



VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling
(Bacheloroppgave)

Vurdering: Prosjektoppgave

Kandidatnummer eller navn: 45

Leveringsfrist: 21.02.14 kl.14.00

Vurderingstype: Ordinær

(ordinær eller kontinuasjon)

Fagansvarlig: Inger Straume Epland



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND



DEMENS OG SMERTEIDENTIFISERING EN SYKEPLEIEFAGLIG UTFORDRING

Bacheloroppgave i sjukepleie, Høgskolen Stord/Haugesund, avd. Stord, 2014,

Kull 2011

Antall ord: 7335

Sammendrag

Tittel: Demens og smerteidentifisering en sykepleiefaglig utfordring

Bakgrunn for valg av tema: Det er ca. 71000 mennesker med demenssykdommer i Norge. Pasienter med moderat til alvorlig grad av demens er i risikozonen for å ha smerter.

Smertelindringen til pasienter med langtkommen demens avhenger av pleier sin vurdering av smertetilstanden. Då er det viktig pleier vet hvordan smertene skal identifiseres.

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleier identifisere smerter hos demente pasienter med afasi?*

Oppgavens hensikt: Hensikten med oppgaven er øke kunnskapen om hvordan sykepleiere kan identifisere smerter hos pasienter med demens og språkvansker.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie der svaret på problemstillingen finnes gjennom forskning og relevant teori. Det er søkt i databasene Cinahl, SveMed+ og Ovid nursing med søkeordene «dementia», «pain», «nursing care», «nursing home» og «pain management». Det ble funnet fire relevante forskningsartikler som blir presentert i oppgaven og resultatene blir drøftet.

Resultat: Smerter hos demente er vanskelig å tyde siden smertetegn ligner symptomer på demens. Sykepleiers kunnskaper og kjennskap til pasienten har stor betydning for hvor godt smerter hos demente blir identifisert likeens systematisk kartlegging og dokumentasjon.

Nøkkelord: smerte, identifisering, demens

Abstract

Title: Dementia and pain identification a nursing challenge

Background for the choice of theme: 71 000 people in Norway have dementia. Patients with moderate to severe dementia are at risk for developing pain. Pain relief for patients with terminal dementia depends on the nurse's evaluation of the pain condition. This makes identification of pain by the nurse important.

Topic question: How can the nurse identify pain in demented patients with aphasia?

Purpose of the thesis: The purpose of the thesis is to increase the knowledge of how nurses can identify pain in patients with dementia and language difficulties.

Method: The thesis is a literature study where the answers are found through research and relevant theory. A search was made in the databases Cinahl, SveMed+ og Ovid nursing with the search terms «dementia», «pain», «nursing care», «nursing home» and «pain management». Four relevant research articles were found and they are presented and discussed in the thesis.

Results: Pain in demented patients is difficult to decipher because signs of pain equals signs of dementia. The nurse's general knowledge and the knowledge of the patient are important for the identification of pain in demented patients. Systematic mapping and documentation can contribute to the identification and optimal hence the pain relief for the patient.

Key words: pain, identification, dementia

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Valg av tema.....	1
1.2	Hensikt	1
1.3	Problemstilling	2
1.4	Begrensning	2
1.5	Oppsett.....	2
2	TEORI.....	3
2.1	Benner og Wrubels omsorgsteori	3
2.2	Begrepsavklaring	3
2.3	Demens og smerte	4
2.4	Smertekartlegging.....	6
2.5	Yrkesetiske retningslinjer og helsepersonelloven	7
3	METODE.....	9
3.1	Litteraturstudie	9
3.2	Fremgangsmåte	9
3.2.1	Tabell 1	10
3.2.2	Tabell 2	10
3.2.3	Tabell 3	11
3.2.4	Tabell 4	11
3.3	Metodekritikk	12
4	RESULTAT	15
5	DRØFTING.....	19
5.1	Viktighet av kunnskaper og kjennskap til pasient	19
5.2	Å kartlegge smertene	21
5.3	Avslutning.....	25
6	REFERANSELISTE.....	26
7	VEDLEGG OVERSIKTSTABELL	31

1 INNLEDNING

Temaet, hensikten og problemstillingen blir presentert i denne delen. I tillegg kommer det en begrensning og oppsett for den videre oppgaven.

1.1 Valg av tema

Temaet for oppgaven er identifisering av smerter hos pasienter med langtkommen demens. Sykepleier møter store utfordringer ved pleie av denne pasientgruppen (Lillekroken & Slettebø, 2013). I Norge er det om lag 71000 mennesker med demenssykdommer. Med økende antall i befolkningen kan det antas at innen år 2040 vil personer med demens doubles (Helsedirektoratet, 2013). Medberegnet de nærmeste pårørende er 250000 berørt av demenssykdommer i Norge i dag (Stortingsmelding nr.25, Helse og Omsorgsdepartementet, 2005-2006). Av sykehjemsbeboerne har ca. 70 % en demenssykdom (Hauge, 2010 s.218-225). Husebø (2012) sier spesielt pasienter med moderat til alvorlig grad av demens er utsatt for smerter. I følge kronikken til Kongsgaard, Wyller og Breivik (2008) i ”Tidsskrift for Den norske legeforening” har 60-80% av sykehjempasientene smerter. Den norske legeforeningen (2009) sine retningslinjer mener eldre har ofte smerter som er underrapporterte. Smertelindringen hos demente er avhengig av andres vurderinger av deres smerteytringer (Galek & Gjertsen, 2011). I praksisperiode og i helgestilling på sykehjem har jeg møtt flere pasienter med demens i ulike faser. Jeg har møtt demente pasienter som har smerter og kombinasjonen demens og smerter er et tema jeg ønsker mer kunnskap om. Det er viktig å vite hvordan sykepleieren skal identifisere pasientens smerter for å videre kunne gi adekvat behandling.

1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er øke kunnskapen om hvordan sykepleiere kan identifisere smerter hos pasienter med demens og språkvansker. Videre ønsker jeg å dele denne kunnskapen til andre helsearbeidere.

1.3 Problemstilling

Problemstillingen i oppgaven lyder som følger:

Hvordan kan sykepleier identifisere smerter hos demente pasienter med afasi?

1.4 Begrensning

Temaet er vidt og derfor begrenses oppgaven. Det er valgt å bruke begrepet pasient i oppgaven om dem som er mottaker av hjelp. Pasientene skal ha en demens diagnose, oppleve smerter og bo på dementavdeling på sykehjem. De skal være over 67 år. Statistisk sentralbyrå definerer eldre som over 67 år (1999). Pasienten skal grunnet sin demenstilstand ha utviklet afasi. Fokuset er på sykepleier sin rolle i identifisering av smerter. Medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindrende tiltak vil ikke bli drøftet.

1.5 Oppsett

I del to av oppgaven presenteres Benner og Wrubel sin omsorgsteori. Deretter blir relevant teori i forhold til problemstillingen belyst. I tredje del er det fokus på metode. Der nevnes søkemetoden i oppgaven og hvilke artikler som er funnet og de blir kritisk analysert. I fjerde del presenteres resultatene fra artiklene oppgaven bygger på. Der er det først et sammendrag av artikkelfunnene og deretter er det sammendrag av hver enkelt artikkel. Del fem er drøfting der artikkelfunnene blir drøftet opp mot Benner og Wrubel sin omsorgsteori, annen relevant teori og egenerfaring for å finne svar på problemstillingen og avsluttes med en oppsummering som gir svar på problemstillingen.

2 TEORI

Benner og Wrubel sin omsorgsteori blir presentert, begrepsavklaring og relevant teori i forhold til problemstilling blir belyst.

2.1 Benner og Wrubels omsorgsteori

Patricia Benner og Judith Wrubel er to amerikanske sykepleiere. De har utarbeidet en omsorgsteori som tar utgangspunkt i sykepleiepraksis. Boken ”The primacy of caring” omhandler deres sykepleieteori (Kristoffersen, 2005 s.69).

Deres teori sier at omsorg fra sykepleier omfatter det å være bevisst på, være til stede for, hjelpe, gi muligheter til og ha troen på pasientene og at de mestrer sin situasjon. Ved hjelp av omsorg skal sykepleier se hvilke tiltak som hjelper pasienten og hvilke som forverrer situasjonen. De sier at dette viser at god omsorg er nødvendig for å gjennomføre en god sykepleiepraksis. Omsorg er viktig både i tekniske prosedyrer og uttrykksfulle handlinger som å sikre pasientens autonomi. Gode sykepleiere ser forskjeller og sammenhenger mellom sunnhet, sykdom og lidelse. For å finne svar på hvorfor pasienter har en sykdom ser sykepleier i pasientens historie. Selv om pasienten ikke har mulighet for helbredelse kan forståelsen av sykdommen hjelpe pasienten til mestring av lidelsen. Lidelse er personens opplevelse av tap eller dysfunksjon. For å ha en optimal behandling må pasienten forstå sin lidelse. Når pasienten ikke forstår lidelsen vil behandlingseffekten bli hemmet og pasienten opplever at ubehaget øker (Benner & Wrubel, 2002 s.23-31).

