



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Hege Vanessa Rasmussen og Terese Helmersen Nytrø

Veileder: Gunvor Volla Stensrud

”Pasienter med demens opplever et smertehelvete uten ord”

“Patients with dementia experience pain without words”

Bacheloroppgave i sykepleie

4BACH / BASY 2013

Antall ord: 12 995

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Sammendrag

Bakgrunn: I praksis har vi møtt pasienter med alvorlig grad av demens som på grunn av redusert språkfunksjon ikke kan uttrykke seg verbalt. Flere pasienter hadde utfordrende adferd som roping, vandring og irritabilitet. Det ble ikke sett nærmere på hva som kunne være årsaken til adferden, heller ikke om adferden var smerterelatert. Vi ønsket å studere om utfordrende adferd kunne være tegn på smerter.

Hensikt: For å ivareta pasienter med Alzheimers sykdom ønsker vi som sykepleiere å lære mer om smertevurdering, smertekartlegging, smertelindring og hvordan sykepleiere kan yte omsorgsfull hjelp. Vi anser det som sykepleieres plikt å sørge for at denne pasientgruppen blir sett, hørt og behandlet.

Metode: Oppgaven er et litteraturstudium som baserer seg på faglitteratur, forskningsartikler og egne erfaringer fra praksis.

Konklusjon: For å vurdere smerter hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom må Mobid-2 smertekartleggingsverktøy anvendes systematisk. Det er en forutsetning at sykepleiere har kjennskap til pasientens normale adferd for å oppdage endringer som kan være uttrykk for smerte. Forskning viser at det ikke er rutiner for smertekartlegging. Det må gis opplæring i bruk av kartleggingsverktøy og kunnskapen må deles blant personalet. God omsorg er sentralt i sykepleien til alle pasienter men mer fremtredende hos pasienter med alvorlig grad av Alzheimers sykdom. Sykepleiere må kontinuerlig vurdere pasientens individuelle behov, slik at vi kan hjelpe pasientene å mestre sine smerter.

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleiere kartlegge og lindre smerter hos pasienter med Alzheimers sykdom?*

Nøkkelord: Dementia, pain, pain assessment tools, pain measurement, pain management, nurses roll, nursing home, nursing-pasient relation, care, person-centered care, well-being

Forord

*Hva ser du, søster, i din stue?
En gammel, sur og besværlig frue,
usikker på hånden og fjern i blikket.
litt grisert og rotet hvor hun har ligget.
Hun snakker høyt, men hun hører deg ikke,
hun sikler og hoster, har snue og hikke.
Hun takker deg ikke for alt det du gjør,
men klager og syter, har dårlig humør.
Er det hva du tenker? Er det hva du ser?
Lukk øynene opp og SE - det er mer!
Nå skal jeg fortelle deg om hvem jeg er,
den gamle damen som ligger her.
Jeg er en pike på 10 i et lykkelig hjem
med foreldre og søsken - jeg elsker dem!
Jeg er ungmø på 16 med hjerte som banker
av håp og drøm og romantiske tanker.
Jeg er brud på 20 med blussende kinn,
i mitt eget hjem går jeg lykkelig inn.
Jeg er mor med små barn, jeg bygger et hjem,
mot alt som er vondt vil jeg verne dem.
Og barna vokser med gråt og latter.
Så blir de store, og så er vi atter
to voksne alene som nyter freden
og trøster hverandre og deler gleden
når vi blir femti og barnebarn kommer
og bringer uro og latter hver sommer.
Så dør min mann, jeg blir ensom med sorgen
og sitter alene fra kveld til morgen,
for barna har egne barn med hjem
det er så mye som opptar dem.
Borte er alle de gode år
de trygge, glade og vante kår.
Nå plukker alderen fjærene av meg.
Min styrke, mitt mot, blir snart tatt fra meg.
Ryggen blir bøyd og synet svikter
jeg har ikke krefter til dagens plikter.
Mitt hjerte er tungt og håret er grått.
Med hørselen skranter det også smått.
Men inne bak skrøpeligheten finnes
det ennå så meget vakkert å minnes;
barndom, ungdom, sorger og gleder,
samliv, mennesker, tider og steder.
Når alderdomsbyrdene tynger meg ned
så synger allikevel minnene med.
Men det som er aller mest tungt å bære
er det at EVIG kan INGENTING være!
Hva ser du, søster? - En tung og senil
og trett gammel skrott?
Nei. Prøv en gang til!
Se bedre etter - se om du kan finne:
et barn, en brud, en mor, en kvinne!
Se meg som sitter der innerst inne!
Det er MEG du må prøve å se - og finne!
-Ukjent-*

