Bird

JA X            NEI \_\_\_

# Samandrag

## Tittel

Sjukepleie til smertepåverka pasientar med alvorleg demens

## Bakgrunn for val av tema

Eg har gjennom egne erfaringar i praksis møtt mange "urolege" pasientar med alvorleg demens. Møte med desse pasientane har vore utfordrande. Eg har vore usikker på korleis eg kunne utøve adekvat sjukepleie til pasientane, derfor er dette noko eg har ynskja å hatt meir kunnskap om og har derfor valt å skrive om korleis utøve adekvat sjukepleie til pasientar med alvorleg demens for å gjere det beste for pasienten.

## Problemstilling

*«Korleis utøve adekvat sjukepleie til smertepåverka pasientar med alvorleg demens?»*

## Framgangsmåte

Eg har brukt både pensumlitteratur og anna relevant litteratur. Eg har søkt etter forskningsartklar i databasen Academic Search Premier der eg har avgrensa søket til Medline og Chinal. Artiklane som vart valgt er med på å belyse problemstillinga.

## Oppsummering

Ein av dei største smerteindikatorane hjå pasientar med alvorleg demens er åtferdsendingar. Gjennom drøfting av forskning, litteratur og egne erfaringar har eg komme fram til at smertekartlegging og smertelindring i tillegg til sjukepleiarens evne til å sjå og møte pasientens behov vil vere det mest sentrale for utøvinga av adekvat sjukepleie til desse pasientane. I funn frå både forskning, litteratur og egne erfaringar viser det seg at sjukepleiarar ser på smertebehandling og smertelindring som utfordrande til denne pasientgruppa. Mangel på kunnskap og kompetanse innan området viser seg å vere til hinder for utøving av adekvat sjukepleie til eldre pasientar med demens. Betre opplæring, kunnskap, kompetanse og innsikt trengs i praksis, då dette er noko det er mangel på per i dag.

## Innhold

1.0 Innleiing med bakgrunn for val av	tema 6	
1.1 Problemstilling med avgrensning .....		7
1.2 Korleis oppgåva vert løyst vidare .....		7
2.0 Metodedel .....		7
2.1 Søkje- og utvalsprosessen .....		8
2.1.1 Artikkelsøk .....		8
2.1.2 Litteratursøk .....		8
2.2 Kjeldekritikk .....		9
3.0 Teoridel .....		10
3.1 Demens .....		10
3.2 Smerte .....		10
3.2.1 Smerter hjå eldre .....		10
3.2.2 Smerter hjå eldre med demens .....		11
3.3 Kartleggingsverktøy ved smerter .....		11
3.3.1 MOBID-2 .....		11
3.3.2 Doloplus-2 .....		12
3.3.3 CNPI .....		12
3.4 Kari Martinsen .....		13
3.4.1 Martinsens omsorgsfilosofi .....		13
3.5 Nærleiksetikk .....		13
3.6 Kommunikasjon, relasjon og samhandling .....		14
3.6.1 Verbal og non-verbal kommunikasjon .....		14
3.6.2 Relasjonskompetanse .....		15
3.6.3 Fire- perspektivmodellen .....		15
3.7 Empati .....		15
3.8 Aktuelle artiklar .....		15
3.8.1 «Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer» av Lillekroken & Slettebø: .....		15
3.8.2 «Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the MOBID-2 Pain Scale in clinical setting» av Husebø, Strand, Moe-Nilssen, Husebø & Ljunggren .....		16
4.0 Drøfting .....		17

4.1 Case .....	17
4.2 Sjukepleiars evne til å sjå og møte pasientens behov .....	17
4.2 Smertekartlegging .....	19
4.3 Smertekartleggingsverktøy .....	21
4.3 Smertelindring.....	22
5.0 Konklusjon .....	24
Kjeldeliste .....	25

## 1.0 Innleiing med bakgrunn for val av tema

I Noreg er det ca 70 000 personar som har diagnosen demens og talet vil auke ettersom befolkninga vert eldre. Ein reknar med at antall personar med demens vil vere fordobla i 2040. Det viser seg at ca. 80% av alle som bur på sjukeheim har demens. I helsedirektoratet sine nasjonale retningslinjer vert demens beskreve som ein fellesbetegning for fleire hjernesjuksommar som helst opptreer hjå eldre. Dei mest vanlege symptoma er svekka hukommelse, sviktande handlingsevne og språkfunksjon, personlegdom- og åtferdsendingar (Helsedirektoratet, 2013).

Demens vil ofte opptre i kombinasjon med andre somatiske sjukdommar og plager, fordi det helst er eldre personar som får demens. Dette påverker ofte utfordrande åtferd hjå pasientane. Mange er plaga med sterke smerter i forbindelse med andre somatiske sjukdommar og ofte kroniske plagar i musklar og skjelett som dei gjerne ikkje greier å formidle verbalt til sjukepleiaren. Pasienten kan ha smerter i forbindelse med bevegelse og når ein tar på pasienten, noko som kan gjere til at pasienten reagerer med å rope eller utagere ved t.d. hjelp til personleg hygiene eller ved forflytning (Rokstad & Smebye, 2008).

I oppgåva mi har eg valt å sjå nærmare på korleis utøve adekvat sjukepleie til pasientar med alvorleg demens som er smertepåverka. Dette er eit tema som er utfordrande og som eg ikkje føler eg har fått tilstrekkeleg kunnskap om i studiet. Eg ynskjer derfor å lære meir om kva sjukepleiar kan gjere i møte med desse pasientane. Gjennom egne erfaringar i praksis har eg møtt mange "urolege" pasientar med alvorleg demens som ikkje lenger er i stand til å kommunisere verbalt. Eg har ofte synes det har vore vanskeleg å vite kva eg kan gjere for å hjelpe desse pasientane best mogeleg. Problemstillinga er sjukepleiefagleg relevant i tillegg til at det har vore meir fokus rundt temaet i media den siste tida, då det stadig er fleire som vert ramma grunna eldrebølgen. Dette gjer at samfunnet har vorte meir besvisst på temaet (Helsedirektoratet, 2013). I Bergens Tidene las eg artikkelen «Demente opplever et smertehelvete uten ord» (Husebø, 2013). Artikkelen fanga mi interesse og låg også til grunn for valget. Eg kjem tilbake til artikkelen i drøftinga.

## 1.1 Problemstilling med avgrensning

Problemstillinga eg har valt er følgjande:

*Korleis utøve adekvat sjukepleie til smertepåverka pasientar med alvorleg demens?*

På bakgrunn av problemstillinga har eg valt å avgrense oppgåva til eldre pasientar på sjukeheimar i Noreg. Eg konsentrerer meg om pasientar som har alvorleg demens, noko mange av pasientane har når dei er komen på institusjon. Pasientgruppa eg tek for meg er uavhengig av kjønn. Eg vurderte innleiingsvis å avgrense oppgåva til pasientar med Alzheimer's sjukdom men har valt å skrive om demens generelt. Sjukeheimspasientar vil ha forskjellige typar demens og eg tykkjer det er viktig å fokusere på korleis adekvat sjukepleie kan utøvast uavhengig av kva type demens pasienten har. Eg kjem til å ha fokus på sjukepleiarens funksjon.