2.2 Begrepsavklaring

Sykehjem

Sykehjem er institusjon som tilbyr pasientene heldøgns helsetjenester. I følge Hauge (2010) er det visse kjennetegn på en sykehjemsbeboer. De er over 67 år, har redusert funksjonsevne, er multisyke og det er flest kvinner (Hauge, 2010 s.218-225).

Afasi

Afasi er å ha språkproblemer. Utslaget kan være i ene eller begge språksentrene som er i venstre hjernehalvdel. Avhengig av hvor skaden sitter kan evnen til å tenke logisk, være analytisk, ha god talefunksjon og evnen til å oppfatte språk være berørt (Berentsen, 2010 s.357-358).

2.3 Demens og smerte

Berentsen (2010) har valgt å bruke Engedal og Haugen (2004) sin definisjon av demens.

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon (Engedal og Haugen 2004 I: Berentsen, 2010 s.354).

Ulike typer demens gir varierte symptom bilder, men alle gir mental svikt og griper inn i psykologiske og emosjonelle funksjoner (Rokstad, 2000 s.537). Demens er et latinsk ord og betyr ”ut av minnet” (Solheim, 1990 s.13). Sykdommene har en del fellestrekk uavhengig av type demens. Alle får nedsatt dømmekraft, hukommelsessvikt, får vanskeligheter med å planlegge hverdagen og redusert logisk tenkning og abstraksjonsevne. Pasientene endrer ofte sin personlighet. De kan bli initiativløs og passive. Hos enkelte ser en også tegn som utagering og irritasjon (Skogen, 1999 s.163). Demente mangler evnen til å forholde seg til fortid, nåtid og fremtid. Evnen til å holde på informasjon i korttidshukommelsen er sterkt redusert. God daglig struktur og passe mengde med stimuli er viktig. Over- eller understimuli til pasienten kan føre til økt forvirring og dårligere funksjon (Eide og Eide, 2000 s.250-251). Pasienter med moderat til alvorlig grad av demens utvikler ofte afasi (Berentsen, 2010 s. 37-358).

Bjørø og Torvik (2010) har valgt å bruke Den internasjonale foreningen for smerteforskning (IASP) sin definisjon av smerte. Smerte er en ubehagelig kroppslig og følelsesmessig opplevelse som kan assosieres med vevsskade (s.333). Smerteopplevelsen er subjektiv og det er mange faktorer som påvirker den (Berntzen, Danielsen, Almås, 2010 s.355-357).

I demensomsorg blir målet for sykepleien å sørge for god livskvalitet, tilrettelegge for egenomsorg og behandle tilleggsymptomer (Rokstad, 2000 s.559). Fokuset må da være å vedlikeholde allmenntilstanden og eventuelt bedre den og øke den fysiske funksjonen til pasienten (Ranhoff, 2010 s. 86). Sykepleier har en omfattende oppgave i møte med pasienter som har smerter. De har ansvaret for datasamling, observasjoner, kartlegging og vurdering av smerte. I tillegg skal sykepleieren administrere medikamentelle tiltak og sette i verk ikke-medikamentelle tiltak for å lindre smertene. Evaluering av tiltakenes effekt er viktig for den videre behandlingen (Berntzen, Danielsen, Almås, 2010 s.355-357). Demente pasienter med smerter er i risikozonen for funksjonssvikt, inaktivitet, isolasjon og depresjon (Rustøen og Stubberud, 2010 s.139).

Hos demente pasienter med afasi observeres adferden for indikere smerter. I ansiktsuttrykket kan tegnene være pannerynking, trist, skremt og rask blinking. Verbalt kan smertene komme til uttrykk som støyende pusting, messing/synging, utrop, banning og bruk av grove ord. På bevegelsene er smertetegnene uro, vandring, vimsing, agitasjon, vugging og endret gange eller holdning. Pasienten kan motsette seg pleie, være voldelig eller tilbaketrukket. Smertene kan også vises ved at pasienten nekter å spise, har økt søvnbehov, søvnløshet, endring i rutiner, økt forvirring, irritabilitet og gråt (Songe-Møller, Saltvedt, Hølen, Loge & Kaasa, 2005). Galek og Gjertsen (2011) mener demens påvirker evnen til å tolke sanseintrykk og dette fører til endret smerteopplevelse. Atferdsmessige endringer hos demente skaper problemer i samspill med pårørende og pleie- og omsorgsarbeidere. Hos demente deles problematferd i verbal utagering, fysisk utagering og generell fysisk uro. En tilnæringsmåte er at problematferden er pasientens måte å kommunisere på. Sykepleie ved problematferden krever nøye utredning og analyse for å finne faktorene som kan medvirke til atferden. Ved roping og diffus uro må det alltid kartlegges om pasienten er smertepåvirket (Rokstad, 2000 s.548-549 592-595).

Sykepleie til eldre krever ekstra kunnskaper om den normale aldring og ses på som en avansert form av grunnleggende sykepleie (Bondevik, 1999 s.105). Sykepleie hos demente krever opplæring, innsikt og kunnskaper (Husebø, 2013). Hos pasienter med demens må lindrende behandling være høyt prioritert for å redusere ubehag (Ranhoff, 2010 s.86). Flere studier viser at pasienter med smerter ikke får optimal smertebehandling. En av grunnene til dette er at sykepleiere og leger ikke har god nok kompetanse i forbindelse med vurderingen og

behandlingen av smerter hos eldre (Bjørø & Torvik, 2010 s.334-336). Husebø (2012) skriver i ”Tidsskriftet for Den norske legeforening” at sykehjemspasienter har ett økende antall diagnoser som medfører smerter. Dette gjelder spesielt pasienter med moderat til alvorlig demens. De har vansker med å uttrykke seg på grunn av redusert hukommelse, dårlig refleksjonsevne og de kan ha språkvansker.

I ”Sykepleien” skriver Galek og Gjertsen (2011) at sykepleiere må ha kunnskap om demens, smerte, smertekartlegging og behandling for å kunne identifisere smertetilstanden, iverksette tiltak og evaluere tiltakene. Det er også viktig å ha kjennskap til pasientens grunnlidelser. Pasientene har ulike smerteuttrykk og derfor er pasientene avhengig av kjente omsorgspersoner.

2.4 Smertekartlegging

Observasjoner og årvåkenhet er svært viktig sykepleie til pasienter med demens. Signalene pasienten sender er ofte utydelig og en får sjelden tilbakemeldinger. Sykepleier må derfor være skjerpet for å fange opp små signaler. Når pasienten har trivsel og velvære har pasienten avslappet kroppsholdning og god blikkontakt (Rokstad, 2000 s.560).

Pasientens tilstand må vurderes grundig. Dette er et faglig og moralsk ansvar sykepleier har. Mangel på subjektive symptomer gjør at observasjoner i forhold til funksjon i dagliglivet og atferdsendring er viktig og endring av disse kan indikere endringer i helse- og sykdomstilstanden (Kirkevold & Brodtkorb, 2010 s.114-116). Mangelfull forståelse bidrar til angst og øker risiko for at pasienten mister kontrollen over uttrykksmåten. Da kan pasienten bli urolig og sparke, slå eller rope (Berentsen, 2010 s.381). Smertekartlegging hos eldre omfatter informasjon om hvilken type smerte, årsaken til smertene og hvordan smertene virker inn på pasienten. Smertenens lokasjon, varighet og intensitet er viktig å observere (Bjørø & Torvik, 2010 s.336-338). Husebø (2013) skriver i en artikkel i BT at helsepersonells fremste oppgave er å observere for tegn til smerteadfærd. Forandring i adferd, smertelyder, forandring i bevegelsene eller avvergelsesreaksjon som agitasjon og uro er tegn på smerte hos demente. Det er viktig at helsepersonell kartlegger smerter før det settes i gang behandling (Husebø, 2013). Systematisk bruk av kartleggingsverktøy fremmer god behandling, pleie og omsorg (Galek & Gjertsen, 2011).

