

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Hvordan kan sykepleiere identifisere smerter hos sykehjemsbeboere med langtkommen demens?

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Stavanger 10.05.2021

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Forord:

When I wander

When I wander, don't tell me to come and sit down. Wander with me. It may be because I'm hungry, thirsty, need the toilet.

Or maybe I just need to stretch my legs.

When I call for my mother (even though I'm ninety!) don't tell me she has died. Reassure me, cuddle me, ask me about her.

It may be that I am looking for the security that my mother once gave me.

When I shout out please don't ask me to be quiet... or walk by.

I am trying to tell you something, but may have difficulty in telling you what. Be patient. Try to find out. I may be in pain.

When I become agitated or appear angry, please don't reach for the drugs first. I am trying to tell you something. It may be too hot, too bright, too noisy. Or maybe it's because I miss my loved ones. Try to find out first. [...]

-Author unknown

Hentet 25.04.2021(<https://cavuhb.nhs.wales/files/dementia/dementia-poem-1-pdf/>)*

Sammendrag

Bakgrunn: Ifølge folkehelseinstituttet har i overkant 80 prosent av de som har langtidsplass i sykehjem en demensdiagnose og demenssykdom er hovedårsaken til innleggelse på sykehjem. Forekomsten av demens øker med alderen og ettersom vi i dagens samfunn har økning i antall eldre vil dette trolig medføre at flere vil få en demensdiagnose. Helsedirektoratet antar at det vil bli en fordobling av personer med demens frem mot år 2040.

Personer med langtkommen demens kan befinne seg i en sårbar gruppe når det kommer til smertebehandling. Dette kan skyldes manglede evne til å rapportere om opplevd smerte. Disse pasientene er derfor avhengige av at sykepleierne kjenner dem godt og at de vet hvordan de skal identifisere, kartlegge og behandle smerte.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan identifisere smerter hos sykehjemsbeboere med demens.

Metode: Vi har i vår oppgave benyttet oss av en allmenn litteraturoversikt hvor vi har analysert fem fagfelleverderte forskningsartikler. To av artiklene var kvantitative og tre var kvalitative. Resultatene fra forskningsartiklene, relevant pensum og egne refleksjoner utgjør grunnlaget for vår besvarelse av oppgaven.

Resultat: Halvparten av sykehjemspasientene med demens i vårt materiale opplever smerte. Dette kan skyldes at sykepleierne synes det er vanskelig å kartlegge smerter hos personer med demens. Våre analyserte forskningsartikler viser også at smertekartleggingsverktøy blir lite brukt i praksis. Sykepleierne mangler kunnskap om smertekartleggingsverktøy og bruken av disse. Videre viser forskningen at kjennskap til pasienter med demens og bruk av smertekartleggingsverktøy som MOBID-2 bidrar til at sykepleierne lettere kan fange opp behovet for smertebehandling hos personer med demens.

Konklusjon: Bruk av smertekartleggingsverktøy bør implementeres og brukes aktivt på sykehjemsbeboere med demens. Som et bidrag for å øke bevisstheten knyttet til temaet og bedre samspillet mellom de ansatte, kan det dannes refleksjonsgrupper. Ledelsen bør tilstrebe å ha tilstrekkelig sykepleiebemanning med kjennskap til pasientene på vakt til enhver tid. Sykepleierne må selv være aktiv i å tilegne seg nye kunnskaper samtidig som ledelsen legger til rette for kompetanseheving.

Nøkkelord: Demens, smerte, smertekartlegging, smertekartleggingsverktøy, sykehjem, identifisere, MOBID-2, sykepleier.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	5
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Hensikt	2
1.4	Begrepsavklaring og definisjoner.....	2
1.4.1	Demens	2
1.4.2	Smerte.....	2
1.4.3	Menneske-til-menneske-forhold.....	3
2	Teori.....	3
2.1	Demens.....	3
2.2	Personsentrert omsorg.....	4
2.2.1	Trøst.....	6
2.2.2	Identitet.....	6
2.2.3	Tilknytning	6
2.2.4	Bekreftelse	7
2.2.5	Inkludering	7
2.3	Smerte.....	7
2.3.1	Smertekartlegging.....	8
2.3.2	Kartlegging av smerter hos eldre personer med demens uten språk	8
2.4	Travelbee – menneske til menneske forhold.....	10
3	Metode	12
3.1	Valg av metode.....	12
3.2	Kildekritikk	13
3.3	Søkeprosessen og valg av litteratur.....	13
4	Resultat	14
4.1	Konsekvenser av smerter	14
4.2	Bruk av kartleggingsverktøy for å vurdere smerter	15
4.3	Bli kjent med pasienten	16
4.4	Sykepleierens perspektiv.....	17
4.4.1	Kommunikasjon og samspill på arbeidsplassen.....	17
4.4.2	Rutiner for smertekartlegging og smertelindring.....	17

4.4.3	Faglig kunnskap.....	19
4.4.4	Etikk	19
5	Resultatdiskusjon.....	20
5.1	Metodediskusjon	20
5.2	Resultatdiskusjon	22
5.2.3	Kommunikasjon.....	23
5.2.4	Konsekvenser av smerter	24
5.2.5	Bli kjent med pasienten.....	25
5.2.7	Etikk.....	27
6	Anvendelse i praksis.....	28
7	Litteraturliste:	29
8	Vedlegg.....	32
8.1	Vedlegg 1: Oversikt over analyserte artikler.....	32
8.2	Vedlegg 2: Beskrivelse av smerte	36
8.3	Vedlegg 3: MOBID-2 smerteskala.....	37

Antall ord: 10 221

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge folkehelseinstituttet har i overkant 80 prosent av de som har langtidsplass i sykehjem en demensdiagnose og demenssykdom er hovedårsaken til innleggelse på sykehjem. Forekomsten av demens øker med alderen og ettersom vi i dagens samfunn har en økning i antall eldre vil dette trolig medføre at flere vil få en demensdiagnose. Helsedirektoratet antar at det vil bli en fordobling av personer med demens frem mot år 2040. Dette vil stille høyere krav til kommunale helse- og omsorgstjenester når det kommer til kapasitet, kompetanse og faglig tilnærming, fysisk utforming og samhandling med pårørende og frivillige. I tillegg vil samarbeidet med spesialhelsetjenesten bli påvirket (Helsedirektoratet, 2017, s. 2 kap. 1).

Smerter er en subjektiv opplevelse og selvrapportering av smerter er derfor viktig. Personer med langtkommen demens er en sårbar gruppe på mange områder, særlig når det kommer til å gi uttrykk for smerter. De kan ikke selv rapportere om smerter og kan dermed få problemer med å uttrykke sine behov. De er derfor avhengig av at sykepleieren har kjennskap til dem som person og at de vet hvordan de skal kartlegge og behandle smerter (Sandvik & Husebø, 2011, s.62).

Vi har begge både gjennom praksis og arbeid møtt pasienter med alvorlige demensdiagnoser som har hatt vansker med å uttrykke seg verbalt. Derav har vi møtt ulik behandling og tilnærming til denne pasientgruppen. Vi mener at kunnskap er nødvendig for å kunne identifisere smerter og oppnå best mulig smertelindring hos pasienter som ikke selv kan uttrykke dette. Ingen av oss har i praksis blitt presentert for MOBID-2, noe vi mener er bekymringsverdig. Vi har begge fått jobb på sykehjem, en av oss på korttids dement avdeling. Denne problemstillingen vil derfor være svært relevant for oss i tiden fremover.

Vi ønsker å belyse viktigheten rundt dette temaet. En sykepleier som til enhver tid bruker alle sine sanser, har en respektfull væremåte, viser omsorg og har kunnskap rundt temaer, har muligheten til å kunne øke livskvaliteten og bidra til å skape positive stunder til denne gruppen pasienter og deres pårørende.

Vi har i oppgaven brukt forskning og teori som allerede er tilgjengelig for å best mulig kunne svare på oppgavens problemstilling. Gjennom oppgaven har vi som fremtidige sykepleiere fått mer kunnskaper om temaet og blitt bedre rustet for å komme ut i arbeid.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleiere identifisere smerter hos sykehjemsbeboere med langtkommen demens?

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse viktigheten av å fange opp smerter hos personer med demens og hvordan smerter kan komme til uttrykk hos denne pasientgruppen. Oppgaven har også en formell hensikt da det er et ledd i vår sykepleie utdanning ved universitet i Stavanger.

1.4 Begrepsavklaring og definisjoner

1.4.1 Demens

Engedal et al. (2009) definerer demens på følgende måte:

«En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i de psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverres seg ofte over tid» (Engedal et al., 2009, s. 20).

1.4.2 Smerte

Ifølge International Association for study of pain defineres smerte slik: *«Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse» (Danielsen et al., 2016, s.383).*

1.4.3 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbee (2001) definerer et menneske-til-menneske-forhold slik:

«Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de eller den sykepleieren har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at pasienten eller pasientens pårørende får sine sykepleiebehov ivaretatt» (Travelbee, 2001, s.177).

Travelbee mener at ved å bruke ordet «pasient» blir vedkommende utsatt for stereotypisering. Hun mener videre at individet dermed kan bli oppfattet på grunnlag av tittelen og at dette kan komme i veien for å se mennesket bak «pasienten» (Travelbee, 2001, s. 69-70). På samme måte hevder hun at ordet «sykepleier» også er en merkelapp og kan bidra til at mennesket bak sykepleieren blir avhumanisert og dermed ikke oppfattes som et unikt individ. Sykepleieren kan dermed bli sett på som en tjener (Travelbee, 2001, s. 76). Hun velger derfor å unngå disse begrepene. Til tross for dette har vi valgt å bruke «sykepleier» og «pasient» i vår oppgave da vi mener det vil bli lettere for leserne å se forskjellen på disse perspektivene.

2 Teori

2.1 Demens

Demens er en samlebetegnelse på en rekke sykdommer som rammer ulike deler av hjernen og dens funksjon. Skovdahl & Berntsen (2016) påpeker at demens ikke er en sykdom, men et syndrom og kan være forårsaket av ulike sykdommer og skader (Skovdahl & Berntsen, 2016, s.411-412). For at ordet demens skal kunne benyttes må redusert hukommelse være et faktum. Det forekommer også en svikt i å utføre dagligdagse aktiviteter som personen tidligere har klart og dette må være relatert til hukommelsestapet (Engedal et al., 2009, s.17). I tillegg til hukommelsestap, er det også andre symptomer som er vanlige deriblant svekket oppmerksomhet, redusert orienteringsevne, apraksi og atferdsforstyrrelser som depresjon, angst, apati og agitasjon. Disse symptomene varierer ut i fra typen demenssykdom, hvilket område i hjernen som er skadet, miljøfaktorer, sosiale faktorer og mestringsstrategier (Skovdahl & Berntsen, 2016, s.416-418).