## 1.2 Korleis oppgåva vert løyst vidare

Vidare tek eg for meg metodedel og søkje-og utvalgsprosessen der eg visar til faglitteratur og forskningsartiklar, og bakgrunn for kvifor eg har valt desse. Teoridelen vil omhandle demens, smerte, kartleggjingsverktøy ved smerter, sjukepleieteori, nærleiksetikk, kommunikasjon, relasjon og samhandling, empati og presentasjon av forskningsartiklar. I drøftingsdelen drøftar eg relevant litteratur, forskning og egne erfaringar for å prøve å komme fram til eit svar på problemstillinga. Til slutt kjem eg med ein konklusjon.

## 2.0 Metodedel

«Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap» (Dalland, 2013, s. 111).

Metoden eg har valt å bruke i mi bacheloroppgåve er litteraturstudie. Det vil seie at oppgåva mi vil vere basert på litteratur og forskning som allereide eksisterer for å komme fram til eit mogeleg svar i problemstillinga (Bjørk & Solhaug, 2008). Kjeldene kan vere skriftelege og egne erfaringar. Eigne erfaringar frå praksis er også relevante kjelder til kunnskap i følgje Dalland og kan gje viktige bidrag i oppgåva (Dalland, 2013).

## 2.1 Søkje- og utvalsprosessen

### 2.1.1 Artikkelsøk

I søkjesprosessen gjorde eg systematiske søk i databasar for å finne relevant forskning i forhold til problemstillinga mi. Eg nytta Academic Search Premier der eg avgrensa søkja til Medline og Chinal. Eg brukte SweMed+ for å finne Mesh-termar som eg kunne søkje vidare med. Søka mine avgrensa eg til 6 år.

Søkjeord i Academic Search Premier avgrensa til Medline og Chinal: «Dementia», «Pain», «Health care», «Pain scale» «MOBID-2» og «Smertelindring».

Når eg søkte opp ordet «smertelindring» fekk eg 35 treff. Eg las gjennom overskriftene og fann «Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer». Når eg søkte opp resten av orda som enkeltord fekk eg mange treff og søkte derfor ved å kombinere dei. Eg brukte søkjeorda «Dementia, Pain, Health care, Pain scale og MOBID-2» og fekk 4 treff. Eg las gjennom alle og ekskluderte deretter 3 av dei då dei ikkje var relevante. Eg valgte artikkelen «Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting». Artikkelen vart valgt fordi dei var relevante for oppgåva i tillegg til at dei var relativt nye. Begge artikkelen er kvalitative forskningsartiklar. Desse er ikkje målbare i tal, men tek sikte på å fange opp oppleving og mening (Dalland, 2013).

### 2.1.2 Litteratursøk

Når eg starta søket etter bøker søkte eg i Bibsys Ask med søkjeorda: «Demens», «Smerte» «Smertelindring», «Smertebehandling» og «Etikk». Eg fann 20 bøker om demens der eg valgte tre av bøkene som var mest relevante i forhold til mi oppgåve: «Hva er demens?» (Brækhus, Dahl, Engedal & Laake, 2009). «Pårørende til personer med demens- om å forstå, involvere og støtte» (Jakobsen & Homelien, 2011). «Personer med demens; Møte og samhandling» av (Rokstad & Smebye, 2008). Når eg søkte opp smerte og smertelindring var det lite tilgjengeleg og som var relevant for oppgåva mi på biblioteket. I metoddelen hadde eg god nytte av bøkene «Metode og oppgaveskriving» (Dalland, 2013) og «Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie» (Bjørk & Solhaug, 2008). Begge bøkene var relevante i oppgåva mi då metoden eg har valt å bruke er litteraturstudie. Bøkene gav korrekt informasjon om korleis



eg skulle formulere metodedelen og korleis strukturen på oppgåva var. Eg har også brukt relevant litteratur frå pensum og anna relevant litteratur.

Eg har også brukt to fagartiklar om demens som eg har funne på sykepleien.no, då desse i stor grad var relevante og til hjelp for å besvare problemstillinga mi. Den første heiter «Får bedre smertebehandling» (Joanna Galek & Marianne Gjertsen, 2011) og den andre heiter «Måler smerte hos personer med demens» (Reidun Karin Sandvik & Betina S. Husebø, 2011). Andre nettsider eg har brukt er Lovdata der eg har brukt helsepersonelloven. Helsedirektoratet om demens og bt.no der eg fann ein interessant og relevant artikkel.

## 2.2 Kjeldekritikk

Forskningsartiklane mine er kvalitative enkeltstudier. I artikkelen til Lillekroken & Slettebø var hensikta å utforske kva erfaringar sjukepleiarar hadde når det kom til smertekartlegging og smertelindring hjå pasientar med demenssjukdom. Artikkelen er svært relevant for mi oppgåve, der det kom fram at sjukepleiarane tykte temaet var utfordrande. Likevel viser det seg at det er gjort få kvalitative studiar der det vert beskrevet kva utfordringar sjukepleiarar har med tanke på smertekartlegging og smertelindring til denne pasientgruppa (Lillekroken & Slettebø, 2013), noko som kan bli ei svakheit i oppgåva.

I søkjesprosessen fann eg ingen oversiktsartiklar som var relevante for å besvare problemstillinga. Fordelen med oversiktsartiklar at dei viser ei samla oversikt over enkeltstudiar som er gjort tidlegare om eit emne (Dalland, 2013). For å styrke oppgåva mi skulle eg gjerne hatt med ein oversiktsartikkel også, men fant som sagt ingen relevante treff. Når det kjem til bøker har eg prøvd å bruke primærkjelder så langt det let seg gjere. Når eg ikkje har fått tilgang til primærkjeldene har eg nytta sekundærkjelder. Dette kan verte ei svakheit i oppgåva då ein må vere kritiske til bruk av sekundærkjelder fordi det er andre forfattarar si tolking av den opphavslege kjelda (Dalland, 2013). Ein styrke i oppgåva kan vere at all litteratur og forskning er frå 2008-2014.

## 3.0 Teoridel

### 3.1 Demens

Ordet demens tyder "utan fornuft". Dette er lada med negative verdiar noko som kan ta frå menneskets betydning og integritet (Hummelvoll, 2012). Demens er ein fellesbetegnelse på fleire forskjellige sjukdomstilstandar der det skjer ei rekkje endringar i hjernen. Det som i hovudsak skjer er at forbindelsen mellom hjernecellene vert øydelagde og døyr. Hjernens funksjon vert gradvis over tid svekka og pasienten får etterkvart kognitiv svikt som vil føre til symptom som hukommelsessvikt, dårlegare handlingsevne, tap av språkfunksjon, endringar av personlegheit og åtferd. Personar som får diagnosen demens er som oftast eldre og tilstanden vil etterkvart føre til at dei ikkje lenger klarar å ta hånd om seg sjølv og vert avhengig av at andre hjelper dei. Det varierar frå person til person kor fort tilstanden forverrast, med nokon kan det gå 2-3 år, medan andre kan det gå så langt som inntil 20 år (Brækhus, Dahl, Engedal og Laake, 2009).