Demente pasienter med sviktende språklig kommunikasjon er en utfordring i forhold til smertelindringen. Pasienten klarer da ikke å formidle, ved hjelp av ord, til omverden om han har smerter (Bjørø & Torvik, 2010 s.339-341). Kartleggingsskjema må velges etter pasientens kognitive funksjon og evner. Det er viktig å bruke det samme skjemaet til pasienten slik at en kan se om iverksatte tiltak virker (Bjørø & Torvik, 2010 s.339-340). Checklist of nonverbal pain indicators (CNPI) og Doloplus-2 er to skjema som brukes ved smertekartleggingen av personer uten språk. Disse skjemaene måler bare tilstedeværelsen av smerte og ikke smerteintensiteten (Bjørø & Torvik, 2010s.339-341). Fagartikkelen til Sandvik og Husebø (2011) i "Sykepleien" anbefaler morbid-2 som kartleggingsverktøy.

For å lykkes med smertelindring kreves det et tverrfaglig samarbeid. Sykepleier sitt arbeid i dette er å identifisere smertetilstanden, iverksette tiltak og vurdere effekten av tiltaket. Til dette brukes sykepleieprosessen. Sykepleieprosessen er en planleggingsmetode for å gi god og individualisert sykepleie. Den innebærer datasamling, identifisering, målsetting, tiltak og evaluering. Sykepleiere har en viktig rolle i smertelindringen. Forskning viser at helsepersonell ikke er flink nok med smertekartlegging og smerteproblemet til pasienten ofte blir undervurdert. Sykepleier på sykehjem er lett tilgjengelig og kan observere pasienten i det daglige (Rustøen, 2007 s.127-132). Sykepleier sitt ansvar i tverrfaglig team er å fortløpende kartlegge pasientens smerter. Sykepleier iverksetter tiltak for å lindre smerter og hjelpe pasienten å mestre smertene for å opprettholde selvstendige funksjoner lengst mulig. En viktig oppgave er å videreformidle observasjoner til de andre i det tverrfaglige teamet (Bjørø & Torvik, 2010 s.336-337).

2.5 Yrkesetiske retningslinjer og helsepersonelloven

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere bygger på ICNs etiske regler. De grunnleggende reglene for sykepleiere er at sykepleien skal baseres på omsorg, barmhjertighet og respekt for mennesket. Verdigheten og autonomien skal respekteres. Sykepleiere er pliktig til å lindre lidelse, fremme helse, forebygge sykdom og sikre at pasienten får en verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2011 s.5).

Helsepersonelloven har som formål å ta vare på sikkerheten til pasienten og sikre kvalitet i helsetjenestene. Kapittel 2, paragraf 4 i loven omtaler krav til forsvarlighet. Forventningene av omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet skal stå i samsvar med kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen. Helsepersonell må innhente bistand dersom faglige kvalifikasjoner ikke strekker til. I situasjoner det er bruk for samarbeid og samhandling skal annet kvalifisert helsepersonell bidra i yrkesutøvelsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

3 METODE

Her presenteres litteraturstudie som metode. Det blir gjennomgått fremgangsmåte på søk av artikler og etikk i oppgaven. Artiklene blir nevnt og kritisk analysert.

3.1 Litteraturstudie

Forsberg og Wengström (2013) har brukt definisjonen til Muldrow og Oxman om systematisk litteraturstudie. Det skal være et tydelig formulert spørsmål, som skal besvares systematisk. For å gjennomføre en systemisk litteraturstudie er en forutsetning at den inneholder flere studier av god kvalitet. Når det skal innhentes forskningsbasert kunnskap, søkes det i litteraturen for å finne noe om valgt tema (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholdt, Norheim & Reinar. 2012 s.42). Litteratursøk er et hjelpemiddel for å oppnå ny kunnskap (Dalland, 2007 s.88). Studiene skal være ett grunnlag for beslutninger og meninger som blir gjort. I en systematisk litteraturstudie bør både kvalitativ og kvantitativ metode brukes. (Forsberg & Wngström, 2013 s.17-32).

Dalland (2007) har valgt å bruke Tranøy sin definisjon av en metode. Den sier at metode er fremgangsmåten for å komme frem til ny kunnskap eller for å finne ut om påstander er riktige (s.83). Kvalitativ studie brukes når forskerne ønsker å få frem forsøkspersonenes syn og med deres egne ord (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2013). Denne type studie er ikke målbar og kan dermed ikke settes opp i tall og diagrammer (Dalland, 2007 s.84).

I kvantitative metoder gjøres informasjonen til målbare enheter, så disse inneholder ofte tall (Dalland, 2007 s.84). Hensikten er å forutse og forklare, klassifisere eller se sammenhengen i det som undersøkes (Forsberg & Wengström, 2013 s.53-54).

3.2 Fremgangsmåte

I denne oppgaven er det søkt på databasene SveMed+, Cinahl og Ovid nursing. På SveMed+ ble aktuelle engelske søkeord funnet med ordene demens og smerte. Det kom opp 3 artikler ved søket. Søkeordene ble funnet under MeSH-termer på artiklene. Aktuelle søkeord som ble valgt er «dementia», «pain», «pain measurment», «nursing», «nursing homes», «pain management», «pain assessment», «elderly» og «nursing care». Disse ble brukt om hverandre for å se hvilke

som gav best resultat. For å begrense antall treff skulle ikke artiklene være eldre enn 2005 og de skulle være full tekst på. De skulle ha en sykepleiefaglig relevans og helst være nordiske.

3.2.1 Tabell 1

Søk på Cinahl 22.10.13

Nummer	Søkeord/Terms	Avgrensning/ Limits	Resultat (Antall)
1	Dementia and pain		729
2		Full text	244
3		2005-2013	187
4		Age 65+	127
5		Major heading: Dementia	69
6		2008-2013	49

Av de 49 treffene som var ved søk nr. 6, ble artikkel nr. 1 valgt. Lillekroken, D., Slettebø, Å. 2013. *Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Ufordringer og dilemmaer*. Denne artikkelen ble valgt for den omhandlet hva erfaringer sykepleiere har innenfor området demens og smertekartlegging og smertelindring.

3.2.2 Tabell 2

Søkt i Ovid nursing 22.10.13

Nummer	Søkeord/Terms	Avgrensning/ Limits	Resultat (Antall)
1	Dementia and pain and nursing homes		74
2		full text og fra 2005-2014	49
3		all aged 65 +	39
4		humans, Last 5 years	22

Artikkelen *Pain and Quality of life among residents of Norwegian nursing homes* av Torvik, Kaasa, Kirkevold og Rustøen (2010) var nr 15 på listen i søk nr 4. Denne kvantitative artikkelen

Kandidatnr: 45

blir sett som relevant for oppgaven for studien gir et overblikk over hvordan smerteproblematikken og smertelindringen kan være på sykehjemmene.

3.2.3 Tabell 3

Søkt i SveMed+ 17.01.14

Nummer	Søkeord/Terms	Avgrensning/ Limits	Resultat (Antall)
1	pain management		120
2		full text	87
3		fra 2005-2013	80

På avansert søk i artikkeldatabasen SveMed+ ble søkeordet *pain management* brukt. Artikkelen *Smertebehandling til personer med langtkommen demens* av Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013) var nr. 6 på listen. Den ble ansett som relevant for denne kvalitative studien skulle undersøke sykepleiernes erfaringer og utfordringer ved smertelindring hos pasienter med langtkommen demens som har språkproblematikk.

3.2.4 Tabell 4

Søkt i Cinahl 20.01.14

Nummer	Søkeord/Terms	Avgrensning/ Limits	Resultat (Antall)
1	pain and nursing care and nursing home		1096
2		full text	287
3		fra 2005-2013	179
		and dementia	62

Artikkel nr. 4 ble funnet i databasen Cinahl ved søkeordene *pain and nursing care and nursing home and dementia*. *The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment*. av Hølen, Saltvedt, Fayers, Bjørnnes, Stenseth, Hval, Filbet., Loge og Kaasa (2005) var nr. 27 på listen.

Den er en studie som har testet ut kartleggingsverktøyet Doloplus-2. Den ansees som aktuell for oppgaven, siden kartleggingsverktøy hører med til smertevurdering.

3.3 Metodekritikk

Dalland (2007) forklarer kildekritikk som å vurdere og karakterisere litteraturen som er benyttet. For å fastslå om en kilde er sann, brukes kildekritikk som metode. I kildesøking er formålet er å finne litteratur som kan belyse valgte problemstilling og å grunngi hvorfor denne litteraturen ble brukt i oppgaven. Målet med dette er at leseren skal forstå forskers refleksjoner om relevansen litteraturen har for oppgaven (Dalland, 2007 s.66- 73).