I Norge bruker vi et klassifikasjonssystem kalt ICD, International Classification of Diseases and Related Health Problems. Kriteriene som må være oppfylt for å kunne sette en

demensdiagnose er ifølge ICD-10: Hukommelsen må være svekket og det er også en svikt i andre kognitive funksjoner som tenkning, dømmekraft og planlegging. En svikt i forhold til emosjonell kontroll må også finne sted samt endret sosial atferd og minst tre av følgende: emosjonell labilitet, irritabilitet, apati og unyansert atferd. Tilstanden må også ha vart i mer enn seks måneder (Engedal et al., 2009, s.17).

Demens kan deles inn i ulike former. Disse er degenerative demenssykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. Under degenerative demenssykdommer kommer Alzheimers, frontallappdemens, Parkinson med demens, demens med lewylegemer og andre degenerative hjernesykdommer. Hvorav Alzheimers er den vanligste formen for demens.

Vaskulær demens kan ha flere årsaker, men den vanligste årsaken er hjerneinfarkt. Sekundær demens kommer som følge av en annen sykdom, dette kan vær sykdommer som B12-mangel, aids, langvarig store alkoholforbruk, hjerneskadet, svulst eller encefalitt (Skovdahl & Berentsen, 2016, s.412-414).

Utviklingen av demens arter seg ulikt fra person til person. De degenerative demenssykdommene utvikles ofte i løpet av en tiårsperiode, hos noen raskere, hos andre tar utviklingen lengre tid. Utviklingen deles gjerne inn i tre faser. I den første fasen er det ofte tegn på svikt i korttidshukommelsen og praktiske gjøremål som spising, handling og personlig hygiene blir ofte glemt. Pasienten kan også har problemer med å ordlegge seg og ha svekket evne i forhold til orientering. I sykdommens neste fase kommer de fleste i kontakt med helsevesenet. Flere får problemer med språket og noen mister evnen til å kommunisere verbalt, psykotiske symptomer er også vanlig her. I den siste fasen er de fleste pasienter totalt avhengige av hjelp, derfor kalles denne fasen for pleiefasen. Pasienten får problemer med motorikken i form av gangproblemer og balansesvikt samt inkontinens problemer (Engedal et al., 2009, s.20-22).

2.2 Personsentrert omsorg

Ifølge Kitwood handler personsentrert omsorg om å løfte frem personen med demens som et fullverdig menneske. En skal gjennom denne omsorgsteorien prøve å se verden ut fra personer med demens sitt perspektiv (Berentsen & Tretteteig, 2016, s.228). Videre skal det tas utgangspunkt i den enkeltes livshistorie, personlighet og behov når det planlegges og gis omsorg til hver enkelt person (Berentsen & Tretteteig, 2016, s. 238).

For å kunne hjelpe personer med demens må helsepersonell ha kjennskap til personen og i dette arbeidet kan pårørende være en god medspiller. Sammen kan de hjelpe pasienten med å holde fast i den personen han en gang var (Berentsen & Tretteteig, 2016, s. 230-231).

Persontrent omsorg er et vidt begrep og Brooker som hadde arbeidet tett sammen med Kitwood sammenfattet derfor persontrent omsorg til fire deler. Disse fire blir kalt VIPS-modellen og hver bokstav står for sin del, som er sentral i persontrent omsorg. Alle elementene er like viktige, og alle må være med for at omsorgen skal være persontrent.

- **Verdigrunnlag** - handler om at både personer med demens og pleieren som har omsorg for pasientene skal bli verdsatt.
- **Individuell tilnærming** - omsorgen som skal gis skal være individuell og tilpasses til den enkelte.
- **Perspektiv** - omhandlet at pleieren skal tilstrebe å se og forstå verden ut ifra personen med demens sitt perspektiv. Empati vil være en viktig egenskap for personalet for at det skal være mulig å sette seg inn i situasjonen til personer med demens.
- **Sosialt miljø** – det siste elementet i VIPS-modellen handler om å skape et godt miljø for personen med demens (Berentsen & Tretteteig, 2016, s.228-229).

Kitwood mener alle mennesker har fem psykologiske behov og at mennesker med demens ofte trenger hjelp til å få disse behovene dekket. Dette er verdiene persontrent omsorg er bygget opp av. Han illustrere disse behovene ved hjelp av en blomst der kronbladene overlapper hverandre og alle springer ut fra det sentrale behovet for kjærlighet (Berentsen & Tretteteig, 2016, s.231).



(Berentsen & Tretteteig, 2016, s. 231)

2.2.1 Trøst

Personer med demens kan ha vanskeligheter med å verbalt uttrykke behovet for trøst og krever dermed at sykepleieren og annet helsepersonell vet hva de skal se etter. Trøst handler om å vise nærhet og varme, det gir en følelse av trygghet og er med på å dempe angst (Berentsen & Tretteteig, 2016, s.231).

2.2.2 Identitet

Demensdiagnosen kan føre til at pasienten ikke selv vet hvem de er og de er derfor avhengig av at andre kjenner deres livshistorie. Dette forsterkes gjennom aksept, annerkjennelse og ros. Barnsliggjøring kan undergrave pasientens identitet (Berentsen & Tretteteig, 2016, s. 231-232).

2.2.3 Tilknytning

Mennesker er skapt for å leve i felleskap og er avhengige av andre mennesker for å fungere optimalt. Når en person får demensdiagnose kan det oppleves som at premissene for tilknytning blir endret og at en blir enda mer avhengige av andre. En kan hjelpe pasienten til å føle tilhørighet ved å erkjenne personen slik han er (Berentsen & Tretteteig, 2016, s. 232).

2.2.4 Bekreftelse

Bekreftelse handler om å føle at en selv har innflytelse og påvirkning på eget liv. Sykepleierne, som har kjennskap til pasienten og hans livshistorie, kan bedre tilrettelegge for at pasienten kan få en hverdag med viktige og meningsfulle aktiviteter (Berentsen & Tretteteig, 2016, s. 232).

2.2.5 Inkludering

Oppfylles ikke behovet for å bli inkludert står personen i fare for å bli isolert. Personer med demens kan trenge tilrettelegging for å kunne delta i et fellesskap. Dette kan gjøres ved å legge til rette ved at gruppen mennesker ikke er for stor og at det skjer i trygge og kjente omgivelser (Berentsen & Tretteteig, 2016, s. 232-233).

2.3 Smerte

Bare den som kjenner smerten kan selv vite hvordan den føles. Smerter kan dermed skyldes den subjektive opplevelsen av å ha smerte og ikke bare direkte vevsskade. Dette gjør smertefenomenet til en svært kompleks opplevelse (Danielsen et al., 2016, s.383). Smerte er en av de mest utfordrende problemene innen biologi og medisin (Lynch et al., 2011, s. 3). Samtidig er evnen til å kunne føle smerte nødvendig for menneskets velvære og overlevelse. Nociceptorer (smertereseptorer) i menneskekroppen har som oppgave å lede smertesignal til hjernen når kroppen utsettes for skade. Når en skade oppstår utløser smertesystemet en rekke forsvarsmekanismer som for eksempel tilbaketrekningsreflekser (Cavanaugh & Basbaum, 2011, s.14).

Smerte deles inn i to hovedgrupper, akutte og kroniske smerter. Akutte smerter oppstår plutselig og avtar når årsaken til smerten korrigeres. Denne smerten er også kortvarig. Eksempler på akutte skader kan være kirurgi, fødsel, kutt, brannskade eller benbrudd (Danielsen et al., 2016, s. 394). Smerter som varer i over tre måneder og opptrer daglig regnes som kroniske smerter. Disse smertene kan ha klare årsaker som for eksempel langvarig smerte relatert til tidligere skade eller kirurgi. Likevel kan årsaken til kronisk smerte være et mysterium da man ikke klarer å finne årsaken til den (Danielsen et al., 2016, s. 414). I tilfeller hvor en pasient kontakter lege for akutte smerter, kan observasjoner og årsaken til smerte av pasienten gjøre det enklere for behandler å se at pasienten faktisk har smerter. Kommer pasienten inn med f.eks brudd eller hevelse og samtidig har rask puls, svette og blekhet, kan dette indikere at pasienten opplever store smerter. I tilfeller hvor pasienten kommer til lege for kroniske smerter er pasienten mer

avhengig av at legen skal tro på det de sier, da det ikke er noen særlige observerbare tegn som viser pasientens smerte (Danielsen et al., 2016, s. 383).

2.3.1 Smertekartlegging

For at sykepleieren skal kunne gi pasienten en individuell tilpasset og tilfredsstillende smertelindring, må sykepleieren kartlegge og vurdere pasientens smerte. For å gjøre dette innhentes det spesifikk datasamling fra pasienten. Se vedlegg 2. Sykepleieren må også ta i betraktning eventuelle kulturelle og individuelle forskjeller som kan påvirke pasientens svar. En pasient kan ha høyere smerteterskel enn en annen og vil dermed uttrykke smerte på et senere tidspunkt. Noen kan forsøke å skjule smerten for å fremstå som mer «tøffe», mens andre har ikke noe problem med å uttrykke smerter. Som sykepleier må man være bevisst dette og prøve å forstå pasientens subjektive opplevelse av smerten. Om ikke er risikoen stor for at pasientens smerte ikke blir tilstrekkelig lindret (Danielsen et al., 2016, s. 388-389).

I møte med pasienten kan sykepleieren indirekte gjøre en klinisk vurdering av pasientens smerte ved å observere fysiologiske tegn. I møtet med pasienter med demens er observasjoner svært aktuelt. Svetting, utvidede pupiller, høy respirasjonsfrekvens og puls samt forhøyet blodtrykk er noen akutte fysiologiske smertereaksjoner som kan observeres. Om pasienten opplever smerter fra indre organer kan det observeres blek og klam hud, bradykardi eller blodtrykksfall. Pasientens egen verbale beskrivelse av smerte er en viktig indikator sykepleieren kan bruke for å behandle smerten. Likevel må sykepleieren være observant og kunne fange opp eventuelle tegn til smerte pasienten gir gjennom ikke-verbal atferd (Danielsen et al., 2016, s.389).

2.3.2 Kartlegging av smerter hos eldre personer med demens uten språk

Smertekartlegging og smertebehandling hos eldre er ifølge Torvik & Bjørø (2016) kompleks og krever et godt tverrfaglig samarbeid, der både pasienten og pårørende er involvert. Særlig pasienter som ikke selv kan rapportere om smerter er en sårbar gruppe. De vil derfor være avhengige av sykepleierens observasjoner og at de rette tiltakene blir iverksatt. Det er legen som er ansvarlig for den medisinske utredningen. Likevel er det sykepleieren som tilbringer mest tid sammen med pasienten og har dermed bedre muligheter til å observere smerter og evaluere tiltak som blir iverksatt. Hos pasienter hvor det ikke er mulig å kartlegge smerter ved hjelp av verbal kommunikasjon, er det ulike indikatorer som kan være tegn til smerte som beskrevet i tabellen under (Torvik & Bjørø, 2016, s.393-394).