Demens delast inn i gradene *mild, moderat og alvorleg* demens. I denne oppgåva vektlegg eg pasientar med alvorleg demens. Når pasienten har *alvorleg grad* av demens kan personen kun hugse nokre få delar frå tidlegare i livet. Personen er ikkje lenger orientert for tid eller stad, han/ho vil ha eit svært begrensa ordforråd og vil ikkje lenger forstå kva andre seier. Ein ting som er usikkert er om pasienten framleis kan tolke sanseuttrykk på dette stadiet (Berentsen, 2013).

### 3.2 Smerte

Smerte er ei subjektiv oppleving og McCaffery (1986) definerer smerte slik: "Smerte er det som personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte" (Bjørø & Torvik, 2013, s. 333). Definisjonen til McCaffery tilseier at det kun er pasienten som kan definere og beskrive eigne smerteopplevingar. Denne definisjonen er viktig som eit grunnlag for vurderingar og tiltak sjukepleiaren gjer og set i verk i møte med eldre med smerter (Bjørø & Torvik, 2013).

#### 3.2.1 Smerter hjå eldre

Hjå eldre er smerte eit svært vanleg helseproblem som ein del av aldringsprosessen og ei undersøkjing viser at om lag 31% av nordmenn over 60 år lider av smerter som er langvarige.

Langvarig smerte varer så lenge det tek før skaden er tilhela. For at ein skal kunne kalle det langvarige smerter må den ha vart lengre enn 3 månader. Eit eksempel på langvarig smerte er fibromyalgi som er ein kronisk og svært smertefull tilstand. Det er som oftast skade eller sjukdom som utløyser smertetilstanden. Hjå eldre er det ofte slitasjegikt i muskel-og skjelettsystemet som er årsakene til langvarig smerte i tillegg til kreft, nevrologiske sjukdommar, ulykker og seinkomplikasjonar av tidlegare operasjonar. Om lag 50% av eldre har hatt smerter i over 10 år (Bjørø & Torvik, 2013).

### 3.2.2 Smerter hjå eldre med demens

Det viser seg at eldre rapporterar mindre smerte enn yngre generelt (Lillekroken & Slettebø, 2013). Eldre med alvorleg demens har dårleg evne til å uttrykkje dei behova dei har, noko som gjer at dei ikkje klarar å rapportere smerter heller (Bjørø & Torvik, 2013). Personar med demens kan også ha endra smerteoppleving då demens moglegens påverker evna til å tolke sanseintrykk. I ein studie av Husebø viser det seg at pasientar med alvorleg demens har meir smerter enn personar som er kognitivt klare (Galek & Gjertsen, 2011). Mange med alvorleg demens har nociseptive smerter. Desse er oftast akutte og pasienten kjenner dei ved akutt skade, som t.d. når ein kreftsvulst veks og når revmatiske sjukdommar er aktive. Denne type smerte kan inndelast i somatiske og viscerale smerter. Dei viscerale nociseptive smertene er ofte meir diffuse og vanskeligare å lokalisere enn dei somatiske nociseptive smertene. Nociseptive smerter vert vanlegvis lindra av ikkje-opioide og opioide analgetika (Berentzen, Danielsen & Almås, 2011).

## 3.3 Kartleggingsverktøy ved smerter

### 3.3.1 MOBID-2

MOBID-2 smerteskala er eit todelt verktøy, vidareutvikla og testa av norske forskarar ved universitetet i Bergen. Dette er eit verktøy sjukepleiarar kan ta i bruk under stell for å observere smertereaksjonar hjå pasientar med moderat til alvorleg demens. Smerteskalaen er tilpassa pasientar i sjukeheimsinstitusjon (Husebø, Strand, Moe-Nilssen, Husebø & Ljunggren, 2010).

Smerteskalaen består av to delar der sjukepleiar i del 1 skal observere og setje kryss med hensyn til smerteåtfærd relatert til t.d. smertelydar, ansiktsuttrykk og avvergingsreaksjonar ved mobilisering. Her er det musklar, ledd og skjelett som er i fokus. Etter å ha gjort dette skal ein tolke

smerteintensiteten basert på observasjonar av smerteåtfærd og setje kryss på ein skala frå 0-10 der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelege smerte (Husebø et al., 2010).

I del 2 er det indre organ, hovud og hud som kan vere relatert til sjukdom, sår, infeksjon eller ulukke som skal vurderast. Sjukepleiar skal krysse av der han trur smerten er lokalisert ved hjelp av ei kroppsskisse. Vidare skal smerteintensiteten tolkast på ein skala frå 0-10 (Husebø et al., 2010).

### 3.3.2 Doloplus-2

Doloplus-2 er eit fransk smertekartleggjingsverktøy som i utgangspunktet vart brukt til barn. Verktøyet vart etterkvart vidareutvikla for å kartleggje kroniske smerter hjå eldre med kognitiv svikt. Det er eit skjema som består av 10 punkt, desse er delt inn i tre grupper som er somatiske plager, psykososiale endringar og psykomotoriske endringar. *Somatiske plager* vert observert ved ansiktsuttrykk, beskytting av kroppen, såre område samt forstyrra psykososiale reaksjonar og søvnforstyrningar. Åtfærdproblem samt endringar i kommunikasjon og sosialt liv vart observert ved *psykososiale reaksjonar*. *Psykomotoriske endringar* vart observert via funksjonsnedsettjing i stell og forflytning. Pasienten skårast deretter frå 0-30, der skår over 5 indikerar smerter som bør vidareutredast (Bjørø & Torvik, 2013).

### 3.3.3 CNPI

CNPI (Checklist of Nonverbal Pain Indicators) er eit kartleggjingsskjema utarbeida på bakgrunn av studiar av åtfærd hjå demente som kan indikere smerte. Skjemaet består av 6 åtfærdsbaserte smerteindikatorar. Dei omfattar verbale klager og non-verbale uttrykk, grimasar, klamring, uro, massering av det affiserte området og høglytte klagar eller verbale uttrykk. Her vert pasienten observert i ro og i bevegelse, og skåra på kvart av dei seks punkta med 1 for observert og 0 for ikkje observert smerte (Bjørø & Torvik, 2013).

### 3.4 Kari Martinsen

Det finnes ifølgje Kari Martinsen tre dimensjonar ved omsorgsbegrepet, som er "eit relasjonelt, eit praktisk og eit moralsk begrep". Det *relasjonelle* begrepet omhandlar yrkesmessig omsorg som består av relasjon mellom mennesker, der vi har eit ansvar for den svake. Det relasjonelle begrepet handlar om å hjelpe pasienten, vise interesse og engasjement. Ifølgje Martinsen må sjukepleiaren vere villig til å byte posisjon med pasienten. Det ho meiner med det er at sjukepleiaren må setje seg inn i pasientens situasjon. Det *praktiske* begrepet handlar om at omsorga vert utført i situasjonar dagleg. Martinsen beskriv vidare at vi som medmenneske kan forstå pasienten då det er mange likheitstrekk i vår daglegverd. Eigne erfaringar med å ha smerter, ha ei vond liggstilling osv. gjer at ein klarer å sjå samt å forstå den andre utfrå hans situasjon. Omsorg og *moral*, som er det tredje omsorgsbegrepet, er nær forbundet. Sjukepleiaren må ifølgje Martinsen lere seg å handle moralsk. Hjø Martinsen er moral og etikk eitt og levast i menneskelege relasjonar (Kristoffersen, 2011).