Forsberg og Wengström (2013) beskriver første steg i en systematisk litteraturstudie som å gjøre etiske overveielser. Det skal tas avstand fra uærlighet og fusk. Tidligere studier som er gjort skal ikke stjeles, forvrennes eller plagieres. Når studiene skal undersøkes er det viktig at de har fått en etisk overveielse (s.69-70). Etikk er normene for rett og gale (Dalland, 2007 s.235). Anonymiteten til deltagerne skal bli ivaretatt. I studier er det krav om at forsøkspersonene er informert og at det er frivillig samtykke (Slettebø, 2005 s.172-180). Taushetsplikten til forskerne må være overholdt (Dalland, 2007 s.244). Studier som bruker pasienter i forskning skal før start, søke til regional etisk komité (REK) for godkjenning (Slettebø, 2005 s.172-180).

Vurdering av egen oppgave:

Jeg valgte tema og problemstilling tidlig i prosessen. Problemstilling ble etter hvert med arbeidet ble endret på slik at den skulle være mer relevant til artikkelfunnene. Teoretikerne blir Benner og Wrubel brukt i oppgaven for deres syn på sykepleieomsorgen er god å bruke i forhold til problemstillingen. I søkeprosessen ble det funnet relevante søkeord. Noen søk gav mange treff og det gjorde at å finne relevante artikler var omfattende. Til slutt var fant jeg fire artikler som er relevant og bruker disse i oppgaven. Jeg er fornøyd med artikkelfunnene og hvordan oppgaven har blitt utformet og syns problemstillingen har blitt svart på.

I oppgaven blir det lagt vekt på at studiene som brukes, andre utsagn og teori ikke stjeles ved å være nøye med referanser. Det tenkes over hvordan studiene og teori har blitt fremstilt i oppgaven for å få ikke forvrengte setningene. For å være sikker på at studiene ikke forvrennes har

de blitt lest igjennom flere ganger slik at funnene blir riktig fremstilt. Studiene blir sjekket at de har metode del og om de er godkjent av etisk komité. Alle studiene hadde blitt etisk godkjent. Studiene blir kontrollert gjennom sjekklister for å finne ut om de er gode og kan brukes. Bøkene som brukes skal være av nyere utgave slik at informasjonen er oppdatert og lik virkeligheten.

Kritisk vurdering av forskningsartikler:

Studien til Lillekroken og Slettebø (2013) er en god kvalitativ studie som er relevant for denne oppgaven. Det ble brukt sjekklister for kvalitativ studie for å vurdere denne artikkelen. Formålet deres var å utforske sykepleiernes erfaringer i forbindelse med smerter og smertelindring hos demente. Utvalget i studien er liten. Siden det er så lite deltagere er det vanskelig å si at funnene gir et helhetlig bilde av virkeligheten. Forskerne har beskrevet detaljert fremgangsmåten i studien. De sendte ut informasjonsskriv før studiestart og anonymiteten ble ivaretatt. En utenforstående forsker gikk igjennom materialet etter intervjuene, noe som bidrar til kvalitetssikring. Studien ble godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) og sykehusenes kompetansesenter for personvern før den ble gjennomført.

Studien "*Pain and quality of life among residents of Norwegian nursing homes*" av Torvik et. al. (2010) er en god kvantitativ studie. Det var et stort antall registrert til studien som ikke var kvalifisert til å delta. Antallet som deltok var likevel relativt stort. Det negative er at studien bare inkluderer 3 fylker i ett bestemt område. Pasienter med kommunikasjonsproblemer og dem som hadde en MMS score under 11 ble ekskludert fra studien. Da er det vanskelig å si om resultatet gjelder for hele landet og om funnene er reelle ettersom pasientene med langtkommen demens og språkvansker ikke deltok. Fremgangsmåten og grunnlaget for utvalget av deltagere blir beskrevet. Studien er konkret og holder seg innenfor temaet forskerne ville ha svar på. Studien ble godkjent av den etiske komité.

Studien til Jenssen et.al. (2013) vurderes som en god kvalitativ studie. Den er blitt kontrollert ved hjelp av sjekklister for kvalitativ studie. Det ble tatt lydopptak, som ble transkribert ordrett for å unngå feiltolking. Samtalene ble kodet og kategorisert. Deretter ble samtalene diskutert i

forskningsgruppen, hvor de kom frem til 3 tema for studien. Forskningsetikken blitt ivaretatt både ved hjelp av godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og sykehjemmene, og ved anonymisering. Utvalget i studiet er lite, og dermed kan den ikke brukes som gjeldende over alt. Hovedfunnene kommer klart frem.

Studien «*The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment*» av Hølen et. al. (2005) blir vurdert som en studie av god kvalitet. Det blir i studien påpekt hvordan studien ble gjennomført. Den har blitt godkjent av etisk komité og informasjon er gitt til deltagere eller pårørende. Anonymiseringen har ikke blitt godt overholdt. Dette pga. ved slutten rettes det takk til sykehjemmene som har deltatt og byen der studien ble gjennomført er nevnt. Det er ikke så stort utvalg deltagere. Resultatene kan ikke sies med sikkerhet om er gode pga. lavt deltagertall. Men siden den har blitt testet ut på noen, kan det gi en pekepinn på hva som er bra og dårlig ved dette kartleggingsverktøyet.

4 RESULTAT

Det kommer først sammendrag av artikkelfunnene. Deretter blir det sammendrag av hver enkelt artikkel som er brukt. Der legges det vekt på relevant funn i forhold til drøftingen.

Sammendrag av artikkelfunn

Lillekroken og Slettebø (2013) har gjennom sin studie kommet frem til at sykepleierne må ha kunnskap om demens, kjennskap til pasienten, kunnskaper om smertekartleggingsverktøy og smertelindring for å bidra til effektiv smertelindring. Sykepleier har ansvar for fagutvikling og å jobbe kunnskapsbasert.

Torvik, et. al. (2010) kommer frem til at smerter er noe som forekommer hyppig på sykehjem. Smerter påvirker pasientens livskvalitet og autonomi. Smerteintensiteten hadde påvirkning på livskvalitet, humør, ernæring og søvn. Helsepersonell skal overvåke, rapportere og behandle smerter hos pasientene.

Jenssen, et. al. (2013) kommer frem til at kartleggingsverktøy kan være et hjelpemiddel i utredningen. For å sørge for god smertelindring til pasienter er det viktig med tverrfaglig samarbeid. Kunnskap og kjennskap til pasienten er avgjørende for å smertevurdere pasienter med demens.

Hølen et al. (2005) har testet den norske versjonen av Doloplus-2 kartleggingsverktøyet. De kommer frem til at kvaliteten på vurderingen kommer ann på kunnskapene til den personen som utfører vurderingen. Fordelen med kartleggingsskjema i forhold til ekspert vurdering var at pasienten ble overvåket i 24 timer.

Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer

Igjennom studien til Lillekroken og Slettebø (2013) kommer det frem at å jobbe med demente er spennende, men også etisk utfordrende med hensyn til smertekartlegging og smertelindring.

Deltagerne var bekymret for hvor mange som kunne ha underdiagnostisert og ubehandlet smerte. Noe av årsakene til underdiagnostiseringen kunne være pasientens høye alder, comorbiditet, polyfarmasi, individuelle smertelinringsbehov og kommunikasjonsproblemer. Deltagerne brukte ikke smertekartleggingsskjema, men vurderingene ble gjort ved å prøve seg frem. Det er fare for

over- under- eller feilbehandling av pasienten. Smertelindring blir sett på som å gi omsorgsfull hjelp til pasienten. Pasienter med svekket kommunikasjonsferdigheter uttrykker sine smerter gjennom atferden eller kroppsspråket. Pasienten må kartlegges før det settes i gang behandling. Systematisk smertevurdering og dokumentasjon kan fremme kvaliteten i demensomsorg og bidra til utvikling av faglig forsvarlighet. Sykepleierne etterlyste retningslinjer for bruk av kartleggingsverktøy og de vil ha individualisert smertelindringsrutiner. Grunnlaget for at smertelindringen skal være optimal er pasientens selvrapporing. Kunnskap om demens og kjennskap til pasienten, kunnskap om kartleggingsverktøy og smertelindring kan være avgjørende for en effektiv smertelindring. Det kommer frem at mer forskning på sykepleiers kunnskaper trengs for å gi demente god smertelindring. Sykepleier skal fagutvikle seg og arbeide kunnskapsbasert.

<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=3&sid=a8496581-d031-4d4a-a227-1d122ff7ce98%40sessionmgr112&hid=112&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2012305670>

Pain and Quality of life among residents of Norwegian nursing homes

Torvik et. al. (2010) skulle gjennom sin studie finne ut om det var forskjeller i livskvaliteten hos pasienter som rapporterte smerte og dem som ikke rapporterte smerter på sykehjem. Kliniske forskjeller og livskvaliteten ble sett på. 87% av deltagerne hadde mild til moderat demens. Kartleggingsverktøy ble brukt for å måle smerter og livskvaliteten.