Tabell 1 – Smerteindikatorer hos gamle med demens

Ansiktsuttrykk	Mørkt, trist, fryktsomt, grimaser, rynket panne, lukkede øyne, rask blinking.
Verbalisering, vokalisering	Sukking, jamring, stønning, grynting, roping, gjentatte monotone rop, støyende utbrudd, rop om hjelp, grove utrop.
Kroppsbevegelser	Rigid og anstrengt kroppsstilling, beskyttende kroppsbevegelser, urolige, nervøse bevegelser, gyngende bevegelser, rytmiske bevegelser, begrensende, monotone bevegelser, endringer i gangart og kroppsbevegelser.
Forandring i mellommenneskelig samhandling	Aggressiv, stridslysten, motsetter seg omsorg, minkende sosiale interaksjoner, sosialt uakseptabel, opprivende, forstyrrende oppførsel, tilbakeholden, reservert oppførsel.
Forandring i aktivitetsmønster og rutiner	Matvegning, endring i matlyst, lengre hvileperioder, endring i søvnmønster, plutselige endringer i vanlige rutiner, økt vandring.
Forandring i mental status	Gråtetokter, rennende tårer, økt forvirring, irritabilitet.

(Torvik & Bjøro, 2016, s.398)

Ifølge Torvik og Bjøro (2016) er personer med demens særlig utsatt for mangelfull smertevurdering og behandling er utfordrende. Etter hvert som tilstanden utvikler seg og evnen til kommunikasjon blir dårligere vil pasienten ha problemer med å gjøre rede for sin smerte. Dermed blir observasjon av atferd essensielt for å fange opp mulige smerteindikatorer. Det er utviklet ulike skjemaer for å fange opp smerter hos personer uten språk. Torvik og Bjøro (2016) nevner tre ulike skjemaer: CNPI (Checklist of nonverbal pain) ble utviklet spesielt for å fange opp hoftebrudd. Doplus-2 er et skjema for å kartlegge kroniske smerter hos de som ikke selv kan rapportere om smerter, skjemaet har blitt prøvd ut i sykehjem på personer med demens og vist seg å fungere bra. MOBID-2 krever observasjoner basert på fysiske mobiliseringer av pasienten (Torvik & Bjøro, 2016, s. 397-398). Instrumentet ble utviklet og testet i doktorgradsprosjektet «Assessment of Pain in Patients with Dementia» ved Universitetet i Bergen. Det er en todelt smerteskala der del 1 inneholder fem ulike konkrete observasjoner sykepleieren kan utføre eller veilede hos pasienten: åpne begge hender, strekke armene mot hodet, bøye og strekke ankler, knær og hofteledd, snu seg i sengen til begge sider og sette seg

opp på sengekanten. Det kan da være mulig å observere og dokumentere smerter ut fra lyder, ansiktsuttrykk og avvergende reaksjoner som at pasienten holder pusten skyver seg vekk, stivner eller krymper seg. Atferden tolkes ut fra en skala fra 0-10 (0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte). Del 2 av MOBID-2 forsøker å fange opp smerter relatert til indre organer, hode og hud. Også her blir smertene tolket ut fra en skala på 0 til 10 (Sandvik & Husebø, 2011, s. 64). Se vedlegg 3.

2.4 Travelbee – menneske til menneske forhold

Joyce Travelbee (1926-1973) var en amerikansk psykiatrisk sykepleier som også jobbet som lærer i sykepleieutdanningen. Etter andre verdenskrig mente Travelbee at det hadde oppstått en avhumanisering innenfor helsesektoren i USA. Hennes teori var dermed en reaksjon på dette. Selv om Travelbee gikk bort for mange tiår siden har hennes arbeid fortsatt stor plass i pensumlitteratur og sykepleieutdanning i Norge. Vi valgte å bruke Travelbee sin sykepleieteori da vi mener denne er svært relevant for vår oppgave (Travelbee, 2001, s. 5-6). Vi ser også mange likhetstrekk mellom teorien til Kitwood og Travelbee da de begge fokuserer på viktigheten av de mellommenneskelige relasjonene.

Menneske-til-menneske-forhold er ifølge Travelbee avgjørende for at en sykepleier skal oppnå sitt formål som sykepleier. Hun hevder at sykepleierens formål er å hjelpe et individ eller en familie med å forebygge eller møte sykdom og lidelse samt finne mening i situasjonen (Travelbee, 2001, s. 171).

Et viktig kjennetegn i et menneske-til-menneske-forhold er at både sykepleieren og den syke ser på hverandre som unike individer og ikke som «sykepleier» og «pasient». For at dette forholdet skal oppstå må sykepleieren gå bevisst inn for å lære den syke å kjenne, og all kontakt mellom dem er et skritt på veien til et menneske-til-menneske-forhold. Prosessen med å bygge opp et slikt forhold inneholder fire faser, og det kan variere hvor lang tid det tar å etablere forholdet. Både progresjon til neste fase og tilbakefall til tidligere faser er vanlig og en naturlig del av prosessen. Arbeidet med å bygge et slikt forhold kan også stoppe opp i en av fasene noe som resulterer i at forholdet ikke blir fullverdig (Travelbee, 2001, s-171-176). Travelbee hevder at et slikt forhold er viktig både for sykepleierne og den syke og at det er en gjensidig prosess. Sykepleieren har også behov selv når hun er på arbeid. En del av behovene blir ivaretatt gjennom forholdet til den pasienten. (Travelbee, 2001, s. 177-178).

De fire fasene Travelbee mener et menneske-til-menneske-forhold er bygget opp av er:

1. Det innledende møte
2. Fremvekst av identiteter
3. Empati
4. Sympati og medfølelse

Den første fasen handler om når sykepleierne møter en person for første gang. Fasen er preget av observasjoner, antakelser og meninger om hvem personen er, det samme skjer også for den syke. Det er dette vi kaller for et førsteinntrykk. Ut ifra dette inntrykket vil det oppstå ulike følelser og dette danner videre grunnlag for beslutninger som tas. I denne første fasen ser ofte den syke på sykepleieren som «en sykepleier» og sykepleieren ser på den syke som «pasient.» Det er sykepleierens oppgave å bryte med disse stereotypene. Når sykepleieren begynner å se på den syke som et unikt individ og den syke responderer, går forholdet over i neste fase som er fremvekst av identitet. Her begynner prosessen med å verdsette den andre som et unikt menneskelig individ samt å etablere tilknytning til hverandre. Denne fasen karakteriseres ved at sykepleieren begynner å legge merke til hvordan den syke som individ føler og tenker rundt situasjonen. Hvis en av partene mangler evnen til å oppfatte den andre som unik, bruker sammenligning eller er misunnelig kan det skape hindringer for videreutviklingen av et menneske-til-menneske-forhold. En viktig oppgave for sykepleieren i denne fasen vil være å bli bevisst på hvordan hun oppfatter og anerkjenne den syke som et unikt individ. Det er også sykepleierens oppgave å vurdere likheter og forskjeller mellom dem slik at empati kan vokse frem (Travelbee, 2001, s. 186-192).

Fasen om empati handler om evnen til å leve seg inn i og forstå den andres psykiske tilstand. Det handler om å forstå den andre, men ikke nødvendigvis tenke og føle det samme som den andre. Empati alene fører ikke til gjensidig forståelse og kontakt, men ved hjelp av empati blir en i stand til å forutsi den andres atferd. Empati er ikke tilstrekkelig for at forholdet blir fullverdig og det må videreutvikles til neste fase (Travelbee, 2001, s. 193-200).

Den fjerde og siste fasen er evnen til sympati og medfølelse som kjennetegnes ved en trang og/eller et ønske om å lindre plage og å hjelpe den andre. I denne fasen forstår man den andres følelser, men man tar også aktiv del i dem. Ved å føle sympati og medfølelse vil en føle at den andres plager angår seg selv og det foreligger et stort ønske om å hjelpe den andre. Den syke

opplever at sykepleieren hjelper, ikke bare fordi hun må, men fordi hun er interessert i den syke som et unikt individ. Sykepleierens oppgave i denne fasen er videre å handle og å vite hva hun skal gjøre i den gitte situasjonen for å dekke behovet for sykepleie. Etter en har vært gjennom disse fire fasene går forholdet over i gjensidig forståelse og kontakt som Travelbee mener er det overordnede målet for all sykepleie (Travelbee, 2001, s. 210-211).

3 Metode

Metode handler om hvilken fremgangsmåte som anvendes for å samle data og informasjon om noe man vil undersøke (Dalland, 2017, s.52). I forskning innenfor sykepleie er det i hovedsak to metoder som benyttes, kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. Kvantitativ metode gir oss svar i målbare enheter som tall og prosent. En kvalitativ metode baserer seg derimot på meninger og opplevelser og kan ikke tallfestes. Begge metodene er gode på hver sin måte og kan bidra til bredere innsikt iblant annet hvordan enkeltmennesker eller institusjoner kommuniserer og handler (Dalland, 2017, s. 51-52).

3.1 Valg av metode

En litteraturoversikt handler ifølge den svenske sykepleieforskeren Friberg om å skape en oversikt over kunnskapstilstanden innenfor et bestemt sykepleierelatert område, eller om et problem innenfor sykepleierens kompetanseområde. Det studeres da resultater fra allerede gjennomførte og publiserte forskningsstudier (Friberg, 2017, s. 141-142). I en litteraturoversikt kan både kvalitativ og kvantitativ forskning benyttes (Friberg, 2017, s. 143). Friberg skiller mellom allmenn og integrativ litteraturoversikt, begge disse metodene har en del fellestrekk ved at en må innhente og lese gjennom allerede eksisterende data, dokumentere i en oversiktstabell, identifisere likhetstrekk og ulikheter og til slutt gjøre en sammenstilling av funnene som er gjort i artiklene (Friberg, 2017, s. 148-150). Integrativ litteraturoversikt innebærer at man tar oppgaven et skritt lengre ved at man også trekker egne konklusjoner ut fra resultatet. På denne måten lages det en ny helhet (Friberg, 2017, s.150). Det er allmenn litteraturoversikt som ligger til grunn for vår metodiske tilnærming i denne oppgaven. Datasamlingen vår begynte med å lese gjennom og analysere fem artikler, for å få en bedre oversikt over funnene i artiklene har vi satt disse inn i en tabell som vist i vedlegg 1. Vi så videre på ulikheter og likhetstrekk og kom til slutt frem til punkter vi mente var relevante som svar på oppgavens problemstilling.