Sammendrag	2
1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	6
1.2 Presentasjon av problemstilling	7
1.3 Oppgavens avgrensning	7
1.4 Formålet med oppgaven	8
1.5 Oppgavens disposisjon	8
2 Metode.....	10
2.1 Litteraturstudie.....	10
2.2 Søkehistorikk og databaser	11
2.3 Kriterier for valg av artikler	14
2.4 Kildekritikk, validitet og reliabilitet	14
2.5 Funn.....	15
2.5.1 <i>Artikkel nummer 1: Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.....</i>	<i>15</i>
2.5.2 <i>Artikkel nummer 2: Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization- Observation- Behaviour- Intensity- Dementia (MOBID-2) Pain scale in a clinical setting.....</i>	<i>16</i>
2.5.3 Artikkel nummer 3: Pain and Quality of Life Among Residents of Norwegian Nursing Homes...	16
2.5.4 Artikkel nummer 4: Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units.....	17
3 Teori	17
3.1 Kari Martinsens omsorgstenkning.....	18
3.2 Kitwood sin teori om personsentrert omsorg.....	19
3.3 Demens syndrom.....	21
3.3.1 <i>Alzheimers sykdom.....</i>	<i>23</i>
3.4 Smerte hos eldre	24
3.4.1 Smerter hos pasienter med demens sykdom.....	25

3.4.2 Kartlegging av smerte hos pasienter med demens.....	26
4 Hvordan kan sykepleiere kartlegge og lindre smerter hos pasienter med Alzheimers sykdom?	27
4.1 Hvordan kan sykepleiere kartlegge smerter hos en pasient med Alzheimers sykdom ved hjelp av Mobid-2 Smertekartleggings skjema?.....	27
4.2 Hvordan kan sykepleier lindre smerter hos en pasient med Alzheimers sykdom?	31
5 Oppsummering og konklusjon	41
6 Referanseliste	43

1 Innledning

Ifølge Demensplanen 2020 er det 71 000 personer med demens blant tjenestemottakere i Norge. Studier fra Europa hevder at det i 2012 var 77 158 personer med demens i Norge. Videre fremkommer det at demens er den sykdommen som opptrer hyppigst når man blir eldre og det er en klar sammenheng mellom forekomst, stigende alder og økt levealder. Demensplanen 2020 har som et av sine formål å øke kunnskapen om demenssykdommer i helsetjenesten slik at pasientgruppen kan møtes med et mer tilrettelagt tjenestetilbud (Helse og Omsorgsdepartementet, 2015, s.11-15).

I en artikkel publisert i Bergens Tidende skriver Husebø (2013): ”Demente opplever et smertehelvete uten ord”. Videre skriver Husebø at mange pasienter med demens på sykehjem lider i bunnløs smerte. I tidsskrift for den norske legeförening skriver Kongsgaard, Wyller og Breivik (2008) at 60-80 % av pasienter i sykehjem opplever smerter. Videre hevder de at helsepersonellet er for dårlig til å gjenkjenne smerter hos pasienter med demens og mange forblir derfor ubehandlet.

Vi mener dette er et viktig tema som bør belyses og er derfor grunnen til vårt valg av tema.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

I løpet av våre praksisperioder har vi møtt pasienter med alvorlig grad demens som på grunn av språkproblemer ikke kan uttrykke seg. Flere pasienter hadde utfordrende adferd som roping, vandring og var irritable uten at det ble sett nærmere på hva som kunne være årsaken. Endret ansiktsuttrykk, bevegelse, uro og verbale uttrykk kan ifølge Rokstad (2008, s. 193) være eksempler på smerteindikatorer.

Det var først i vår psykiatripraksis på skjermet enhet vi ble introdusert for smertekartlegging av pasienter med alvorlig grad av demens. Vi var ikke klar over at det eksisterte kartleggingsskjema for å avdekke smerter hos denne pasientgruppen. På praksisplassen utførte sykepleierne smertekartlegging ved hjelp av smertekartleggingsskjema tre ganger i året. Vi stilte spørsmålsteget ved intervallene. Er det tilstrekkelig å utføre dette tre ganger i året? Hvordan vet sykepleierne at pasientene ikke har smerter mellom intervallene og hvordan vet sykepleierne om smertebehandlingen har effekt? Det slo oss at det mest sannsynlig er mange pasienter på sykehjem som lever med uoppdaget smerte. Vi tenkte på de urolige pasientene vi møtte i vår første praksis på sykehjem. Kunne noe av adferden deres være et uttrykk for smerte?

Atferdsendring kan bli tolket som en del av demenssykdommen belyser Wyller (2015, s. 93). Signaler om smerter forblir uoppdaget og pasienten får som følge av dette ikke tilstrekkelig smertebehandling.

Berntzen, Danielsen og Almås (2011, s. 356-357) skriver at sykepleiere generelt er for dårlig til å bruke vurderingsskjemaer for å kartlegge pasientens smerter. Det anbefales bruk av vurderingsskjemaer som hjelpemiddel for å kartlegge og for å få en mer nøyaktig forståelse av pasientens opplevelse av smerter.

For å ivareta pasienter med Alzheimers sykdom ønsker vi å lære mer om smertevurdering, kartlegging og hvordan vi som sykepleiere kan yte omsorgsfull hjelp. I diktet vi innledet med står det: ”Det er MEG du MÅ prøve å se- og finne!”. Denne setningen belyser viktigheten av å se personen bak sykdommen. Vi anser det som vår plikt som sykepleiere å sørge for at denne pasientgruppen blir sett, hørt og behandlet. Ifølge Austgard (2002, s. 135) er det behov for kunnskap for å kunne gi en omsorgsfull og moralsk forsvarlig sykepleie. Men kunnskap i seg selv ikke kan veie opp for et faglig skjønn som sykepleiere opparbeider seg ved å skape en relasjon og gjøre seg kjent med pasienten.