Igjennom studien kom forskerne frem til at mange pasienter på sykehjem opplever smerter. Forekomsten var mellom 27% og 84%. Av deltagerne rapporterte 55% at de hadde smerter av varierende smertegrad. Nær halvparten av alle som rapporterte smerter, beskrev dem som moderat til sterke, 30% av disse pasientene fikk ikke fast smertelindring. Ved økt kognitiv svikt økte også forekomsten av smerter. Smertene påvirker kroppsfunksjonene som går utover pasientens autonomi og livskvalitet. Spesielt hos pasienter med kognitiv svikt er det mangelfull smertelindring. Grunnen til dette kan være at de mangler språk og at de av den grunn ikke kan uttrykke smerter eller at pasientene har nedsatt forståelsesevne og rapporterer derfor ikke. Pasientene kan ha opplevd å ikke bli tatt på alvor når de klager på smerter. Andre pasienter kan ha oppfatning av at smerter er en naturlig del av alderdom. Smerter påvirker humør, søvn,

ernæring og livskvaliteten til pasienten. Pasienter med smerter hadde mer bekymring, frustrasjon, depresjon, irritabilitet og angst. Pasientene kan utvikle depresjon, angst, søvn forstyrrelser, delirium, være urolige, nedsatt appetitt, dårlig ernæring, få nedsatt bevegelse, usosial og forsinket tilheling. Sykepleierne må ha kjennskap til smerteadferd. Helsearbeiderne skal overvåke, evaluere og behandle smerter hos pasienter.

<http://ezproxy.hsh.no:2083/science/article/pii/S1524904209000204#>

Smertebehandling til personer med langtkommen demens

Jenssen, et. al. (2013) kommer i sin studie frem til at smertevurderingen hos pasienter med langtkommen demens kan være vanskelig. Gjennom intervjuene kom det frem 3 tema som gikk igjen. Prøve og feile, tverrfaglig samarbeid og faglig kunnskap var temaene. Smerter hos pasienter med langtkommen demens er vanskelig å lokalisere og pasientene har ofte uklare smertesymptomer som bidrar til vanskeliggjøring av vurderingen. Det er mangelfull utredning av demente pasienters smertelindringsbehov. Pleiepersonell var redd for å mistolke og overse pasientens smertebehov og ble av den grunn satt på smertestillende fast. Resultatet av det kan være over- eller underbehandling og pasientene kan bli sløve, sove mye og få ytterligere redusert kognitiv funksjon. Demens kan bli sett på som årsaken til adferden og dermed kan det bli feilbehandling. Deltagerne brukte ikke smertekartleggingsverktøy og det bar med seg stor usikkerhet i situasjoner med mangelfull utredning. Tverrfaglige samarbeidet er viktig for å vite tidnok om pasienten har plager og for å ivareta smertelindringsbehovet. Et godt tverrfaglig samarbeid inkluderer lege, sykepleier, pleiegruppen og pårørende. Dersom legen var usikker på smertetilstanden så var det lettere å ikke smertelindre pasienten. Usikre leger gjorde at noen pasienter kunne bli overmedisinert mens andre undermedisinert. Kommunikasjonen mellom pleiegruppene og rapporter kunne være avgjørende for hvor god smertelindring pasienten fikk. I situasjoner der pleiepersonell var usikker på smerter, ble pårørende tatt med i vurderingen. Grunnen til det var at de har best kunnskap om pasienten. Å kjenne pasienten var en avgjørende faktor for å kunne smertevurdere. Å ha faglig kunnskap var også viktig for å forstå pasientens signaler. Det må legges til rette for faglig utvikling hos personalet, både de faglærte og de ufaglærte. Ved å øke kunnskapen om oppfølging og behandling av smerte, kan demente få økt

livskvalitet. Kartleggingsverktøy blir sett på som et godt hjelpemiddel for vurderingen av pasientens smerter.

http://www.sykepleien.no/Content/1361710/13Gs3_vitensk_artikkel_smertebehandling_2406.pdf

The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment.

Hølen et. al. (2005) har gjennom sin studie testet ut den norske versjonen av Doloplus-2 smertevurderingsskjema. Etter skjemaet ble oversatt til norsk ble det sjekket at kartleggingsverktøyet ble oversatt riktig. For å sjekke om verktøyet virker fikk de noen eksperter til å evaluere pasientene ved studien samme dag som sykepleiere skulle bruke Doloplus-2 skjemaet. Deretter ble funnene sammenlignet for å se om verktøyet funket. De kom frem til at dette verktøyet kan brukes på pasienter med kognitiv svikt. Det positive ved dette kartleggingsverktøyet var at det inneholdt viktige smertetegn. Ansiktsuttrykk kan gi en god indikasjon på smertenivået til pasienter med langtkommen demens. For å få pålitelige resultater måtte sykepleierne ha kjennskap til pasientene, deres vaner og vanlige oppførsel. I tillegg måtte sykepleierne ha kjennskap til kartleggingsverktøyet før det ble tatt i bruk. Fordelen med å bruke kartleggingsverktøy at observasjonene av pasienten kunne foregå i 24 timer. Det viste seg at kvaliteten på vurderingen kom an på sykepleiers kvalifikasjoner. For at kartleggingsverktøyet skulle fungere optimalt trengs det en reevaluering, ytterligere godkjenning og inkludering pasienter som har sterke smerter.

<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a8496581-d031-4d4a-a227-1d122ff7ce98%40sessionmgr112&vid=6&hid=112>

5 DRØFTING

Her blir hovedfunnene i artiklene drøftet opp mot Benner og Wrubel, annen aktuell teori og egenerfaringer. Hovedfunnene er viktigheten av kunnskaper hos sykepleier, kjennskapen til pasienten og kartleggingen.

Smerte forekommer hyppig på sykehjem. Tidlige studier har vist at smertelindringen hos pasienter med kognitiv svikt er mangelfull. Det kommer frem at språkvansker kan være grunnen til mangelfull smertelindring (Torvik et. al. 2010). Mange eldre har diagnoser som medfører smerter og spesielt gjelder det pasienter med moderat til alvorlig demens (Husebø, 2012). På grunn av svekket kommunikasjonsferdigheter står pasientene i fare for å bli over- eller underbehandlet og feilmedisinert (Lillekroken & Slettebø, 2013).

5.1 Viktighet av kunnskaper og kjennskap til pasient

Jenssen et al. (2013) har gjennom sin studie kommet frem til at kunnskaper er viktig for å gjøre gode vurderinger av pasienten. Kunnskapen om demens, kartleggingsverktøy, smertelindring og kjennskap til pasienten kan være avgjørende for om pasienten får en god og effektiv smertelindring (Lillekroken & Slettebø, 2013, Galek og Gjertsen, 2011). Galek og Gjertsen (2011) mener at sykepleier må ha kjennskap til pasientens grunnlidelse. Sykepleier også må ha kjennskap til adferd som indikerer smerter (Torvik et al. 2010).

Benner og Wrubel (2002) mener sykepleieomsorgen omfatter både uttrykksfulle handlinger og tekniske prosedyrer (s.23). Sykepleieomsorgen setter sykepleierne i stand til å se hvilke sykepleietiltak som virker (Benner og Wrubel, 2002 s. 23). I dette ligger det at sykepleiere må ha kunnskaper for å kunne gi god sykepleieomsorg. Smertelindring er omsorgsfull hjelp (Lillekroken & Slettebø, 2013). I helsepersonelloven § 4 står det at omsorgsfull helsehjelp utøves etter faglig forsvarlighet (Helse og omsorgsdepartementet, 1999). Det setter krav til at sykepleierne skal ha faglig kunnskap som gjør dem i stand til å utøve helsehjelp og det står i tråd med funnet til Jenssen et al (2013), Torvik et al. (2010) og Lillekroken og Slettebø (2013). Både personalet og avdelingsleder har ansvar for at pleierne har den faglige kunnskapen personalet trenger for å identifisere smerter. Hovedoppgaven til sykepleiere er å lindre lidelse, fremme

helse og forebygge sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2011 s.5). For at sykepleierne skal gjennomføre oppgavene i praksis krever det at sykepleierne har kunnskaper om hvordan oppgavene skal utføres. Sykepleien krever tilleggskunnskaper om hva som er normale endringer hos pasienten (Bondevik, 1999 s.105).