3.2 Kildekritikk

Når vi valgte kilder, var det viktig å vurdere dem med et kritisk blikk. Det var viktig å sørge for at kildene var relevante for oppgavens problemstilling og at de var troverdige og faglig. Dalland har satt opp et kildetypehierarki hvor vitenskapelige tidsskrifter står øverst. Disse artiklene har redaksjoner som kvalitetsikrer det som blir utgitt. Uavhengige fagpersoner skal også vurdere om artiklene holder vitenskapelig standard. Alle artiklene vi har valgt i vår oppgave er vitenskapelige tidsskrifter. Vi har i tillegg brukt pensum som kilder. Pensum kan ofte være sekundærlitteratur, det vil si at teksten kan være endret og fortalt av en annen enn den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2017, s. 153-154). Likevel mener vi at pensum er helt nødvendig for å styrke oppgavens teoretiske grunnlag.

3.3 Søkeprosessen og valg av litteratur

For å finne relevante forskningsartikler anvendte vi søkeordene: sykepleie, sykehjem, eldre, demens, smerte, smertebehandling og smertekartlegging. Vi kombinerte de ulike ordene og søkte både på engelsk og norsk. For å avgrense ytterligere ble det bare søkt etter fagfelleverderte artikler og nyere forskning fra 2011 til 2021. Et annet utvalgs-kriterie var at artiklene var hentet fra tilnærmet lik kultur som i Norge. Vi søkte etter forskning i ulike databaser som Cinahl, AMED, British Nursing Index, SveMed+ og Oria.

Den første artikkelen «kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtommen demens og smerter» ble funnet på sveMed+. Først søkte vi med ordene «pain AND dementia», dette ga 14 treff. Videre ble ordene «measurement, pain assessment, nursing» lagt til. Da kom det fire artikler. Her leste vi overskriftene og sammendraget og fant dermed frem til denne relevante artikkelen. Artikkel nummer to ble funnet på Oria. Søkeordene som ble brukt var «smerter, eldre, demens» og ga oss 29 artikler. Videre la vi til søkeordet «smertekartlegging», dette resulterte i tre artikler. Av disse valgte vi den relevante artikkelen «Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.» Artikkel nummer tre fant vi på svemed+ da vi benyttet oss av søkeordene «smertebehandling og demens». Det dukket da opp tre artikler hvor vi leste gjennom sammendraget og fant ut at «Smertebehandling til personer med langtkommen demens» var veldig relevant for oppgaven. Den fjerde artikkelen ble funnet på Cinahl. Søkeordene vi brukte var «dementia, pain, nursing home». Dette søket ga oss 43 treff. For å avgrense ytterligere la vi til søkeordet «evaluation». Dette ga oss et treff, «Psychometric Evaluation of the MOBID Dementia Pain Scale in U.S Nursing Homes». Etter å

ha lest gjennom denne følte vi at artikkelen passet godt sammen med oppgavens problemstilling. Den femte artikkelen fant vi også på Cinahl. Da brukte vi søkeordene «evaluation, pain, dementia» og fikk opp 7 treff. Vi leste da gjennom sammendragene og fant den aktuelle artikkelen, «Evaluation of a pain Assessment of Procedure in Long-Term Care Residents With Pain and Dementia». I oppgaven har vi også benyttet faglitteratur for å tilegne oss tilstrekkelig kunnskap i forhold til problemformuleringen.

For å få en tydelig oversikt over de utvalgte artiklene har vi valgt å presentere dem i en tabell. På denne måten ble det lettere å se likheter og ulikheter fra studiene. Her har vi også presentert styrker og svakheter ved artiklene. Se vedlegg 1.

4 Resultat

Gjennom arbeidet med å analysere artiklene har vi delt det kommende kapittelet i fire hoveddeler. I de to første delene har vi sett på hvordan sykepleieren kan identifisere og kartlegge smerter og hvilke kjennetegn smerter har. I den tredje delen har vi sett på viktigheten av å ha kjennskaper til pasienten. I den siste delen ser vi på hva sykepleieren mener er utfordrende og hvorfor smertekartleggingen hos personer med demens uten språk er et vanskelig tema.

4.1 Konsekvenser av smerter

Det er ifølge Rostad et al. (2019) lite forskning på hva som kjennetegner smerter hos personer med demens på sykehjem, selv om det ifølge tidligere studie forekommer hos opptil 80 prosent av beboerne på sykehjem (Rostad et al., 2019, s. 3). De få studiene som tidligere er gjort som inkluderer sykehjemsbeboere med langtkommen demens, viser til at det er en sammenheng mellom smerte og kliniske kjennetegn. Det kan være nevropsykiatriske symptomer, eksempelvis depressive symptomer, agitasjon og større hjelpebehov i ADL (aktiviteter i dagliglivets aktiviteter) (Rostad et al., 2019, s. 4).

I studiet til Rostad et al. (2019) retter forskningen seg mot konsekvensene av smerter hos eldre med langtkommen demens og hvordan smerten gjør seg til kjenne hos disse pasientene (Rostad et al., 2019, s. 2). I studiet kom det frem at to av tre sykehjemsbeboere med langtkommen

demens hadde smerter. Det kom også frem at en tredjedel av beboerne som ble vurdert til å ha smerter ikke gikk på faste smertestillende medikamenter (Rostad et al., 2019, s. 9-10).

Resultatet av studiet viser til at smertegruppen hadde høyere hjelpebehov i ADL, høyere skår i NPS (nevropsykiatriske symptomer) og høyere forekomst av depressive symptomer. Smertegruppen hadde også lavere livskvalitet sammenlignet med ikke-smertegruppen. Dette kan sannsynligvis også forklares av forskjellen i NPS, depressive symptomer og hjelpebehov i ADL og ikke kun av smerten (Rostad et al., 2019, s. 10-11).

Tidligere forskning har vist at smertebehandling førte til redusert agitasjonsskår, noe som indikerer at smerte kan være den underliggende årsaken til agitasjon. I denne studien var det ingen forskjell mellom beboerne med og uten smerte for gjennomsnittlig agitasjonsskår (Rostad et al., 2019, s. 11).

I studien til Herr et al. (2019) ser man at halvparten av pasienter på sykehjem med demens opplever smerte. Hvis smerten ikke blir fanget opp av sykepleierne kan den gi konsekvenser som nedsatt livskvalitet og fysisk funksjon, hemmet søvn, økt risiko for depresjon, fall og aggressiv oppførsel. Dette gjør denne pasientgruppen svært sårbar og smertekartlegging er derfor svært viktig. Selvrapporing av smerte er grunnlaget for smertebehandling. Denne informasjonen kan være vanskelig å innhente hos pasienter med demens (Herr et al., 2019, s. 253).

Sykepleierne i studiet til Lillekroken & Slettebø (2013) hevder at endringer i pasientens atferd kan være et kriterium for evaluering av smertelindring (Lillekroken & Slettebø, 2013, s.32). I studiet til Jenssen et al. (2013) kommer det også frem at for dårlig smertelindring kan medføre forandring i atferd og at en dermed lett kan feiltolke symptomene og behandle atferden og ikke selve smerten (Jenssen et al., 2013, s. 32).

4.2 Bruk av kartleggingsverktøy for å vurdere smerter

Både i studie til Lillekroken & Slettebø (2013) og Jenssen et al. (2013) kommer det frem at sykepleierne syntes det var utfordrende å kartlegge smerter hos personer med demens (Lillekroken & Slettebø, 2013, s.30) (Jenssen et al., 2013, s. 29). Likevel er en gjenganger i forskningen at kartleggingsverktøy for å vurdere smerter blir lite eller ikke brukt i praksis

(Jenssen et al., 2013, s.30) (Lillekroken & Slettebø, 2013, s.30) (van Kooten et al., 2017, s. 727). Mangel på kunnskap synes å være årsaken til at disse verktøyene ikke ble benyttet. Noen av sykepleierne i studiet til Lillekroken & Slettebø (2013) hadde kjennskap til kartleggingsverktøy, men var usikre på om de kunne anvende disse i praksis (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30). Noen brukte VAS (Visuell Analog Skala) som smertekartlegging, men mente også at dette avhenger av den kognitive funksjonen og det forutsetter pasientens verbale tilbakemelding. Noe som gjorde verktøyet vanskelig å bruke hos personer med demens (Lillekroken & Slettebø, 2013, s.30). Sykepleierne på sykehjem fortalte at de ikke hadde noen spesielle vurderingsskjemaer for å kartlegge smerter, men at de benyttet et såkalt «uroskjema» der de registrerte atferden til pasienten gjennom et døgn (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30).

Det kommer frem i flere av de analyserte studiene at kartleggingsverktøy kan bidra til bedre smertekartlegging hos personer med demens (Jenssen et al., 2013, s. 34) (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 32) (van Kooten et al., 2017, s. 731) (Herr et al., 2019, s. 256). Standardiserte smertekartleggings skjemaer kan bidra til å redusere prøving og feiling når det kommer til smertelindring hos pasienter med langtkommen demens (Jenssen et al., 2013, s. 32). I studiene til van Kooten et al. (2017) og Herr et al. (2019), brukes blant annet smertekartleggingsverktøyet MOBID-2. Her sammenlignes resultatene fra MOBID-2 med blant annet observasjoner og fysiske undersøkelser av pasientene gjort av behandler, sykepleier og/eller annet helsepersonell. Av dette fremkommer det at resultatene av MOBID-2 samstemmer med de andre observasjonene og undersøkelsene som er gjort. Dette validerer bruken av MOBID-2 for pasienter med demens på sykehjem ytterligere (Herr et al., 2019, s. 259) (van Kooten et al., 2017, s. 730).

4.3 Bli kjent med pasienten

Smerter kan resultere i endret atferd. Dette kan medføre at symptomene blir feiltolket, noe som igjen kan føre til at atferden bli behandlet med antipsykotiske midler og ikke smertelindrende (Jenssen et.al, 2013, s. 32). Selve grunnlaget for gode smerteobservasjoner handler om kunnskap, nærhet, kommunikasjon og kjennskap til pasienten. Dersom sykepleieren ikke har kjennskaper til pasienten kan det medføre at pasientens behov for smertelindring ikke blir fanget opp (Jenssen et.al, 2013, s.33). I studien til van Kooten et al. (2017) presiseres det at kun helsepersonell som er kjent med pasienten skal utføre MOBID-2 kartleggingen. Dette for å forsterke påliteligheten av resultatet (van Kooten et al., 2017, s. 731). Pårørendes kunnskaper

om pasienten utgjør en viktig ressurs og sykepleierne fra studiet til Jenssen et al. (2013) opplyser om at pårørende ble involvert når det oppstod vanskeligheter med å vurdere behovet for smertelindring (Jenssen et al., 2013, s. 30). Det er viktig å merke seg at pårørendes meninger om smertelindring ikke alltid er i samsvar med pasientens behov (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31). Når pasienten mangler innsikt i egen situasjon og ikke selv lengre har mulighet for å ta avgjørelser er det sykepleierens oppgave å ta avgjørelser for pasienten. Sykepleieren skal da handle i tråd med hva som er det beste for pasienten. For at sykepleieren skal kunne gjøre dette må hun blant annet ha kjennskap til pasienten og hvordan pasienten uttrykker smerte (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 32).