#### 3.4.1 Martinsens omsorgsfilosofi

Martinsens omtale på korleis omsorg skal vere er at ein beveger seg vekk ifrå seg sjølv ved at når ein er oppteken av pasientens ve og vel gløymer vi oss sjølve, men utan at vi tenkjer over det (Austgard, 2010). Martinsen er oppteken av relasjonar mellom mennesker der fellesskap er det sentrale. Ho meiner at vi som mennesker er avhengige av kvarandre og stiller seg kritisk til eigenomsorgen. Det ho er kritisk til i forhold til eigenomsorgen er at det byggjer på at vi gløymer dei vi ikkje kan forvente blir friske igjen. Ho meiner at samfunnet på denne måten vil verte bygd opp på prinsippet hjelp til sjølvhjelp. Mykje av den tidlegare tenkinga i forhold til sjukepleie som fag og yrke er noko Martinsen tek avstand frå. Martinsen beskriv noko ho kallar sentimental omsorg, som inneber at omsorga vert produktiv, effektiv, hurtig og overfladisk. Denne omsorga viser verken omtanke eller interesse for den andre og er derfor krenkjande. Som sjukepleiarar har vi eit ansvar overfor pasientane, og spesielt overfor dei pasientane som ikkje kan verte friske igjen og gjenvinne sin uavhengigheit, som personar med demens. Desse pasientane har behov for omsorg som ikkje er krenkjande (Kristoffersen, 2011).

### 3.5 Nærleiksetikk

Nærleiksetikken er ei tilnærning til moralske fenomen og moralsk praksis, der eg-du forholdet er i sentrum. Det handlar om samhandlinga mellom to personar og det å behandle pasienten som eit menneske (*eg-du*) og ikkje som ein ting (*eg-det*). Nærleiksetikk er etisk teori som handlar om sjukepleiarens haldningar, veremåte samt relasjonar. Denne etiske tenkinga er basert på følelsar og

intuisjonar. For å vere i stand til å forstå og sjå kva verdiar som står på spel må ein vere var for den andres situasjon. Nærleiksetikk inneber at ein som sjukepleiar er i stand til å finne ut av korleis ein skal handle i forskjellige situasjonar, då det ikkje er nokon etisk teori som fortel korleis ein skal handle (Brinchmann, 2007).

Emmanuel Levinas, som var ein fransk filosof og Løgstrup, dansk filosof og teolog er sentrale i nærleiksetikken. Dei meiner at utgangspunktet i etikken er ein mellommenneskeleg relasjon. Ideen om at den etiske tankegangen må starte i praksis og ikkje etter normer og reglar er eit av dei viktigaste momenta innanfor nærleiksetikken. Ein skal altså sjå på pasientens følelsar og kva han appellerar. Nærleiksetikken gjer oss ikkje nokre faste svar på korleis ein skal opptre i forskjellige situasjonar, men prøver heller å svare på kva som er det etiske (Brinchmann, 2007).

### **3.6 Kommunikasjon, relasjon og samhandling**

#### **3.6.1 Verbal og non-verbal kommunikasjon**

I demensomsorga er det vanleg med kommunikasjonsproblem, noko som kan vere vanskeleg for både pasienten og sjukepleiaren. Vi kan bruke både ord (verbal) og kroppsspråk (non-verbal) for å uttrykke oss. Det betyr mykje korleis vi ordlegg oss og bekreftar det vi seier verbalt med kroppshaldning og mimikk. Vi kan seie ein ting med ord og vise noko anna gjennom kroppsspråk. Personar med demens har ofte problem med å forstå verbal kommunikasjon men dei forstår ofte den non-verbale kommunikasjonen som formidlast gjennom kroppsspråket, mimikken og stemmebruken. Vi må lere å kommunisere tydeleg som sjukepleiarar, slik at vi med kroppsspråket forsterkar det vi formidlar med ord (Berentsen, 2013).

Hjå pasientar med lite ordforråd må vi snakke langsamt til og observere om pasienten forstår, som t.d. om pasienten gjer blikkontakt når vi seier namnet. Hjå pasientar med alvorleg demens er det viktig å vere i stand til å oppfatte kva dei formidlar med kroppsspråk, ansiktsuttrykk og mimikk (Berentsen, 2013).

### 3.6.2 Relasjonskompetanse

Relasjonskompetansen handlar om forståelse og samhandling med dei menneskene vi møter i jobbsamheng og at dette gjerast på ein god og hensiktsmessig måte. Det vil seie at ein må kunne kommunisere på ein måte som gjer meining, ivaretek det som er hensikta med samhandlinga og på ein måte som ikkje krenkjer den andre parten. Kompetanseevnene er utfordrande og stiller store krav. Dei går ut på at fagpersonen må klare å etablere ein relasjon til brukaren, halde vedlike relasjonen og på ein god måte klare å avslutte den profesjonelle relasjonen med brukaren. Relasjonskompetansen krev også at fagpersonen har forståing av situasjonen, sjølvinnsett samt ei empatisk haldning (Røkenes & Hanssen, 2012).

### 3.6.3 Fire- perspektivmodellen

I fire-perspektivmodellen til Røkenes og Hanssen har vi fire grunnleggjande perspektiv i møte med andre menneske som situasjonen kan opplevast frå. Det første er eigenperspektive (min verden), nummer to er andreperspektive (din verden), deretter har vi det intersubjektive opplevelsesfellesskapet (vår verden) og til slutt samhandlingsperspektivet (vårt perspektiv på samhandlinga mellom oss) (Røkenes & Hanssen, 2012).

## 3.7 Empati

Empati inneber at ein har evna til å leve seg inn i ein annan persons situasjon. Det handlar om å forstå den andre sine tankar og handlingar ut i frå hans/hennas bakgrunn og den aktuelle situasjonen som om ein var den andre, men likevel ikkje er det (Hummelvoll, 2012). Det krevjast empati for å forstå den andres situasjon og for å kunne hjelpe pasienten (Brinchmann, 2007).

## 3.8 Aktuelle artiklar

### 3.8.1 «Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer» av Lillekroken & Slettebø:

I denne artikkelen var det gjort ein studie av kvalitativt design. Hensikta var å utforske kva erfaringar sjukepleiarar hadde når det kom til smertekartlegging og smertelindring hjå pasientar med demenssjukdom. Det vart føreteke tre ulike fokusgruppeintervju av sjukepleiarar som jobba ved

geriatrike avdelingar ved to forskjellige sjukehus og ein skjerma avdeling ved ein sjukeheim i Noreg. Ingen av sjukepleiarane hadde vidareutdanning i geriatri eller demensomsorg. Arbeidserfaringane varierte alt i frå 3-24 år. Studien fekk avdekka kva utfordringar og dilemma sjukepleiarane møtte hjå pasientar med demens når dei skulle karlegge og lindre smerter (Lillekroken & Slettebø, 2013).