Formålet med sykepleie i demensomsorgen er å sørge for god livskvalitet, tilrettelegging for egenomsorg og behandle tilleggssymptomer (Rokstad, 2000 s.559). Smerter fører til at pasienten står i fare for å få redusert livskvalitet. Spesielt gjelder det dersom smertene er vedvarende og ikke blir behandlet (Torvik et al., 2010). Demente er en vanskelig pasientgruppe å smertevurdere for smertesymptomene er ofte uklare og det er vanskelig å lokalisere smertene (Jenssen et al., 2013). Det krever at sykepleier har ekstra kunnskaper om hvordan smertene kan oppdages og hvilken innvirkning smerter kan ha på pasienten. Sykepleier sin oppgave er å lindre lidelsen ved smerter (Benner og Wrubel, 2002 s. 23-31). Sykepleier har ansvar for datasamlingen, observasjoner, kartlegging, vurdering av smertene, igangsette tiltak for å lindre og evaluere tiltakenes effekt. Ved å utføre oppgavene gjennomgår sykepleier sykepleieprosessen (Berntzen, et al., 2010 s. 355-357, Rustøen, 2007 s.127-132.) Tidligere studier viser at pasienter med smerter ikke får optimal smertebehandling og grunnen til det var at sykepleiere og leger har for dårlig kompetanse i forbindelse med vurdering og behandling av smerter hos eldre (Bjoro og Torvik 2010 s.334-336, Torvik et al. 2010). Helsepersonells fremste oppgave er å observere for tegn til smerteadfærd og for sykepleiere kreves det opplæring, innsikt og kunnskaper (Husebø, 2013). Observasjoner og årvåkenhet er svært viktig sykepleie til pasienter med demens. Signalene pasienten sender er ofte utydelig og en får sjelden tilbakemeldinger. Sykepleier må derfor være skjerpet for å fange opp små signaler (Rokstad, 2000 s.560).

Å kjenne pasienten er en avgjørende faktor for å kunne smertevurdere pasienten fordi alle pasienter har ulike smerteuttrykk (Jenssen et al. 2013, Galek & Gjertsen, 2011). Pasientene har vanskeligheter med å uttrykke seg grunnet redusert hukommelse, dårlig refleksjonsevne og språkvansker (Husebø, 2012). Smerter påvirker humøret, søvn, ernæring og livskvalitet til pasienten som kan føre til økt bekymring, frustrasjon, depresjon, irritabilitet og angst (Torvik et al. 2010). I følge Skogen (1999) kan demens føre til at pasienter blir initiativløs, passiv, utagerende eller irritable (s.13). Symptomene for demens og smerte ser vi ut i fra Torvik et al.

(2010) og Skogen (1999) at kan være like. Det vanskeliggjør vurderingen til sykepleier. Årsaken til endret adferd kan være smerter eller at pasienten er kommet lenger i demensutviklingen. For å kunne gi en adekvat behandling er det viktig at sykepleier vurderer pasienten riktig.

Egenerfaring er at smertelindringen til demente pasienter med afasi er svært utfordrende for pleierne. Å kjenne pasientene er avgjørende for å tolke om signalene er uttrykk for smerter. Sykepleierne på avdelingen har oversikt og kjennskap til pasienten og det er viktig for å oppdage smerter. Alle vaktene i demensavdelingen er ikke bemannet med sykepleier. Dersom det oppstår situasjoner som krever vurdering blir vakthavende sykepleier på sykehjemmet tilkallet. Ofte er pasientene ukjente for denne sykepleieren og det ble da vanskelig å foreta en adekvat vurdering av pasienten.

5.2 Å kartlegge smertene

Smertekartlegging og smertelindring er utfordrende for sykepleiere som jobber med demente. Systematisk kartlegging bør ligge til grunn for behandling (Lillekroken & Slettebø, 2013). I følge Jenssen et al. (2013) er det mangelfull utredning av demente pasienters behov for smertelindring. Grunnen er at det er vanskelig å lokalisere smerten og at smertesymptomene ofte er uklare hos pasienter med langtkommen demens. Den vanskelige vurderingen fører til at pleiepersonell er redd for å mistolke og overse smerter og det fører til at pleierne prøver seg frem med behandling (Jenssen et al. 2013). Lillekroken og Slettebø (2013) sier at grunnlaget for optimal smertelindring er at pasienten selvrappporter smerter. Gjennom Torvik et al. (2010) sin studie kommer det frem at 30% av pasientene som kunne selvrappportere og hadde moderat til sterke smerter, ikke fikk fast smertestillende medikament. Det viser at selv om pasienten selvrappporter smerter behandles han ikke alltid for dette. Pasienter med langtkommen demens som har utviklet afasi er en utsatt gruppe for å bli over-, under-, eller feilbehandlet (Jenssen et al. 2013, Lillekroken og Slettebø 2013).

I Benner og Wrubels (2002) omsorgsteori kommer det frem at sykepleier skal hjelpe pasienten og omsorgen bidrar til at sykepleiere kan se forbedring og forverring av pasientens tilstand. For å hjelpe demente pasienter med språkvansker må sykepleierne kartlegge om det er smerter

pasienten har. I følge Husebø (2013) er det viktig å vurdere smertene før det settes i gang behandling hos pasienten. Da er det viktig at sykepleier finner ut hvilken type smerte pasienten har, varigheten, intensiteten og finne årsaken til smertene og se på hvilken innvirkning smertene har på pasienten (Bjørø & Torvik, 2010 s.336-339). Kartleggingen er en viktig del av sykepleieprosessen (Rokstad, 2007 s.127-132). I smertekartleggingen er det mange faktorer sykepleiere må ta hensyn til som kan påvirke pasienten. Blant annet alderen, multisykdommer og polyfarmasi hos pasientene kan gi innvirkning på kartlegging og gi uriktige funn (Lillekroken & Slettebø, 2013). Det er viktig å oppdage smerter hos pasienter med demens da det viser seg at pasienter med smerter er i risikozonen for funksjonssvikt, inaktivitet, isolasjon og depresjon (Rustøen og Stubberud, 2010 s.139).

Min forståelse er at demente pasienter har allerede en funksjonssvikt og mange av sykehjemspasientene er inaktive. Smerter kan føre til ytterligere funksjonssvikt og inaktivitet noe som får negative konsekvenser for pasienten. Samtidig kan funksjonssvikt og inaktivitet føre til smerter ved at det gir økt risiko for utvikling av blant annet trykksår. Konsekvensene av ubehandlet smerte hos demente kan være store. De kan utvikle depresjon, angst, søvnforstyrrelser, delirium, være urolige, nedsatt appetitt, dårlig ernæring, få nedsatt bevegelse, usosial og forsinket tilheling (Torvik et al. 2010). Dette understreker viktigheten av å kartlegge smerter. Ved lidelse opplever personen tap eller dysfunksjon (Benner og Wrubel, 2002 s.30). Det er sykepleier sitt ansvar å vurdere pasienten som ikke verbal kan gi uttrykk for sine smerter. Pasienter med svekket kommunikasjonsferdigheter uttrykker smerter gjennom atferd eller kroppsspråk (Lillekroken & Slettebø, 2013, Hølen et al. 2005). Forandring i atferd, smertelyder, forandring i bevegelse eller avvergelsesreaksjoner som agitasjon og uro er smertetegn (Husebø, 2013). I ansiktet kan pleier legge merke til for eksempel pannerynking eller rødblussing som et smertetegn. Pasienten kan stønne eller skrike når det gjør vondt. Kroppslige tegn på smerter er endret uro, vndring, vimsing, endret gange eller holdning (Songe-møller et al. 2005).

Benner og Wrubel (2002) mener at sykepleiere kan finne svar på hvorfor pasienten har en sykdom ved å se i pasientens historie. Når sykepleier har en forståelse av sykdommen kan det hjelpe pasienten i behandlingen. Pasienten må også ha forståelse for sin lidelse for å få optimal behandling (Benner & Wrubel, 2002 s.30-31). Hos demente pasienter kan det å ha forståelse for

lidelsen være vanskelig (Eide og Eide, 2000 s.251). I følge Skogen (1999) har pasienter med demens nedsatt dømmekraft, redusert hukommelse og nedsatt evne til logisk tenking (s.163). Egenerfaring viser at siden pasienten må ha forståelse for lidelsen for å få optimal behandling byr dette på utfordringer for pleierne. Informasjon pasienten mottar blir fort glemt på grunn av redusert hukommelse. Pleierne kan oppleve at pasientene ikke er villig til å samarbeide i kartleggingen på grunn av for eksempel utagering. Utagering kan ses på som pasientens måte å kommunisere smerter på. Spesielt dersom det er roping eller diffus uro (Rokstad, 2000 s.592-595).