4.4 Sykepleierens perspektiv

4.4.1 Kommunikasjon og samspill på arbeidsplassen

Funn i studiet til Jenssen et al. (2013) viser at dårlig kommunikasjon og samarbeidsproblemer med lege vil kunne føre til mangelfull behandling av pasientene. Sykepleierne i studiet beskriver at deres vurderinger ikke alltid ble tatt på alvor av legen og flere av deltakerne følte at de fikk liten tillit fra legen. I tilfeller hvor sykepleieren mente pasienten trengte mer smertestillende kunne legen nekte å gi dette da han mente pasientens atferd skyldtes andre årsaker. På denne måten kunne dårlig kommunikasjon med tilsynslege være til hinder for å gi pasientene god smertelindring (Jenssen et al., 2013, s. 30). Det fremkommer også av studien til Jenssen et al. (2013) at dårlig kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleiere og annet personell kunne være en barriere for smertekartlegging og behandling. Det kunne føre til manglende rapportering og uenigheter rundt pasienters behov. Manglende samarbeid kunne føre til at ansatte ikke rapporterte til sykepleieren før endt vakt (Jenssen et al., 2013, s.30). Det er mulig at faglige refleksjoner kan bidra til å styrke sykepleierens observasjoner og dermed bidra til bedre kommunikasjon med tilsynslegen. Felles refleksjoner kan også bidra til et bedre samarbeid innad i personalgruppen (Jenssen et al., 2013, s.32).

4.4.2 Rutiner for smertekartlegging og smertelindring

Eldre har ofte flere sykdommer samtidig noe som kan komplisere sykdomsbildet og behandlingen. Mange medikamenter og særlig smertestillende medikamenter kan ha alvorlige bivirkninger og kan bidra til at pasientens hjerne blir overbelastet. Det kan dermed bli en utfordring å skille mellom hva som er bivirkninger og hva som er symptomer av sykdommen. (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30). I studien til Jenssen et al. (2013) kom det frem at pasienter

ble satt på faste smertestillende for å være på den sikre siden. Sykepleierne oppga at de prøvde ut smertestillende medikamenter når pasienter var urolige, selv om de var klar over risikoen for overbehandling. De oppga videre at pasienter som var urolige ofte ble satt på smerteplaster. Dette var med god effekt hos noen, hos andre ikke. Smerteplaster førte hos noen til sløvhets, og sykepleierne uttrykket bekymringer for at dette kunne redusere den kognitive funksjonen ytterligere. De stod her ovenfor et etisk dilemma da de ikke ønsket at pasienten skulle ha smerter (Jenssen et.al., 2013, s. 29-31).

I studien til Lillekroken & Slettebø (2013) ønsket flere av sykepleierne felles retningslinjer om hvordan de skulle forholde seg til smertelindring. Noen av sykepleierne var imidlertid skeptisk til felles prosedyre for smertevurdering, og mente at smerter ikke kan standardiseres men må tilpasses den enkelte pasienten (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31).

Det har i den siste tiden blitt brukt mye tid og ressurser på forskning for å utvikle smertekartleggingsinstrumenter som kan brukes på geriatriske pasienter og personer med demens. Kartleggingsskjemaene er basert på observasjoner av atferd og skal kartlegge tilstedeværelse av smerter og smerteintensitet. Disse kan bidra til å fremme kvalitet i demensomsorgen og utøve faglig forsvarlig praksis. En forutsetning for at slike verktøy skal fungere i praksis er at sykepleierne har klinisk kunnskap, kjennskap til pasienten samt tid og mulighet til å reflektere med kollegaer for å foreta tilstrekkelig og forsvarlig smertevurdering. Gode observasjoner og dokumentasjoner ved hjelp av kartleggingsverktøy kan bidra til at «prøve seg fram metoden» blir unngått. Blir det vurdert at pasienten har behov for smertelindrende tiltak skal disse tilpasses den enkelte og ved hjelp av denne metoden skal og riktig dosering av smertestillende kunne gi ønsket effekt (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31-32).

Vi ser også i studiene til van Kooten et al. (2017) at tross anbefalinger om å bruke smertekartleggingsverktøy på sykehjem så blir det lite brukt i praksis. Dette kan føre til at man overser smerter hos pasienter og dårlig smertelindring kan dermed bli en konsekvens (van Kooten et al., 2017, s. 727). I denne studien skulle helsepersonell få tilstrekkelig opplæring i hvordan å bruke MOBID-2 til kjente pasienter og bruke dette gjennom tre måneder. Resultatet viste at når man setter av tid og fokuserer på smertekartlegging så opplever pasientene mindre smerte (van Kooten et al., 2017, s. 730). Dette understreker også studien til Herr et al. (2019).

Mer fokus på smertekartlegging resulterer i bedre smertehandling hos pasientene (Herr et al., 2019, s. 259).

4.4.3 Faglig kunnskap

I studien til Jenssen et al. (2013) mener sykepleierne at fagkunnskaper om smerter og demens er avgjørende for god smertebehandling. Av studien kom det frem at flere av sykepleierne mente sykehjemmene hadde for lite fokus på kunnskapsutvikling og at arbeidsplassen ikke la til rette for faglig utvikling (Jenssen et al., 2013, s. 30-31). Dette understreker også studien til Herr et al. (2019) Den viser at sykepleiere med relevant spesialisering oftere observerer tegn til smerte hos pasienter enn sykepleiere uten spesialisering. Dette viser at manglende faglig kunnskap kan resultere i manglende smertelindring hos pasienter (Herr et al., 2019, s. 258).

Det er essensielt at personalet har gode fagkunnskaper slik de vet hva de skal observere og hva de skal rapportere videre til sykepleieren og legen. I studien kom det frem at i mangel på fagfolk kunne ufaglærte bli satt inn i sykepleierens vakter. Dette kan bidra til at gode faglige observasjoner ikke blir tilstrekkelige og dermed heller ikke god nok smertelindring (Jenssen et al., 2013, s. 33).

4.4.4 Etikk

Personer med demens kan oppleve en rekke lidelser som fører til etiske utfordringer. Eksistensiell lidelse samt sykdoms- og pleielidelse kan være eksempler på dette. Av etiske utfordringer er det spesielt medisiner og tvang som kommer frem i studiene til Lillekroken & Slettebø (2013) og Jenssen et al. (2013). Deltakerne i studien til Lillekroken & Slettebø (2013) opplyser at de ofte sto ovenfor en rekke etiske dilemmaer i forbindelse med smertelindringen. Sykepleierne følte at de ofte sto ovenfor valget mellom å ivareta pasientens autonomi eller pasientens behov for smertelindring. Når pasienten ikke ønsket å ta medisiner kunne sykepleierne rapportere om at tvang ble brukt som siste utvei. Dette ble gjort etter at sykepleieren vurderte at pasienten hadde stort behov for smertelindring og når det ikke var andre tiltak å ty til. De handlet da i den tro at «det ble gjort for pasientens beste». Selv om de også oppga at dette gikk på bekostning av deres premisser som lå til grunn i all utøvelse av sykepleie. De var fult klar over at tvangsbehandling ikke var lovlig. Hverdagen er travel og flere mente at de verken hadde tid eller de ressursene de trengte for å motivere pasienten til å ta medisiner (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31). Også studien til Jenssen et al. (2013) trekker

frem etiske utfordringer i forhold til medisinerer. På grunn av vansker med å samarbeide med pasienten kunne de bli satt på unødvendig sterke smertemedikamenter (Jenssen et al., 2013, s.31). Det oppsto også dilemmaer i forhold til pårørende når de ønsket at pasienten skulle få smertelindring, men pasienten ikke selv ønsket det. Dette gikk utover pasientens autonomi. I enkelte tilfeller måtte sykepleierne ta avgjørelser som ikke samkjørte med pårørendes ønsker og de oppga at dette kunne medføre ubehagelige følelser (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31).

5 Resultatdiskusjon

5.1 Metodediskusjon

Vi har i denne oppgaven fulgt universitetet i Stavanger sine kriterier, noe som innebærer at alle artiklene vi har benyttet er fagfelleverdert og at forfatter har en sykepleiefaglig profil. Ingen av artiklene er eldre enn ti år og alle studiene er i hovedsak utført i sykehjem.

Vi valgte bevisst å bruke artikler som var skrevet fra vestlige land da vi ikke har kunnskap og kjennskap til hvordan demensbehandlingen er i ikke-vestlige land. Studiene som ble benyttet er utført i USA, Nederland og Norge. Dette er land som kan ha mye tilfelles med det norske helsevesenet med tanke på høyt utdannet helsepersonell, velfungerende og godt etablerte helsetjenester. I tillegg har de tilnærmet syn på menneskeverdet og en levestandard som ligner den norske.

På grunn av begrensninger i forhold til oppgavens omfang og tid har vi valgt å kun inkludere og analysere fem artikler. Dette fordi det ville vært utfordrende å gjennomføre analyse av flere artikler. Hadde det ikke vært for disse begrensningene ville det vært hensiktsmessig å fått et større utvalg av artikler for å bedre kunne kvalitets sikre oppgaven. Vi har valgt to artikler som er skrevet på engelsk. Vi har brukt god tid på å oversette, tolke og forstå innholdet. Likevel kan vi ikke utelukke at vi har fortolket eller oversatt sentrale aspekter ved artiklene.

Vi har valgt å benytte oss av både kvalitative og kvantitative studier noe som har bidratt til å øke bredde for innholdet i oppgaven. I studien til Jenssen et al. (2013) og Lillekroken et al. (2013) var hensikten å evaluere sykepleierens kunnskaper og erfaringer samt å se på hva de synes var utfordrende i forhold til smertekartlegging hos eldre personer med langtkommen demens. Vi mener derfor bruk av kvalitativ metode i de studiene har vært aktuelt for å belyse problemstillingen på en tilfredsstillende måte. Oppgaven har også en annen hensikt, nemlig å

se på hvilke konsekvenser smerter har for disse personene og hvordan sykepleieren bedre kan identifisere smerter. Ettersom at denne pasientgruppen ikke selv kan komme med verbale tilbakemeldinger mener vi at det var aktuelt å benytte av kvantitative data. Ved å kombinere kvalitative og kvantitative studier styrker vi oppgavens innhold ved at vi får et bredt spekter av sykepleieres opplevelser, men også at vi får målbar data om hvilke konsekvenser smerter kan ha for personer med demens.