I funn av studien viste det seg at eit hovudtrekk i alle intervjuar og noko som var felles for alle informantane var at dei tykte det var både fagleg spanande, men samstundes utfordrande å arbeide som sjukepleiar med pasientar med demens med tanke på smertekartlegging og smertelindring. Det kom fram at det var tre kategoriar som måtte takast hensyn til i forhold til kartlegging og smertelindring til pasientgruppa. Dette var *pasientens høge alder* samt at eldre pasientar ofte har fleire sjukdommar samstundes i tillegg til at mange har høgt forbruk av medikament der interaksjonar kan vere eit problem, *rutinar for smertekartlegging og smertelindring og etiske betraktningar ved behandling av pasientens smerte*. Informantane meinte at årsaken til at mange av pasientane fortsatt lider unødig var fordi dei tykte det var utfordrande og vanskeleg å vite kortid pasientane hadde smerter grunna redusert evne til å formidle smerte verbalt. Behovet for smertelindring kan då gjerne formidlast gjennom nonverbal kommunikasjon, som åtferd og kroppsspråk (Lillekroken & Slettebø, 2013).

### **3.8.2 «Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the MOBID-2 Pain Scale in clinical setting» av Husebø, Strand, Moe-Nilssen, Husebø & Ljunggren**

Hensikta med artikkelen var å presentere vidareutviklinga av smertekartleggingsvertøyet MOBID-2 smerteskala som er ein vidareutvikling av MOBID smerteskala. Målet med studien var å utforske psykometriske eigenskapar av MOBID-2 smerteskala, finne ut kor godt den fungerer og kor truverdig den er. I denne studien vart smerteskalaen testa ut på pasientar med alvorleg demens. Resultata i studien viste bl.a. at nociseptiv smerte vart observert hjå 75% av pasientane. Ansiktsuttrykk var mest uttrykt og deretter smerte lydar. Det mest smertefulle var å bevege og flytte beina. På grunnlag av oppførsel angåande smerte, bevegelsar og kroppsskisser var konklusjonen i studien at MOBID-2 smerteskala er tilstrekkeleg påliteleg, gyldig, samt tidseffektiv for sjukepleiarar for å kunne vurdere smerter hjå denne pasientgruppa. Likevel kom det fram at bedømming av smerteoppleving hjå personar med alvorleg demens alltid vil vere utfordrande. Det kom også fram at smertevurderinga er noko som bør observerast over tid av helsepersonell som er kjent med pasientens vanlege oppførsel (Husebø et al., 2010).



## 4.0 Drøfting

For å kunne besvare problemstillinga mi må eg mellom anna vite noko om korleis sjukepleiarar kan kartleggje smerter hjå pasientar med alvorleg demens, der kommunikasjonen har svikta. Eg vil no drøfte aktuell litteratur, funn frå forskningsartiklar og eigne erfaringar opp mot problemstillinga.

### 4.1 Case

Som sjukepleiarstudent har eg møtt mange pasientar med demenssjukdom. Eg vil beskrive ein pasientsituasjon eg sjølv kom opp i i møte med ein pasient med alvorleg demens ved ein sjukeheim, som gjorde stort inntrykk på meg:

*Eg var med for å stelle pasienten for første gong og merka at ho var veldig ansent og klamra seg fast til sengehesten. Når vi skulle stelle pasienten og snu på ho reagerte ho med å slå og rope. Denne åtferda viste seg også ved forflytning. Eg spurde kva som var årsaka til dette og fekk til svar at «ho berre var svært dement og ikkje var i stand til å kommunisere». Sjukepleiaren forklarte at denne åtferda var "normal" for denne pasienten og ettersom eg ikkje hadde nokon erfaring innan helsearbeid den gongen godtok eg dette svaret. I seinare tid har eg tenkt mykje over denne situasjonen.*

### 4.2 Sjukepleiarens evne til å sjå og møte pasientens behov

I caset ser ikkje sjukepleiaren årsakene som kan liggje bak pasientens åtferd, som mest sannsynleg var relatert til smerter i forbindelse med annan somatisk sjukdom. Det einaste sjukepleiaren såg var den svært demente pasienten. I Bergens Tidene kom det dessutan fram i artikkelen «Demente opplever et smertehelvete uten ord» at av alle sjukeheimspasientar opplever 60% smerter dagleg. Pleiarane hadde ikkje forståelse og innsikt i pasientens situasjon. Dei forklarte roping og aggressiv åtferd med at dei er demente og roper heile tida uansett. Ein av pleiarane sa til og med at den demente lata som han hadde vondt, noko eg tykkjer er oppsiktsvekkande. Dette tyder på manglande kunnskap og kompetanse. I artikkelen beskriv Husebø vidare at personalet ofte ikkje kan klandrast for feilvurderingar då det er naudsynt med god opplæring, innsikt og kunnskap når ein arbeid med eldre med demens. Det viser seg at det er mange som ikkje får denne oppfølginga i arbeidet. Vidare skriv ho at mange pasientar får beroligande medisinar som følgje av at smertereaksjonane mistolkast og vert forveksla med demensåtferd. Ubehandla smerter vil auke åtferdsproblem og forringe livskvaliteten (Husebø, 2013).

Relasjonskompetansen handlar om forståelse og samhandling med dei menneskene vi møter i jobbsamanheng og at dette gjerast på ein god og hensiktsmessig måte. Sjukepleiarar må derfor kunne kommunisere på ein måte som gjer meining, ivaretek det som er hensikta med samhandlinga og på ein måte som ikkje krenkjer den andre parten (Røkenes & Hanssen, 2012). I døme mitt ser vi at sjukepleiaren manglar denne kompetansen i møte med pasienten som hadde alvorleg demens og ikkje kunne uttrykkje verbalt kvifor ho reagerte som ho gjorde. Sjukepleiaren reagerte heller ikkje på at åtferden til pasienten alltid endra seg i desse settingane, noko ingen av dei andre pleiarane gjorde heller. Mangel på opplæring, kunnskap og innsikt er eit problem som ofte er grunnen til at smertereaksjonar hjå pasientgruppa vert forveksla med demensåtferd. Det er derfor svært viktig at vi som sjukepleiarar tek ansvar og held oss fagleg oppdaterte, informerer og vidareformidlar kunnskap (Husebø, 2013).