For å forbedre kvaliteten på smertevurderingen kan kartleggingsverktøy anvendes (Jenssen et al. 2013). Men for å få pålitelig resultat fra et kartleggingsverktøy må sykepleier ha kjennskap til pasienten, vanene og vanlig oppførsel, i tillegg må sykepleier ha kjennskap til kartleggingsverktøyet som blir anvendt (Hølen et al. 2005). Bruk av kartleggingsverktøy for å vurdere om en pasient med langt kommet demens med afasi opplever smerter går under de tekniske handlingene i Benner og Wrubels (2002) sykepleieomsorgen. Kvaliteten på vurderingen ved bruk av kartleggingskjema kommer i følge Hølen et al. (2005) an på kvalifikasjonen til sykepleier som utfører vurderingen. Å ha kunnskaper om kartleggingsverktøyet bidrar til bedre vurdering av pasient som kan føre til bedre smertelindring (Lillekroken og Slettebø, 2013).

Galek og Gjertsen (2011) mener systematisk bruk av kartleggingsverktøy fremmer god behandling, pleie og omsorg. Skjemaet som blir brukt må velges ut fra pasientens kognitive funksjon og evner. Det er viktig å bruke samme skjema i evaluering av tiltakene for å sjekke effekten (Bjørø & Torvik, 2010 s.334-340). Evaluering er en av delene i sykepleieprosessen (Rustøen, 2007 s.127-132). Kartleggingskjema som er testet ut og fungerer bra på pasienter med språkvansker er checklist of nonverbal pain indicators (CNPI), Doloplus-2 og Morbid-2 (Bjørø & Torvik, 2010 s. 339-341, Sandvik & Husebø, 2011). Det negative med CNPI og Doloplus-2 er at de bare måler tilstedeværelsen av smerter og ikke intensiteten (Bjørø & Torvik, 2010 s. 339-341). Det positive med kartleggingsverktøyet Doloplus-2 er at inneholder viktige smertetegn (Hølen et al. 2005). I følge Hølen et al. (2005) er fordelene med at pleierne bruke kartleggingsverktøy at observasjonene av pasienten foregår i 24 timer. Sykepleier får et helhetlig bilde av pasientens atferd gjennom døgnet. Sykepleier observerer både stellsituasjoner, ernæringen, søvnmønsteret

og humøret til pasienten. Det blir da lettere å identifisere endringer som kan tyde på smerter hos pasienten. Lillekroken og Slettebø (2013) fremhever at kartleggingsverktøy er lite brukt blant pleierne og vurderingene ble gjort ved å prøve seg frem. Sykepleierne etterlyste retningslinjer for bruk av kartleggingsverktøy (Lillekroken og Slettebø, 2013)

Det står i tråd med mine erfaringer fra praksis. Kartleggingen går for det meste ut i fra tilfeldige observasjoner uten å bruke systematiske verktøy. Gjennom samtale med kollegaer er min opplevelse at tiltak ble prøvd ut dersom pleierne var usikker på hva som burde gjøres.

Jenssen et. al. (2013) mener det tverrfaglige samarbeidet er viktig for å vite tidsnok om pasienten har plager og for å ivareta smertelindringsbehovet. I følge Rustøen (2007) krever en vellykket smertelindring hos demente et tverrfaglig samarbeid (s.127). Det finner vi også igjen i helsepersonelloven (1999) § 4 der det står nedskrevet at dersom situasjonen til pasienten tilsier det skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling ved annet helsepersonell. Sykepleier sitt arbeid i det tverrfaglige samarbeidet blir å identifisere smertetilstanden, iverksette tiltak som lege har bestemt og vurdere effekten av tiltaket (Rustøen, 2007 s.127-132). En viktig oppgave er å videreformidle observasjoner til de andre i det tverrfaglige teamet (Bjoro & Torvik, 2010 s.336-337).

Sykepleier er avhengig av at pleiegruppen rapporterte dersom de oppdager smerter hos pasienter (Jenssen et al. 2013). Egenerfaring viser mangelfull dokumentering. En av årsakene til dette kan være stor andel ufaglærte og mangel på kunnskap om dokumentering. Samlet fører dette til at viktige observasjoner ikke blir dokumentert og videreformidlet.

Sykepleier på sykehjem er lett tilgjengelig og kan observere pasienten i det daglige (Rustøen, 2007 s.127-132). Forholdet mellom legen og sykepleier spiller en stor rolle. Dersom legen var usikker på smertetilstanden så var det lettere å ikke smertelindre pasienten. Usikre leger gjorde at noen pasienter kunne bli overmedisinert mens andre undermedisinert eller feilmedisinert. Resultatet av over-, under- eller feilbehandling er at pasientene kan bli sløve, sove mye og få ytterligere redusert kognitiv funksjon (Jenssen, et. al. 2013). Benner og Wrubel (2002) nevner i

sin teori at sykepleier skal være bevisst på pasienten. Ved å være bevisst på pasienten kan over-, under- eller feilbehandling unngås.

I studien til Jenssen et al. (2013) kom de frem til at pårørende også var en god samarbeidspartner i det tverrfaglige samarbeidet. Egenerfaring er ikke helt i samsvar med Jenssen et al. Noen pårørende kjenner sine nærmeste godt og kan være til god hjelp i kartlegging av endret oppførsel. Andre pårørende kommer ikke så ofte på besøk. De opplyser at det er vanskelig å se sine nære med endret personlighet. Mange demente forandrer personligheten (Skogen, 1999 s. 163). Det kan da være litt vanskelig å se endringer som tyder på smerter før det gir kroppslige utslag som for eksempel vekttap.

5.3 Avslutning

Demente pasienter med afasi er utsatt for smerter og ofte dårlig smertelindring. Det er svært viktig å få identifisert om pasienten har smerter siden uoppdaget smerter kan føre til at pasientens kognitive funksjon blir ytterligere redusert. Ved bruk av forskning og teori kommer det frem noen hovedpunkter som står sentralt i identifiseringen av smerter hos demente. Sykepleierne må ha gode kunnskaper om smertetegn, demens og kartlegging. Kjennskap til pasienten og de vanlige rutinene er viktig for å kunne oppdage kliniske endringer som tyder på smerter. Smertene kan komme til uttrykk gjennom atferden som endret spise-, søvn- eller aktivitetsmønster. Ved oppdagelse av atferdsendringer er det viktig med dokumentasjon slik at observasjonene som er gjort blir videreformidlet. Godt tverrfaglig samarbeid fremmer identifisering og behandling til pasienten. Det anbefales å bruke systematisk kartleggingsverktøy i identifiseringen av smerter.. Det må legges til rette for fagutvikling av personalet og opplæring i bruk av kartleggingsverktøy. Kartleggingsverktøy bør brukes mer på sykehjemmene for å vurdere smerter i tillegg til observasjoner av pasienten for å sikre en god og riktig smertevurdering som en del av sykepleieprosessen.

6 REFERANSELISTE

Benner, P., Wrubel, J. (1989) *Omsorgens betydning i sygepleje – stress og mestring ved sundhed og sykdom*. Oversatt av: Steinicke H. (2002) Dansk udgave: Munksgaard Danmark, København

Berentsen, V.D. (2010) Kognitiv svikt og demens I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (s.350-382) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Berntzen, H., Danielsen, A., Almås, H. (2010) Sykepleie ved smerter I: H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth, *Klinisk sykepleie 1* (4. utgave s. 355-398) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Bjørø, K., Torvik, K. (2010) Smerte I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (s.333-349) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Bondevik, M. (1999) Sykepleie til eldre – grunnleggende prinsipper I: M. Bondevik, H.A. Nygaard, *Tverrfaglig geriatri – en innføring* (s.105-111) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2013) Hentet fra:

<http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>

Den norske legeforeningen (2009) *Retningslinjer for smertelindring*. Hentet fra:

<http://legeforeningen.no/pagefiles/42355/retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>

Kandidatnr: 45

Eide, H., Eide, T. (2000) Spesielle utfordringer I: H. Eide, T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk.* (s.219-260) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier.* (3.utg.). Stockholm: Natur och kultur.