Vi mener litteraturoversikt som metode har vært en god måte å besvare vår problemstilling. En fordel ved metoden er at vi gjennom å lese litteratur og forskning har opparbeidet oss kunnskaper. Ulempen ved metoden er at det finnes mye forskning innenfor det gitte fagområdet så dette var derfor en tidskrevende prosess.

Når det kommer til hvordan forskerne har kvalitetssikret studiene har vi sett på hvordan spørreundersøkelsene har blitt gjennomført. Det var noe variasjon i de to kvalitative studiene. I studien til Jenssen et al. (2013) ble tre av intervjuene avvirket på arbeidsplassen, mens de resterende to ble gjennomført i informantenes hjem. I studien til Lillekroken et al. (2013) ble intervjuene kun avholdt på arbeidsplassen i grupper med henholdsvis seks, fem og syv deltakere i hver gruppe. Det at intervjuene har blitt avholdt på arbeidsplassen og i plenum kan ha ført til at deltakernes erfaringer som gruppe kommer tydelig frem. Likevel kan det tenkes at en slik arena fører til at noen ikke føler seg komfortable med å uttrykke seg ærlig i frykt for å gå mot gruppa eller ledelsen.

I to av studiene var deltakerne sykepleiere. Erfaringen til sykepleierne varierte fra fire til 37 år, ingen var nyutdannet. Ingen av sykepleierne i studien til Lillekroken & Slettebø (2013) hadde videreutdanning innen eldre – eller demensomsorg. I studien til Jenssen et al. (2013) hadde en deltaker videreutdanning i aldring og eldreomsorg, og en hadde spesialutdanning innenfor demensomsorg. De resterende tre deltakerne hadde forskjellige kurser innenfor demensomsorg. Valg av deltakere samsvarer godt med vår oppgave da vi ikke har satt noen begrensninger i forhold til ansenitet ei heller videreutdanning. En ulempe ved studien til Lillekroken & Slettebø (2013) er at to geriatiske avdelinger ved et sykehus er inkludert. Vår oppgave er avgrenset til sykehjem.

Studien til Rostad et al. (2019) og Herr et al. (2019) er begge kvantitative studier med tverrsnittsdesign. Tverrsnittstudier innebærer at det kun blir foretatt en måling. Fordelen ved

slik studie er at mange personer kan undersøkes samtidig og det er enkelt å gjennomføre i praksis. På den andre siden er det en ulempe ved at det ikke fremkommer årsaker og andre forhold som kan påvirke resultatet (Drageset & Ellingsen, 2009, s 107).

Studien til van Kooten et al. (2017) er en kvantitativ oppfølgende studie. Opprinnelig deltok 199 sykehjemsbeboere fra 10 sykehjem i Nederland. Tre måneder etter ble det innhentet fullstendig oppfølgingsdata hos 64 av de 199 pasientene som opprinnelig deltok. Noen hadde gått bort, andre var for syke og noen hadde flyttet. En av ulempene i en oppfølgingsstudie er frafall underveis (Drageset & Ellingsen, 2009, s. 107) noe som gjenspeiles i denne studien.

5.2 Resultatdiskusjon

I studien til Herr et al. (2019) undersøkes det hvor godt smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 fungerer i forhold til en standardisert smerteevaluering utført av lege eller sykepleier med spesialisering innen smerte og/eller geriatri (Herr et al., 2019, s. 254). I studien til van Kooten et al. (2017) settes MOBID-2 opp mot nederlandske retningslinjer innen anerkjennelse og behandling av kronisk smerte hos sårbare eldre mennesker (van Kooten et al., 2017, s 728). Resultatet av begge de overnevnte studiene viser at bruk av MOBID-2 som smertekartleggingsverktøy reduserer smerte hos pasienter med demens på sykehjem betraktelig. Dermed mener vi at det er bekymringsverdig at en så stor andel av sykepleierne ikke vet hvordan de i praksis skal bruke smertekartleggingsverktøy (Jenssen et al., 2013, s.30) (Lillekroken & Slettebø, 2013, s.30). Vi tolker resultatene fra studiene til Jenssen et al. (2013) og Lillekroken & Slettebø (2013) slik at det er manglende kunnskap som er en barriere for bruk av slike verktøy. I studien til Jenssen et al. (2013) bekreftes det at sykepleierne var enige i at fagkunnskaper om smerter og demens var avgjørende for god smertebehandling. De mente videre at arbeidsplassen i liten grad la til rette for kunnskapsutvikling (Jenssen et al., 2013, s. 29). Ifølge Helsedirektoratet (2017) skal virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester til personer med demens ha et system for opplæring, videreutdanning og etterutdanning av ansatte. Dette innebærer at virksomheten skal sikre at de ansatte har fått den opplæringen og kompetansen arbeidet krever slik at arbeidsoppgavene blir utført faglig forsvarlig (Helsedirektoratet, 2017, s. 1 kap.3). Det innebærer blant annet kompetanse om demensdiagnosen, personsentrert omsorg, kommunikasjon og kartleggingsverktøy. Det bekreftes også gjennom Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) kapittel 8 at kommunen er

pliktig til å medvirke til undervisning og opplæring av helsepersonell samt videre- og etterutdanning (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §8-1 -8-30). Videre finner vi også Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd relevant, den stiller krav til at virksomheter som yter helse og omsorgshjelp skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1).

Anbefalingene til Helse- og omsorgsdepartement (2020) sier videre at helse- og omsorgspersonell skal ha kunnskap om og yte personsentrert helse- og omsorgstjenester til personer med demens. De har også utarbeidet en demensplan hvor målet er å skape et mer demensvennlig samfunn. I denne presiseres det at det trengs mer kompetent og kvalifisert helse- og sosial personell innenfor demens og geriatri (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.85).

Ut fra dette ser vi at både enkeltpersoner og ledere er ansvarlige for å sikre at helsepersonellet er faglig oppdatert og kan yte forsvarlig helsehjelp. Funn fra de to overnevnte studiene kan tyde på at sykepleieren selv ikke ivaretar ansvaret med å holde seg faglig oppdatert på en tilfredsstillende måte, samtidig som ledelsen ikke tilrettelegger for tilstrekkelig fagutvikling. Vi mener at dette kan være en barriere for utilstrekkelig smertekartlegging og smertebehandling. Dersom sykepleierne selv hadde vært mer aktive i å tilegne seg faglig oppdatert kunnskap samt at arbeidsplassen på sin side la bedre til rette for fagutvikling mener vi at smertelindringen kunne vært bedre.

5.2.3 Kommunikasjon

God kommunikasjon mellom ansatte kan kjennetegnes ved at de har felles mål, opplever gjensidig støtte, anerkjennelse og at de oppmuntrer hverandre i arbeidet (Eide & Eide, 2017, s. 344). Er kommunikasjonen dårlig kan det føre til at de ansatte trekker seg tilbake i diskusjoner, søker kompromisser, bruker makt og tvang eller utfordrer den andre parten i forsøk på å få frem sitt budskap (Eide & Eide, 2017, s. 354). Dårlig kommunikasjon kan hos både de ansatte og hos pasientene skape forvirring og engstelse. God kommunikasjon er med på å skape et grunnlag for et godt sosialt miljø (Brooker, 2013, s.30). I studien til Jenssen et al. (2013) fremkommer det at dårlig kommunikasjon innad i pleiegruppen kan føre til mangelfull rapportering. Dette kan igjen føre til uenigheter i utførelsen av pasientens smertebehandling. Legen vil også kunne oppleve å få forskjellige opplysninger om samme pasient, noe som kan være svært forvirrende (Jenssen et al, s. 30).

For å unngå at viktig informasjon forsvinner mellom flere ledd spesifiseres det i studien til van Kooten et al. (2017) at den som utførte MOBID-2 er den som skal rapportere tilbake til behandler. På denne måten unngås usikkerheten knyttet til hvem som skal gjøre hva. Slikt arbeid kan være med på å skape et godt team hvor man jobber sammen med gjensidig respekt mot et felles mål (Eide & Eide, 2017, s. 344). I studien til Jenssen et al. (2013) fremkommer det at dårlig kommunikasjon og samarbeid med tilsynslege kunne føre til ufullstendig smertebehandling hos pasienten. Sykepleierne følte heller ikke at de fikk aksept av legen for sine vurderinger (Jenssen et al, s. 30). Noen av sykepleierens oppgaver er å observere og kartlegge pasientens smerter. I tillegg skal de administrere og observere eventuell virkning og bivirkninger av medikamenter (Torvik & Bjørø, 2016, s.393). Når sykepleieren videreformidler viktig informasjon til tilsynslege, bør de bli møtt med respekt og troverdighet. Vi mener at leger som ikke tar sykepleierens observasjoner på alvor kan være et hinder for god smertelindring. I verste fall kan sykepleiere som gjentatte ganger ikke blir tatt på alvor slutte å rapportere videre til legen.

Som helsepersonell er en ifølge helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, §39) pliktig til å føre journal. Ut fra dette anser vi kommunikasjon som et viktig ledd i å identifisere smerte hos personer med demens på sykehjem. Det er derfor viktig at ledelsen setter av tid til kommunikasjon og dokumentasjon da dette vil kunne gagne både de ansatte og pasientene. Ut fra egne erfaringer har vi sett at sykepleiere har dokumentert at de har gitt smertestillende, men ikke dokumenter hvorfor de har gitt ei heller effekt. Dokumentasjonen skal ifølge helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, § 40) inneholde relevante og nødvendige pasientopplysninger. Vi mener god dokumentasjon over tid vil være nødvendig og atferd må dokumenteres både før og etter en har gitt smertestillende. Blir det gitt smertestillende i vaktskiftet bør sykepleieren som gir medikamentet begrunne hvorfor det er gitt smertestillende. Det blir da lettere for sykepleieren som tar over å vurdere om medikamentet hadde noe effekt hos pasienten.

5.2.4 Konsekvenser av smerter

Noe som står sentralt i sykepleierens ansvarsområde er å kartlegge hvordan smerte påvirker funksjon og evne til å utføre dagligdagse gjøremål hos eldre (Torvik & Bjørø, 2016, s. 393). Smertebehandlingen til eldre har som mål å bedre funksjonsstatus og livskvalitet på samme tid som den lindrer smerter. Det er ikke alltid mulig å fjerne smerten helt og målet med

behandlingen må dermed bli å redusere smerten til et nivå der pasienten klarer å utføre dagligdagse gjøremål med et akseptabelt nivå av smerte (Torvik & Bjøro, 2016, s. 399).