I nærleiksetikken er du-eg forhalde sentralt som handlar om å sjå pasienten som eit menneske og ikkje som eit objekt (eg-det) (Brinchmann, 2007). I caset vart eg sjølv vitne til det Martinsen kallar sentimental omsorg eller pleielidelse i følgje Eriksson, der sjukepleiaren ikkje såg pasientens behov og prøvde å arbeide mest mogeleg effektivt. Dette gjorde at pasienten vart tingleggjort istadenfor å verte behandla som eit menneske, noko eg har reagert på seinare. Dette er ikkje nødvendigvis fordi sjukepleiarane vil pasienten vondt eller at ho gjer det bevisst, men har ofte samanheng med stress der ein skal få gjort mest mogeleg på kortast mogeleg tid. Denne typen omsorg omtaler Martinsen som krenkjande då den verken viser omtanke eller interesse for pasienten. Dette gjeld særleg pasientar med alvorleg demens, då dei er forsvarslause og ikkje sjølv kan gje uttrykk for kva det gjeld, at dei har smerter og kvar dei har smerter. Desse pasientane kan ikkje verte friske og gjenvinne sin sjølvstendigheit. Sjukepleiaren har derfor eit ekstra ansvar ovanfor desse pasientane og må ha kompetanse til å lese pasientens åtferd. Alle teikn til ubehag og smerter bør takast på alvor (Kristoffersen, 2011). Dette viser kor viktig det er at ein ikkje gløymer kva nærleiksetikken handlar om, altså det å sjå mennesket i situasjonen. I tillegg er det naudsynt å ha medkjensle og empatiske evner som sjukepleiar, som handlar om å vere oppriktig oppteken av pasienten. Empati vil seie at ein er i stand til å leve seg inn i den andre sin situasjon. Det vil ikkje seie at vi tenkjer og føler akkurat som pasienten, men at vi ser det frå eit andreperspektiv. Levinas og Løgstrup meiner utgangspunktet i etikken er ein mellommenneskeleg relasjon. Sjukepleiaren skal sjå pasientens følelsar og kva han appellerar (Brinchmann, 2007). Martinsens omtale på korleis omsorg skal vere er at ein beveger seg vekk ifrå seg sjølv. Det ho meiner med dette er at når ein er oppteken av pasientens ve og vel gløymer vi oss sjølve, men utan at vi tenkjer over det (Austgard, 2010).

Kommunikasjonsproblem er vanleg i demensomsorga. Pasientar med alvorleg demens har ikkje lenger den verbale kommunikasjonsevnen til å formidle det dei ynskjer, som vi ser i caset. Pasienten klarte ikkje å seie at sjukepleiaren måtte vere forsiktig fordi ho kanskje hadde sterke smerter i ryggen t.d. grunna ein voksende kreftsvulft. Einaste måten ho då klarte å formidle dette på var gjennom non-verbale kommunikasjon, noko ho gjorde ved å slå og rope. Åtferda hennar endra seg i stell-og forflytningssituasjonar. Sjukepleiaren oppfatta og tolka ikkje pasientens non-verbale kommunikasjon og har dermed svikta pasienten. Ho er kun fokusert på å utføre stellet så fort og effektivt som mogeleg og har derfor ikkje tid til å stoppe opp og reflektere over kva pasienten prøver å formidle og kvifor ho reagerer slik som ho gjer. Når ein arbeider med pasientar med alvorleg demens er evna til å oppfatte kva pasienten formidlar non-verbalt som kroppsspråk, ansiktsuttrykk og mimikk særskilt viktig (Berentsen, 2013).

Kommunikasjon ved alvorleg demens er og vil alltid vere ei stor utfordring, noko som kjem klart fram i artikkelen til Lillekroken & Slettebø. Årsaken til at mange pasientar lider unødig har ofte samband med at sjukepleiarane synes det er vanskeleg å vite når pasientane har smerter, då dei ikkje kan formidle dette verbalt (Lillekroken & Slettebø, 2013). Dette viser at dei har manglande kompetanse og kunnskap om dette temaet og om non-verbale kommunikasjon. Dette er noko sjukepleiarar klart treng meir kunnskap og opplæring i, for å kunne utøve adekvat sjukepleie overfor pasienten som ikkje kan verte frisk. I Martinsens omsorgsteori kjem det fram i forhold til det relasjonelle begrepet at vi som sjukepleiarar har ansvar for dei svake og særleg overfor dei som ikkje kan verte friske igjen. Vi skal hjelpe pasienten, vise interesse og engasjement. Dette er noko som ofte ikkje vert gjort fordi for lite kunnskap om temaet gjer sjukepleiarane usikre. Vi må då klare å setje oss inn i pasientens situasjon, og på ein måte byte posisjon med pasienten (Kristoffersen, 2011).

## 4.2 Smertekartlegging

Målet med smertekartlegginga er å klare å smertelindre pasienten på ein adekvat måte og betre livskvaliteten så godt som mogeleg. Kartleggingsprosessen byrjar med at ein må hente inn data om pasientens bakgrunn. Alle bakgrunnsopplysningar frå både kollegaer og pårørande vil vere sentrale i kartlegginga. Pårørande er svært viktige ressursar der viktig informasjon kan gå tapt dersom helsepersonell ikkje er flinke til å inkludere dei. Det er viktig å hugse på at pårørande kjenner pasienten best og kan ha nyttige opplysningar om pasientens bakgrunn som vil vere viktige for

sjukepleiarane å vite noko om. Dette kan vere tidlegare sjukdommar, tilstandar eller andre skader, som t.d. at pasienten braut ryggen for mange år tilbake i tid som kan ha samanheng med smertene han opplever. Pasientens erfaringar med smerter tidlegare og bruk av smertestillande samt effekten han har hatt av desse er også viktig informasjon. Sjukepleiaren må ikkje berre vite kva eventuelle sjukdommar og tilstandar pasienten har i tillegg, men må også ha kunnskap om desse då det kan seie noko om kva smerte, lokalisasjon og legemiddel som kan vere egna til akkurat denne pasienten. Når vi går i dialog med dei pårørande og bryr oss kan vi skape tillit og tryggleik hjå dei også (Jakobsen & Homelien, 2011). På den andre sida er det ikkje sjølvstøtt at alle pasientar har pårørande, noko pasienten i caset ikkje hadde. Dette er med på å vanskeleggjere kartleggjinga og sjukepleiaren må då nytte den informasjonen ho har frå pasientens journal, kollegaer og dokumentasjon.

Vanlegvis spør vi pasientar med smerter kvar smerten er lokalisert, kortid det starta og korleis det føles når vi skal få kartlagt smertene. Dette er spørsmål pasientar med alvorleg demens ikkje kan svare på grunna tap av hukommelse, språk og refleksjonsevne (Husebø, 2013). Sjukepleiar må derfor ha gode kunnskapar om kva ho då kan gjere for å kartlegge pasientens smerter. Dersom ein sjukeheimspasient med demens plutsleg opptreer aggressivt og haltar vil det vere viktig å undersøkje kvifor eller kva som ligg bak pasientens endra åtferd for å finne ut kva som er galt. Når ein skal kartlegge smerter vil det også vere nødvendig å føreta ei fysisk undersøkjing av pasienten. Dette kan eventuelt vere ei legeundersøkjing. Når ein skal føreta ei god smertekartlegging må ein skaffe seg informasjon om kva type smerter det er, lokalisasjon, intensitet og kor lenge smertene varar. Då vil smertekartleggjingsverktøy vere hensiktsmessig å bruke som hjelpemiddel (Bjørø & Torvik, 2013).