Galek, J., Gjertsen, M. (2011) *Får bedre smertebehandling.* Sykepleien 2011 99(13):62-64
DOI: 10.4220/sykepleiens.2011.0194

Hauge, S. (2010) Sykepleie i sykehjem I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten.*(s.350-382) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Helsedirektoratet (2013) Demens. Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx>

Helse- og omsorgsdepartementet (1999) lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Helse- og omsorgsdepartementet LOV-1999-07-02-64

<http://www.colourbox.com/image/old-man-in-wheelchair-talking-with-a-young-blond-girl-image-1178224> Hentet: 19.02.14

Husebø, B.S. (2012) Smerter hos pasienter med demens. Tidsskriftet den norske legeförening 2012; 132:1443. Doi: 10.4045/tidsskr.12.0615

Husebø, B.S. (2013) Demente opplever et smertehelvete uten ord. Hentet fra: <http://www.bt.no/nyheter/innsikt/Demente-opplever-et-smertehelveteuten-ord-2928563.html#.UuoG3WCPLIV>

Høgskolen i Bergen. (2012). Kunnskapsbasert praksis. Tilgjengelig fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/>

- Hølen, J.C., Saltvedt, I., Fayers, P.M., Bjørnnes, M., Stenseth, G., Hval, B., Filbet, M., Loge, J.H., Kaasa, S. (2005) *The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment*. Palliative Medicine (PALLIAT MED), 2005 Jul; 19 (5): 411-7. (32 ref)
- Jenssen, G-M., Tingvoll, W-A., Lorem, G.F. (2013) *Smertebehandling til personer med langtkommen demens*. Geriatrisk sykepleie 2013;5(3)26-34 Hentet fra: http://www.sykepleien.no/Content/1361710/13Gs3_vitensk_artikkel_smertebehandling_2406.pdf
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. (2010) Kartlegging. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*.(s.113-122) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kongsgaard, U.E., Wyller, T.B., Breivik, H. (2008) *Eldre trenger bedre smertebehandling*. Tidsskrift Den norske legeforening nr.5, 2008; 128:590-1
- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 4*. (s.13-99) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lillekroken, D., Slettebø, Å. (2013). *Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer*. Hentet fra: <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=3&sid=a8496581-d031-4d4a-a227-1d122ff7ce98%40sessionmgr112&hid=112&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2012305670>
- Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere –ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund
- Nortvedt, M. W, Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! – en arbeidsbok*. Oslo: Akribe

- Ranhoff, A.H. (2010) Den gamle pasienten I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten.*(s.75-86) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Rokstad, A.M.M. (2000) Mental aktivitet I: M. Karoliussen, & K.L. Smebye, *Eldre, aldring og sykepleie* (2. Utgave s.527-622) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Rustøen, T. (2007) Sykepleie, smerte og smertelindring I: A. Aambø (Red.) *Smerter – smerteopplevelse og atferd* (s.127-142) Oslo: Cappelen Forlag AS
- Rustøen, T., Stubhaug, A. (2010) Smerter I: U. Knutstad, *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2* (3.utg s.137-179) Oslo: Akribe
- Sandvik, R.K., Husebø, B.S. (2011) *Måler smerte hos personer med demens.* Sykepleien 2011 99(11):62-64 DOI: 10.4220/sykepleiens.2011.0162
- Skogen, O.R. (1999) Geriatri- definisjon- begrepsavklaring- noen generelle problemstillinger I: M. Bondevik, H.A. Nygaard, *Tverrfaglig geriatri –en innføring* (s.156-178) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Slettebø, Å. (2005) Forskningsetikk I: B.S. Brinchmann, (Red.). *Etikk i sykepleien.* (s.171-184) Oslo: Gyldendal akademisk
- Solheim, K. (1990) *Omsorg for aldersdemente i institusjon.* Otta: Kirsti Solheim og TANO A.S.
- Songe-Møller, S., Saltvedt, I., Hølen, J.C., Loge, J. H., Kaasa, S. (2005) *Smertemåling hos eldre med kognitiv svikt.* Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:1838 – 40
- Statistisk sentralbyrå (1999) Eldre i Norge Oslo: Statistisk sentralbyrå Hentet fra: <http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa32/sa32.pdf>
- Stortingsmelding nr.25 *Mestring, muligheter og meninger.* Demensplan 2015 (2005-2006) Helse og omsorgsdepartementet.

Kandidatnr: 45

Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ø. & Rustøen, T. (2010) *Pain and Quality of life among residents of Norwegian nursing homes*. Hentet fra:

<http://ezproxy.hsh.no:2083/science/article/pii/S1524904209000204#>

7 VEDLEGG OVERSIKTSTABELL

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
Lillekroken, D., Slettebø, Å. (2013) Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer	Å utforske hva sykepleiernes erfaringer er i forhold til smerter og smertelindring hos demente	Det er brukt en kvalitativ metode. Det ble gjort gruppeintervju. Det ble tatt lydopptak av samtalen og det var en til stede under samtale som skrev det som ble sagt. Det ble stilt utdypende spørsmål og bekreftende spørsmål for å være sikker på utsagnet ble tolket riktig. Var frivillig deltagelse.	Det var 3 fokusgrupper som deltok i studien. 2 geriatriske avdelinger ved sykehus og 1 dementavdeling ved sykehjem. Til sammen deltok 18 sykepleiere. Ingen var spesialutdannet innen geriatri. Deltagerne var i alderen 24-61 år og arbeidserfaringen varierte fra 3-35 år	Det kommer frem at grunnlaget for god smertebehandling er at pasienten kan gi uttrykk for smerte og effekt av smertestillende. Smertekartlegging hos demente ble sett på som en utfordring som kan være årsaken til at pasientene lider unødvendig. Det trengs mer forskning på området for å identifisere sykepleiernes behov for kunnskap.
Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ø. & Rustøen, T. (2010) Pain and Quality of life among residents of Norwegian nursing homes.	-å beskrive kliniske forskjeller hos pasienter som rapporterer smerte og dem som ikke gjør det. - å se på forskjeller på livskvaliteten hos smertepasienter og smertefrie pasienter. -å undersøke sammenhengen mellom smerter og livskvalitet.	Det er en Kvantitativ metode. Det er brukt MMS-test, Verbal Rating Scale (VRS) og Dementia Quality of Life (DQoL). Det var samme person som utførte MMS testen på alle pasientene. Studien foregikk over en periode på 8 måneder. Datasamling ble gjort (alder, kjønn, medisinkort, utdanning o.l.)	Utvalget i studien kommer fra 3 fylker og var fordelt på 7 kommunale sykehjem. Av 307 registrerte til studien, var det 106 personer som deltok. Snittalderen var på 86 år. Deltagerne måtte ha score på MMS testen på over 11. Deltagerne skulle være over 65 år.	Av pasientene som var registrert med smerter, var det ett stort antall av dem som ikke fikk smertebehandling. Dette førte for pasientene sin del til at de ble mer bekymret, frustrert, deprimert, irritabel og hadde mer angst. De kom frem til at det trengs mer forskning innenfor området smerte og å ha negative følelser. En del av helsearbeiderne sin jobb er å være

				bevisst på, evaluere og behandle smerter.
Jenssen, G-M., Tingvoll, W-A., Lorem, G.F. (2013) Smertebehandling til personer med langtkommen demens	Hensikten med studien var å sette fokus på hvilke erfaringer sykepleierne har i forhold til å vurdere smerter hos personer med langtkommen demens og språkvansker. De skulle også undersøke hvilke utfordringer sykepleierne møtte når de skulle vurdere graden av smerter hos personer med kognitiv svikt.	Det er en kvalitativ studie. Det ble gjort individuelle halvstrukturerte intervjuer av deltagerne. Det ble tatt lydopptak av samtalene. De ble i ettertid transkribert ordrett og deretter kodet og kategorisert. Forskningsgruppen diskuterte funnene fra studien og kom frem til 3 hovedtema som gikk igjen hos deltagerne.	Utvalget i artikkelen er 5 sykepleiere som jobbet på ulike sykehjem i 4 kommuner i Nord-Norge. De skulle ha lang erfaring med demente for å delta.	I konklusjonen kommer det frem viktigheten av økt kunnskap om oppfølging og behandling av smerter. I tillegg spilte et tverrfaglig samarbeid og pårørende en stor rolle for smertebehandlingen. Et kartleggings skjema kan brukes som hjelpemiddel. Sykepleierne må få mulighet til fagutvikling og ufaglærte må få nødvendig opplæring i forhold til demenssykdommene.

<p>Hølen, J.C., Saltvedt, I., Fayers, P.M., Bjørnnes, M., Stenseth, G., Hval, B., Filbet, M., Loge, J.H., Kaasa, S. (2005) The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å sjekke om Doloplus-2 kartleggingsverktøyet fungerte på pasienter med demens diagnose.</p>	<p>Ekspertene smertevurderte pasientene og uavhengig av disse brukte sykepleierne skjemaet på pasientene samme dagen. Etterpå ble resultatene sammenlignet.</p>	<p>Den ble testet ut på 59 sykehjemspasienter. De måtte ha demens diagnose og ikke verbal kommunikasjon.</p>	<p>Resultatene var at det var et godt verktøy, men det trengs revurdering og ytterligere godkjenninger av dette verktøyet.</p>
---	--	---	--	--