Studien til Rostad et al. (2019) bekrefter at beboere som var smertepåvirket hadde høyere hjelpebehov i ADL, høyere gjennomsnittskår for nevropsykiatriske symptomer og en lavere livskvalitet i forhold til beboere uten smerter (Rostad et al., 2019, s. 10-11). Studien til Herr et al. (2019) bekrefter også at pasienter som ikke får tilstrekkelig smertelindring kan oppleve nedsatt livskvalitet, økt risiko for depresjon, søvnforstyrrelser og nedsatt fysisk funksjon (Herr et al., 2019, s. 254). Av dette ser vi at smerter kan føre med seg en rekke andre symptomer og lidelser for pasienten. Det er derfor viktig at sykepleiere vet hva de skal observere og har gode kunnskaper om smertelindring da dette kan forhindre ytterligere lidelse for pasienten relatert til ubehandlet smerte. Når kommunikasjonsevnen blir nedsatt er det helt nødvendig at sykepleieren også har innsikt i pasientens atferd for å vite hvilke signaler som kan være tegn på smerter. Videre vil vi understreke at også overbehandling med smertestillende medikamenter kan medføre ytterligere lidelse for pasienten. I Lillekroken & Slettebø (2013) kommer det frem at det er mye prøving og feiling når det kommer til smertelindring av demensrammede. Dette bekrefter også studien til Jenssen et al. (2013) (Jenssen et al., 2013, s. 29-30). Får pasienten for mye smertestillende er en av de negative effektene at pasienten kan bli immobil og enda mer hjelpetrengende. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk Sykepleieforbund, 2019). Ut fra dette kan vi si at å lindre lidelse, deriblant smerter er en viktig del av jobben som sykepleier. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer sier også at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleieforbund, 2019). Vi mener at riktig behandling og dosering av smertestillende medikamenter vil være avgjørende for at pasienten skal kunne opprettholde sitt funksjonsnivå, oppleve mestring og øke pasientens livskvalitet.

5.2.5 Bli kjent med pasienten

Smerter kan komme til uttrykk på forskjellige måter (Bjøro & Torvik, 2016, s. 398). Hvis sykepleieren ikke har kjennskap til pasienten hvordan skal en da skille mellom normal atferd og tegn til smerter? I Jenssen et al. (2013) kommer det frem at sykepleierne mener det er viktig å ha kunnskap om demenssykdom, smertelindring og sykdom (Jenssen et al., 2013, s.30-31). En annen faktor det er viktig å ha kunnskaper om er personen bak pasienten. Sykepleierne i studien til Jenssen, et al. (2013) sier det ligger i den daglige pleien med nærhet og det å skaffe seg kjennskap til pasienten (Jenssen, et al, 2013, s. 32). En viktig grunnverdi i personsentrert

omsorg er å anerkjenne pasientens ønske og behov på lik linje med alle andres. Pleiepersonell skal legge til rette for at personen med demens forstår hva som foregår og tolke deres ønsker og behov. Sykepleieren skal hjelpe pasienten i å ta valg som støtter opp under hans identitet. For å kunne tolke ønsker og behov etter beste evne kan pårørende være en viktig ressurs da de kjenner pasienten best (Engedal et al., 2009, s. 230). I den grad det er mulig bør pårørende derfor involveres. I flere av studiene vi har benyttet står det presisert at den som utfører smertekartleggingen bør ha kjennskap til pasienten. Dette understrekes også av Travelbee og Kitwood. Travelbee (2001) skriver at pasienten skal behandles som et unikt menneskelig individ og ikke som en «sykdom» eller «en jobb som skal gjøres.» Hun skriver vider at alt samvær med den syke er en anledning til læring (Travelbee, 2001, s. 178). Dette bekreftes også gjennom teori som understreker at for å kunne hjelpe personer med demens må en ha kjennskap til personen. En må hjelpe pasienten med å holde fast i den personen han en gang var (Berentsen & Tretteteig, 2016, s. 230-231). I studien til Jenssen et al. (2013) forteller en av sykepleierne om et eksempel der legen ikke vil gi en pasient mer smertelindring, fordi han mente at det satt i «hodet» (Jenssen et al., 2013, s. 30). Vi mener at legen i dette tilfellet behandler pasienten på en uverdigg måte. Han ser på demenssykdommen som årsaken til at pasienten har endret atferd og glemmer å se mennesket bak pasienten som Kitwood sterkt vektlegger i sin omsorgsteori. Det er sykepleierne som over tid får mulighet til å observere pasientens atferd og de er avhengige av at legen tar deres observasjoner på alvor.

Som tidligere nevnt har vi begge erfaringer med smertebehandling til personer med demens. Vi har gjennom sykepleieutdanningen vår opparbeidet oss kunnskaper og erfaringer som gir oss et godt klinisk blikk og vi vet nå bedre hva vi skal observere. Gjennom praksis har vi erfart at pasienter har blitt stemplet som sinte eller urolige uten at det videre har blitt kartlagt årsak til dette. Vi vet nå at atferdsendringer kan ha andre mulige forklaringer. Fagkunnskaper sammen med erfaringer vil bidra til at samarbeidet med pasient og pleier blir bedre og igjen vil det gjøre smertekartleggingen og behandlingen lettere. Et annet bekymringsverdigg funn i studien til Jenssen et al. (2013) er bruken av ufaglærte. Sykepleierne forteller at sykehjemmene ikke alltid får tak i fagfolk og at det er store utskiftninger blant personalet, noe som gjør at det ofte er ufaglærte som blir satt inn (Jenssen et al., 2013 s.31). Dermed er det ikke alltid personell som har kjennskap til pasienten på vakt. Problemet med ufaglærte er at de mangler utdanning og har dermed ikke opparbeidet seg den teoretiske kunnskapen og det kliniske blikket. For sykepleiere er det blant annet samspillet mellom teoretisk kunnskap, erfaringskunnskap og verdier avgjørende for god sykepleie (Kristoffersen et al., 2016, s.16-21).

Sykepleieutdanningen skal sikre integrering mellom teori og praksis på en måte som understøtter læringsutbyttebeskrivelsene (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, § 22-23). I studien til Herr et al. (2017) ser man at sykepleiere med relevant spesialisering innen blant annet geriatri og smerte rangerer pasientenes smertepåvirkning høyere enn sykepleiere uten spesialisering. Dette kan skyldes at sykepleiere med spesialisering har mer kunnskap (Herr et al., 2019, s. 258). Kontinuitet og fast personal på sykehjem er en viktig forutsetning for å ha kjennskap til pasienten som igjen letter arbeidet med å identifisere smerter. Ufaglærte vil ikke ha samme relevant teori som tilegnes gjennom studien og kan derfor utgjøre en fare for at smertesignaler ikke blir fanget opp, dermed vil heller ikke nødvendige tiltak bli iverksatt.

5.2.7 Etikk

Personer med demens kan oppleve en rekke lidelser som fører til etiske utfordringer. Eksistensiell lidelse samt sykdoms- og pleielidelse kan være eksempler på dette. Av etiske utfordringer er det spesielt medisiner og tvang som kommer frem i studiene til Lillekroken & Slettebø (2013) og Jenssen et al. (2013). I studien til Lillekroken & Slettebø (2013) kom det frem at hvis pasienten ikke ønsket å ta medisiner kunne sykepleierne i mangel på andre alternativer ty til tvang (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31). Skal det gis helsehjelp som pasienten motsetter seg, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom en unnlattelse av å gi helsehjelpen kan føre til vesentlige helseskader for pasienten. Dette gjelder også om helsehjelpen anses nødvendig og tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen (Pasient- og brukerhetsrettighetsloven, 2001, § 4A-1 & § 4A-3). Videre står det at helsehjelpen kun skal gis hvis det er det som antas å være den beste løsningen for pasienten. Med i vurderingen skal en også se på i hvilken grad pasienten motsetter seg hjelpen. (Pasient- og brukerhetsrettighetsloven, 2001, § 4A-3). Dermed ser vi at for å kunne gi pasienter medikamenter mot sin vilje må det være fattet et vedtak om dette. Det å lure pasienten til å ta medisiner gjennom for eksempel å putte medisiner i mat lar seg også vanskelig forsvare etisk (Slettebø, 2016, s. 221). Vi mener at dersom rutiner for smertekartlegging bedres og smertekartleggingsverktøy som MOBID-2 blir integrert i hverdagen samt at det tilstrebes personal med gode kjennskaper til pasienten kan bruken av tvang reduseres betraktelig.

6 Anvendelse i praksis

Denne oppgaven kan hjelpe å øke bevisstheten og kunnskapen rundt et tema som vi mener er viktig og relevant. Sykepleieren har en viktig funksjon med å observere og behandle pasienter med demens som har smerter. Studiene til Lillekroken & Slettebø (2013) Jenssen et al. (2013) bekrefter at det er forbedringspotensialer på dette området. Hensikten med oppgaven var å se på hvordan sykepleiere kan identifisere smerter hos personer med langtkommen demens. Vi har ved hjelp av fem ulike studier og teori kommet frem til noen punkter vi mener er relevante for at sykepleieren bedre skal kunne identifisere og behandle denne pasientgruppen.

- Bruk av smertekartleggingsverktøy bør implementeres og brukes aktivt. Alle ansatte må ha god opplæring i dette.
- Å danne refleksjonsgrupper kan bidra til å øke bevisstheten rundt temaet samt bedre samspillet i personalgruppa.
- Ledelsen bør til enhver tid tilstrebe tilstrekkelig sykepleiebemannning på jobb som har gode kjennskaper til pasientene.
- Sykepleierne må selv være aktiv i å tilegne seg kunnskaper samtidig som ledelsen må legge til rette for kompetanseheving, ved hjelp av for eksempel fagdager og videreutdanning.

For at sykepleierne skal lykkes med å utføre smertekartlegging og smertelindring på en tilfredsstillende måte har de altså et ansvar selv. Samtidig er det avgjørende at ledelsen og også politikerne legger til rette for dette. Vi mener at oppgaven vår belyser et viktig tema som er verdt å undersøke videre.

7 Litteraturliste:

- Berentsen, V. D., & Tretteteig, S. (2016). Personsentrert omsorg. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 227–239). Forl. Aldring og helse.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg veien til bedre tjenester*. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- Cavanaugh, D. J., & Basbaum, A. I. (2011). Basic mechanisms and pathophysiology. I M. E. Lynch, K. D. Craig, & P. W. H. Peng (Red.), *Clinical pain management: A practical guide* (s. 14–23). Blackwell Pub.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg). Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, R. Grønseth, & D.-G. Stubberud (Red.), *Klinisk sykepleie 1. 1.* (5.utg, s. 381–428). Gyldendal akademisk.
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning—En introduksjon og oversikt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), 100.
<https://doi.org/10.7557/14.244>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). Hva er god, profesjonell kommunikasjon? I *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk* (3.utg, s. 337–356). Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). Samarbeid i grupper og team. I *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk* (3.utg, s. 337–356). Gyldendal akademisk.
- Engedal, K., Haugen, P. K., & Brækhus, A. (2009). *Demens fakta og utfordringer: En lærebok*. Forl. aldring og helse.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. (FOR-2019-03-15-412). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*.