Det som vil vere heilt nødvendig ved smertekartlegging hjå denne pasientgruppa er observasjonsbaserte smertevurderingsmetodar. Sjukepleiaren tilbringer mykje tid med pasienten, noko som gjer oss ei god mogelegheit til observasjon i tillegg til å skape nærleik og tryggleik. Her må ein som sjukepleiar kunne observere pasientens åtferd for å sjå om det finnast teikn til smerter, då åtferdsendingar kan vere ein av dei største indikatorane på smerter hjå mennesker som ikkje lenger kan kommunisere verbalt. (Rokstad & Smebye, 2008). Likevel er det lett å feiltolke åtferd, då typisk smerteåtferd også er symptom på demenssjukdommen. Hjå personar med alvorleg demens har ansiktsmimikk og augekontakt avteke, noko som gjer smertekartleggjinga ekstra utfordrande (Galek & Gjertsen, 2011). Alle pasientar er unike og vil ha forskjellige måtar å uttrykkje smerte på då smerte er ei subjektiv oppleving. Dette krev at vi som sjukepleiarar er årvåkne, kompetente og har gode

evner til å vurdere smerter hjå pasientar med alvorleg demens (Rokstad & Smebye, 2008). Pasienten er avhengig av at sjukepleiaren ser åtferdsendingar som kan indikere smerter og bør derfor ha kjente omsorgspersonar som reagerer på endra åtferd då dei er godt kjende med pasientens normale åtferd (Husebø et al., 2010). I tillegg til smertekartleggjinga er det også svært viktig at sjukepleiaren vidareformidlar all observasjon både munnleg og skriftleg (Bjørø & Torvik, 2013).

### 4.3 Smertekartleggingsverktøy

Når pasienten ikkje har språk og sjukepleiaren heller ikkje veit om pasienten forstår det som formidlast kan verktøy som tek sikte på observasjonar av bl.a. mimikk, åtferdsendingar og smertelydar vere hensiktsmessig å bruke for å kartlegge smertene til pasienten. Eg har funne tre observasjonsbaserte smertekartleggjingskjemaer som er egna til pasientar med alvorleg demens.

Fleire åtferdsbaserte kartleggjingsverktøy for smerteåtferd er utvikla og testa. Det viser seg at instrumenta har begrensa klinisk anvendbarheit til personar med alvorleg demens (Sandvik & Husebø, 2011). To av smertekartleggjingskjemaene eg har funne for pasientar utan språk er Doloplus-2 og CNPI. Begge er oversatt, utprøvd og validert i Noreg. Skjemaene måler tilstedeverelse av smerte, men ikkje smerteintensiteten. Doloplus-2 vart i utgangspunktet brukt til barn og er vidareutvikla for måling av kroniske smerter hjå eldre med kognitiv svikt. Her vert somatiske plager, psykososiale reaksjonar og psykomotoriske endringar observerte og skåra i henhold til punkt som er relevante for kvar enkelte pasient. Dersom pasienten skårer over 5 kan det indikere smerter og han bør då vidareutredast. CNPI kartleggjer akutte smerter og har seks punkt som består av smerteutsagn som ord og lyder, ansiktsuttrykk og beskytting av områder som er smertefulle. Observatøren skårer pasienten i ro og bevegelse. Skjemaet har gode instruksjonar, men det føreligg ingen data om korleis resultata skal tolkast og kunne setjast inn i klinisk samanheng (Bjørø & Torvik, 2013). Begge desse kartleggjingsverktøya er åtferdsbaserte. Åtferd seier likevel lite om smertens lokalisasjon, intensitet og karakteristika, det er derfor svært viktig at smerteskår hjå pasientar med alvorleg demens alltid følgjast opp med vidare utredning (Galek & Gjertsen, 2011).

MOBID-2 smerteskala er utvikla av norske forskarar, validert og brukt i to store studiar.

Kartleggjingsverktøyet vart utvikla for å fange opp svakheiter i Doloplus-2 og CNPI.

Kartleggjingsverktøyet er tilrettelagt for pleiepersonal på sjukeheimar og kan brukast under

stellsituasjonar (Sandvik & Husebø, 2011). Dette instrumentet består av to delar, der observatøren i del 1 observerar smerteåtferda relatert til bl.a. smertelydar, ansiktsuttrykk og avvergingsreaksjonar ved mobilisering. Her er det smerter relatert til musklar, ledd og skjelett som vert vurdert. Deretter skal smerteintensiteten basert på observasjonar av smerteåtferd tolkast og det vert sett kryss på ein skala frå 0-10. Vurdering av smerter frå indre organ, hovud og hud grunna sjukdom, sår, infeksjon eller ulukke observerast i del 2. Sjukepleiar skal krysse av der han trur smerten er lokalisert ved hjelp av ei kroppsskisse. Vidare skal smerteintensiteten tolkast på ein skala frå 0-10. På bakgrunn av pasientanes smerteåtferd, standardiserte bevegelser samt smertetegningar har smerteskalaen MOBID-2 vist seg å vere tilstrekkeleg påliteleg og valid. MOBID-2 viser seg å vere eit godt alternativ for sjukepleiarar då det også er tidsbesparande for å observere smerter hjå pasientar med alvorleg demens. Det er likevel svært utfordrande å observere smerter hjå denne pasientgruppa då det ikkje finnes nokon form for abstrakt tenking og evne til sjølvrapportering (Husebø et al., 2010). Det kjem fram i fleire artiklar at systematisk bruk av kartleggjingsverktøy er med på å fremme god behandling, pleie og omsorg (Galek & Gjertsen, 2011).

### 4.3 Smertelindring

Smertelindring til eldre med alvorleg demens byr på mange utfordringar og smertelindringa ligg mykje i sjukepleiarens hender då det er hennar oppgåve å identifisere smertetilstander, setje i verk aktuelle tiltak og vurdere effekten av dei. Sjukepleiaren må derfor ha gode kunnskapar om demens, smerte, smertekartleggjing, behandling og smertestillande medikament. I tillegg til dette er det også viktig at sjukepleiaren har kunnskap om pasientens grunnlidelse, då dette kan seie noko om kva type smerte det er snakk om, lokalisasjon og kva medikament som bør brukast (Galek & Gjertsen, 2011). Ved milde til moderate smerter vil det vere vanleg å begynne med paracetamol eller NSAIDS-preparat. Når pasienten har moderate til sterke smerter kan ein benytte seg av opioider også. Smertepumpe og smertepaster går under opioide analgetika og kan vere gunstig å bruke om pasienten har langvarige sterke smerter. I studien til Husebø et al. vart nociseptive smerter observert hjå heile 75% av pasientane og vert vanlegvis lindra av ikkje-opioide og opioide analgetika (Husebø et al., 2010).