Studentlitteratur.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, desember 2). *Demensplan 2025*.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

(LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet. (2017). *Demens: Nasjonal faglig retningslinje*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Herr, K., Sefcik, J. S., Neradilek, M. B., Hilgeman, M. M., Nash, P., & Ersek, M. (2019).

Psychometric Evaluation of the MOBID Dementia Pain Scale in U.S. Nursing Homes. *Pain Management Nursing*, 20(3), 253–260.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.11.062>

Jenssen, G.-M., Tingvold, W.-A., & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk Sykepleie*, 5(3), 26–34.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1 1* (3.utg, s. 15-28). Gyldendal akademisk.

Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer. *Nordic Journal of Nursing Research*, 33(3), 29–33. <https://doi.org/10.1177/010740831303300307>

Lynch, M. E., Craig, K. D., & Peng, P. W. H. (Red.). (2011). The Challenge of pain: A multidimensional phenomenon. I *Clinical pain management: A practical guide* (s. 1–3). Blackwell Pub.

- Norsk Sykepleieforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rostad, H. M., Grov, E. K., Utne, I., & Halvorsrud, L. (2019). Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. *Sykepleien Forskning*, 79184, e-79184. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184>
- Sandvik, R. K., & Husebø, B. S. (2011). Måler smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, 99(11), 62–64. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0162>
- Skovdahl, K., & Drivdal Berentsen, V. (2016). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2 utg, s. 408–437). Gyldendal Akademisk.
- Torvik, K., & Bjørø, K. (2016). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg, s. 390–407). Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal.
- van Kooten, J., Smalbrugge, M., van der Wouden, J. C., Stek, M. L., & Hertogh, C. M. P. M. (2017). Evaluation of a Pain Assessment Procedure in Long-Term Care Residents With Pain and Dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(5), 727–731. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.020>

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: Oversikt over analyserte artikler.

Artikkelen 1	
Tittel	Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter
Tidsskrift/årstall	2019
Forfattere	Rostad, H., M., Grov, E.,K, Utne, I. & Halvorsrud, L.
Perspektiv	Pasient
Metode	Kvantitativ beskrivende studie med et tverrsnittsdesign. Totalt deltok 112 sykehjemsbeboere fra 16 ulike sykehjem.
Hensikt	Hensikten med studien var å kartlegge hyppigheten av smerter hos sykehjemsbeboere med langtkommen demens, samt hva som kjennetegner dem.
Resultat	Av studien kom det frem at to tredjedeler av utvalget hadde smerte. Det var sammenheng mellom smerter og nevropsykiatriske symptomer, depressive symptomer og lavere livskvalitet. Av studien kom det også frem at beboere med smerter hadde høyere hjelpebehov i ADL.
Styrker	<ul style="list-style-type: none"> • Det er anvendt anerkjente, validerte og reliable kartleggingsinstrumenter. • 16 ulike sykehjem er med i studien.
Svakheter	<ul style="list-style-type: none"> • Dataene som ble analysert var kun fra ett tidspunkt, det gjør det vanskelig å se på årsakssammenheng. • Ni frafall i studien. • Kartleggingsinstrumentene har overlappende spørsmål. Overlappende atferdsmessige uttrykk observert for blant annet smerte, depressive symptomer og demens. Det gjør det vanskelig for helsepersonell å skille mellom disse symptomene i klinisk praksis.
Artikkelen 2	
Tittel	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer
Tidsskrift/årstall	2013
Forfattere	Lillekroken, D. & Slettebø, Å.
Perspektiv	Sykepleier
Metode	Kvalitativt forskningsintervju

Hensikt	Hensikten med studien var å utforske hvilke utfordringer og erfaringer sykepleiere har med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.
Resultat	Av studien kom det frem at Smertekartlegging hos pasienter med demens var en utfordring. Opplæring i bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy og kontinuerlig fokus på mulige smerter hos pasientgruppen vil øke sjansene for effektiv smertevurdering og smertelindring.
Syrker	<ul style="list-style-type: none"> • Intersubjektiv validering ble utført. • Utsagnene til deltakerne ble sendt tilbake til informanten slik at informanten kunne bekrefte eller avkrefte intervjuerens tolkning, også kalt kommunikativ validitet. • Samme comoderator har vært tilstede under alle tre intervjuene
Svakheter	<ul style="list-style-type: none"> • Det er brukt sykepleiere både fra sykehjem og sykehus. • Studien inkluderer et begrenset antall syke- pleiere fra to sykehus og et sykehjem og dette kan redusere funnernes overførbarhet.
Artikkelen 3	
Tittel	Smertebehandling til personer med langtkommen demens
Tidsskrift/årstall	2013
Forfattere	Jenssen, G-M., Tingvoll, W-A., & Lorem, G, F.
Perspektiv	Sykepleie
Metode	Kvalitativ studie
Hensikt	Hensikten er å få frem sykepleieres erfaringer med å kartlegge smerter hos personer med langtkommen demens og hva de mener kan være en barriere for god smertekartlegging og behandling.
Resultat	Studien viser til at det forekommer både under og overbehandling. Årsaken kan være at sykepleierne synes det kan være vanskelig å tolke pasientens uttrykk, manglende faglige basiskunnskaper, manglende spesifikke kunnskaper om demenssykdom samt manglende samarbeid innad i helsefaggruppen.
Syrker	<ul style="list-style-type: none"> • De har brukt sykepleiere fra ulike kommuner og sykehjem materialet er derfor preget av ulike miljøer. • Deltakernes erfaringer kom til uttrykk både som gruppe, men også som individuelle erfaringer.
Svakheter	<ul style="list-style-type: none"> • Kun fem deltakere deltok funnene kan dermed ikke generaliseres.

Artikkelen 4	
Tittel	Psychometric Evaluation of the MOBID Dementia Pain Scale in U.S Nursing Homes
Tidsskrift/årstall	2019
Forfattere	Herr, K., Sefcik, J.S., Neradilek, M.B., Hilgeman, M.M., Nash, P. & Ersek, M.
Perspektiv	Pasient
Metode	Kvantitativ tverrsnitts studie hvor 138 eldre sykehjemsbeboere med demens og moderat til alvorlig kognitivsvikt fra seksten ulike sykehjem i USA.
Hensikt	Utforske validiteten og påliteligheten til MOBID smerteskalaen blant engelsktalende sykehjemsbeboere i USA. Dette ved å bruke Spearman-korrelasjon mellom MOBID, kliniske eksperters smerteintensitetsvurderinger og pleiepersonells smerteintensitetsvurdering.
Resultat	MOBID'S totale skår viste betydelig sammenheng med de kliniske ekspertenes og pleiepersonellens vurdering av pasientenes smerte.
Styrker	<ul style="list-style-type: none"> • Brukt et smertekartleggingsverktøy med god validitet. • Smertekartleggingsverktøyet har gode og konsekvente data.
Svakheter	<ul style="list-style-type: none"> • Brukte annet helsepersonell enn sykepleier til å utføre smertekartleggingen. • Ingen informasjon omkring oversettingsprosessen av MOBID fra norsk til engelsk • Forskningskoordinatorene ble lært opp i bruken av MOBID, men ble ikke evaluert for inter-rater-reliabilitet.
Artikkelen 5	
Tittel	Evaluation of a pain Assessment of Procedure in Long-Term Care Residents With Pain and Dementia
Tidsskrift/årstall	2017
Forfattere	Van Kooten, J., Smalbrugge, M., Van der Wouden, J.C. & Hertogh C.M.P.M.
Perspektiv	Pasient
Metode	Kvantitativ utforskende studie hvor 199 pasienter fra ti langtidssykehjem i Nederland deltok.
Hensikt	Hensikten til studien var å kunne beskrive smerteforløpet og smertehåndteringsstrategier hos pasienter på langtidssykehjem med smerte og demens, ved å følge retningslinjer for smertevurderingsprosedyrer.
Resultat	Etter tre måneder ble det samlet fullstendig oppfølgingsdata fra 64 av de 199 pasientene som hadde deltatt i undersøkelsen. Dataen viste at smerteintensiteten var betraktelig redusert. Studien viste at det er rom for forbedring innen smertehåndtering for pasienter med smerte og demens som

	bor på langtidssykehjem. Studien viste også at tilbakemeldinger om ytelser virker som en lovende strategi som kan utforskes videre.
Styrker	<ul style="list-style-type: none">• De brukte personell som var kjent med pasienten.• De brukte et validert og pålitelig observasjonsverktøy.• Den som utførte kartleggingen, informerte selv behandler om resultatet.
Svakheter	<ul style="list-style-type: none">• Inkluderte ikke en kontrollgruppe.• Lite å sammenligne med. Begrenser hvordan man kan tolke endring i smerte over tid.

8.2 Vedlegg 2: Beskrivelse av smerte (etter Baastrup mfl. 2013, Stabhaug og Losjå 2008, Werner og Arendt-Nilsen 2013).

Utløsende årsak til smerten	Skade, kirurgi, forbrenning, stikk, inflammasjon etc.
Smerten lokasjon	Arm, bein, hode, hud, muskel, knokkel, mage etc.
Smertens varighet	Akutte eller kroniske
Variasjon i smerteopplevelsen	Konstante, anfallsvise, konstante og anfallsvise
Smertens intensitet	Svake, moderate, sterke. Skala fra 0 til 10 (0 = ingen smerte, 10 = uutholdelig smerte)
Smertens kvalitet	Stikkende, brennende, lynende, dunkende etc.
Konsekvenser for funksjonsnivået	Bevegelseshemming, endret bevegelsesmønster, påvirkning av arbeidsevne, påvirkning av sosiale relasjoner

(Danielsen et al., 2016, s. 389)

8.3 Vedlegg 3: MOBID-2 smerteskala

Hentet (27.04.2021) fra: <https://tidsskriftet.no/2009/10/aktuelt/smerteevaluering-ved-demens>*

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

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

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

Smerteatferd

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



Smertelyd
«Aa»
Stønner
Ylker seg
Gisper
Skriker



Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Ryker på tann
Strammer munnen
Lukker øynene



Avvergereaksjon
Skriker
Beskytter seg
Skryver fra seg
Endringer i pust
Krymper seg

Smerteintensitet

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

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

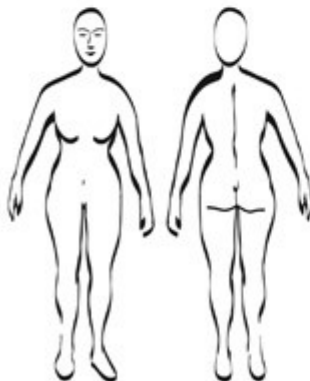
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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

APPENDIKS

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

Smerteatferd

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



Smerteintensitet

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

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

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bertha Husebøl et al., Institut for samfunnsmedisinske fag, Universitet i Bergen