Sjukepleiarens oppgåve er å rapportere observasjonar til lege tilstrekkeleg for å finne legemiddel som gjer adekvat smertelindring ut frå intensiteten av smertene samt minst mogeleg biverknader. Dette byr på utfordringar då eldre ofte har eit komplisert sjukdomsbilete med smerteproblematikk der

multimedisinering kan forverre tilstanden til pasienten. Høgt medikamentforbruk auker faren for biverknader og legemiddelinteraksjonar som ofte fører til større effekt enn ynskja (Lillekroken & Slettebø, 2013). Samtidig vert ofte fleire legemidlar med forskjellige verkemekanismar valgt for å oppnå best mogeleg smertelindring. Kombinasjon av to eller fleire smertelindrande medikament kan gje betre smertelindring og lågare risiko for biverknader i motsetning til høge dosar av kun eitt medikament. Pasienten bør få medikamenta peroralt om dette er mogeleg, då injeksjonar av analgetika til eldre bør unngås. Dette fordi eldre har redusert muskelmasse som fører til at opptaket av legemidlar er redusert og kan medføre forsinka og/eller forlenga effekt av injeksjonen. Det er då fare for å overdosere pasienten ved fleire injeksjonar (Bjørø & Torvik, 2013). Det å gje medikament peroralt kan likevel ofte vere ei utfordring hjå pasientar med alvorleg demens. Dette har eg sjølv sett i praksis. Mange pasientar har problem med å svelje dei eller spytter dei ut. Her tenkjer eg at administrasjonsforma bør tilpasast den enkelte. For pasientar som har problem med å svelje tablettar kan kanskje smertepaster vere gjennomførbart og mest behageleg for pasienten. Ein barriere for effektiv smertelindring til eldre pasientar med alvorleg demens viser seg forøvrig å vere manglande kunnskap og ferdigheiter hjå sjukepleiarar (Bjørø & Torvik, 2013).

Smertelindring vert sett på som omsorgsfull hjelp og alle pasientar har krav på denne hjelpa (Lillekroken & Slettebø, 2013). Helsepersonell har ansvar for å utføre arbeidet sitt i samsvar med dei krava til fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp som kan forventast ut frå kvalifikasjonar, arbeids karakter og situasjon. Dette kjem fram i Helsepersonellova § 4 (Helsepersonelloven, 1999). Sjukepleiaranes ansvar blir derfor å vurdere smerter, administrere tilstrekkeleg mengde smertestillande og observere tidlege teikn på biverknader. For å unngå uønska biverknader bør pasienten få ein så låg dose som mogeleg der ein kan forvente ønska verknad i byrjinga av smertebehandlinga. Etter dette vert dosen finjustert samstundes som sjukepleiar observerar både verknad og eventuelle biverknadar av medikamentet. Dette gjerast til ein har oppnådd ynskja verknad. Likevel kjem det fram i artikkelen til Lillekroken & Slettebø at funn i studien viser at sjukepleiarane ynskja å smertelindre pasientane uansett kva bakenforliggende årsak til smerte eller pasientens tilstand var. Det er viktig at sjukepleiarar er klar over at smertelindring bør individusliderast til kvar enkelte pasient med hensyn til kva som ligg bak smertene (Lillekroken & Slettebø, 2013). Medikamentell behandling vil inngå som ein stor del av smertelindringa. Det er samstundes viktig å ikkje gløyme å ivareta pasientens grunnleggjande behov. Det kan vere fort å gløyme enkle sjukepleie tiltak som t.d. at pasienten ligger godt. Ei god liggjestilling er viktig og kan

vere med på å dempe smerter og ubehag. Det å vere nær, ivareta du-eg forholdet og ha tid til å skape ro kan vere godt for pasienten.

## 5.0 Konklusjon

I denne oppgåva viser eg forskjellige forutsetningar for å utøve adekvat sjukepleie til smertepåverka pasientar med alvorleg demens. Desse pasientane kan ikkje lenger formidle smerte verbalt og ein av dei største indikatorane for smerte er åtferdsendringar. Gjennom drøfting av forskning, litteratur og egne erfaringar har eg komme fram til at smertekartlegging og smertelindring vil vere ein stor del i utøvinga av sjukepleien. God kartlegging og smertelindring av smertene avhenger bl.a. av at sjukepleiaren har kartleggingsverktøy, gode observasjonsevner og god kunnskap om demens, smerte, smertekartlegging, non-verbal kommunikasjon, behandling og smertestillande medikament. I tillegg har eg fått fram viktigheita av sjukepleiaren evne til å sjå og møte pasientens behov som også er vel så sentralt i sjukepleieutøvinga.

Det er mykje sjukepleiaren kan gjere for pasienten som har smerter sjølv om pasienten ikkje klarar å formidle dette verbalt. I funn frå både forskning, litteratur og egne erfaringar viser det seg at sjukepleiarar tykkjer smertebehandling og smertelindring er utfordrande til pasientar med alvorleg demens. Liten kunnskap og kompetanse om temaet blant sjukepleiarar viser seg å vere til hinder for utøving av adekvat sjukepleie. Ein av grunnane til at eldre lider unødige kan ha samanheng med kommunikasjonsproblem. Bete opplæring, kunnskap, kompetanse og innsikt trengs i praksis, då dette er noko det er mangel på per i dag.



## Kjeldeliste

Austgard, K. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis- Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*

(2.utg.). Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Berentsen, V. D. (2013). Kognitiv svikt og demens. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.),

*Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (s. 355). Oslo: Gyldendal Norsk

Forlag AS.

Berentzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. H. Almås, D-G. Stubberud &

R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg.)(s. 355-393). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). Å finne kunnskap om et tema. I. T. Bjørk & M. Solhaug,

*Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie* (s. 55-82). Oslo: Akribe AS.

Bjørø, K. & Torvik, K. (2013). Smerte. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A H. Ranhoff (Red.),

*Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (s. 333-349). Oslo: Gyldendal Norsk

Forlag AS.

Brinchman, B. S. (Red.). (2007). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brækhus, A., Dahl, T. E., Engedal, K. & Laake, K. (2009). *Hva er demens?*. Tønsberg: Aldring og helse

Forlaget.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Galek, J. & Gjertsen, M. (2011). Får bedre smertebehandling. *Sykepleien*, 99(13), 62-64.

Helsedirektoratet. (2014). *Demens*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (Helsepersonelloven).

Henta frå [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#KAPITTEL\\_2](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2)

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- Ikke stykkevis og delt- Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.).

Oslo: Gyldendal Akademisk.

Husebø, B. (2013, 08. juli). Demente opplever et smertehelvete uten ord. *Bergens Tidene*. Hentet fra

<http://www.bt.no/>

Husebo, B. S., Strand, L. I., Nilssen, R. M., Husebo, S. B. & Ljunggren, A.E. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 380-391

Jakobsen, R. & Homelien, S. (2011). *Pårørende til personer med demens- om å forstå, involvere og støtte*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). (2013). *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & A-E. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1- Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg.)(s.247-258). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden*, 33 (1), 29-33.

Rokstad, A.M. M. & Smebye, K. L. (Red.). (2008). *Personer med demens; Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS.

Røkenes, O. H. & Hanssen, P-H. (2013). *Bære eller breste- Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

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