Dette har ført oss til problemstillingen i vår oppgave.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Temaet vårt omhandler hvordan vi kan avdekke smerter hos pasienter med Alzheimers sykdom og hvordan vi kan lindre smerter ved hjelp av personsentrert omsorg. Problemstillingen vår blir derfor todelt:

Hvordan kan sykepleiere kartlegge og lindre smerter hos pasienter med Alzheimers sykdom?

1.3 Oppgavens avgrensning

Det finnes ulike former for demens og mange er ikke utredet for sin demenssykdom. Vi velger derfor å skrive generelt om demenssyndrom før vi går inn i teorien om Alzheimers sykdom. Vi begrenser oss til pasienter med Alzheimers sykdom siden det er den vanligste formen for demens. I tillegg er Alzheimers sykdom overførbar til andre demenstyper. Rokstad (2008, s. 30) skriver at Alzheimer sykdom er den mest vanlige demenssykdommen og står for mer enn 60 % av alle demenssykdommene. Vi begrenser oss også til pasienter som bor på sykehjem.

Sykepleiere har ulike funksjons og ansvarsområder skriver Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug (2011, s. 17-18). En av funksjonene er den lindrende funksjon der målet er å begrense pasientens belastninger og fremme opplevelsen av velvære. Vi mener denne funksjonen er mest aktuell for vårt tema.

Tom Kitwoods (1999, s. 10-15) teori om personsentrert omsorg setter fokus på sykepleieres kommunikasjon og individuell tilnærming til personer med demens. Kari Martinsens omsorgstenkning beskriver omsorg som selve grunnlaget i relasjonen mellom sykepleier og pasient (Kristoffersen, 2011, s. 250). Vi betrakter både Martinsen og Kitwood sine teorier som aktuelle for vår problemstilling, fordi de tar for seg omsorg og personsentrert omsorg.

I drøftingen nevner vi Lov om helsepersonell. Vi er vel vitende om at pasient- og brukerrettighetsloven og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere også er aktuelt. På grunn av oppgavens omfang har vi valgt å utelate dette i teoridelen og drøftingsdelen. I konklusjonen vil vi nevne de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere.

I oppgaven velger vi å bruke pasienteksempler for å få en induktiv og deduktiv tilnærming. For å ivareta personvern er eksemplene anonymisert. Vi bruker betegnelsene sykepleiere og pasientene og veksler mellom å bruke Alzheimers sykdom og demens sykdom.

1.4 Formålet med oppgaven

Oppgavens formelle mål er at det er den avsluttende eksamen i sykepleie. Vi bruker eksisterende litteratur for å belyse temaet vårt, hvordan vi som sykepleiere kan vurdere og avdekke smerter og samtidig gi omsorg til pasienter med Alzheimers sykdom. I tillegg til oppgavens formelle mål ønsker vi å øke vår kunnskap om temaet.

1.5 Oppgavens disposisjon

Vi har delt inn oppgaven i seks deler, innledning, metode, teoridel, drøftingsdel, konklusjon og referanseliste. Mobilization- Observation- Behaviour- Intensity- Dementia (MOBID- 2) kartleggingsinstrument og PICO ligger som vedlegg.

Vi innleder oppgaven med begrunnelse for hvorfor temaet vårt har relevans for sykepleiere. I metodekapitlet beskriver vi fremgangsmåten vi har benyttet for å løse oppgaven. Her presenteres forskningsartiklene vi har valgt å bruke. Kildekritikk av forskning og litteratur er også beskrevet i metodekapitlet.

I teoridelen skriver vi om Kari Martinsens omsorgstenkning, Tom Kitwoods teori om personsentrert omsorg, demens syndrom, Alzheimers sykdom, smerter hos eldre, smerter hos pasienter med demens og kartlegging av smerter hos pasienter med demens. Etter teoridelen kommer drøftingsdelen hvor vi vil analysere teorien opp mot forskning og selverfarte hendelser. Konklusjonen presenteres i eget kapittel. Til slutt kommer referanselisten som viser litteratur vi har benyttet oss av i oppgaven.

2 Metode

Dalland (2012, s. 111) skriver at en metode forteller oss hvordan vi kan gå fram for å finne relevant litteratur slik at vi best mulig kan belyse et tema og svare på problemstillingen. Vilhelm Aubert definerer metode som: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (sitert i Dalland, 2012, s. 111). Metoden forteller veien vi har gått for å svare på problemstillingen. Vår forståelse av metode innebærer innsamling av data, hvordan dataen analyseres og hva den forteller oss om temaet vi skal skrive om. De viktigste kjennetegnene ved metode er systematikk, grundighet og åpenhet skriver Johanessen, Tufte og Christiansen (2010, s. 29-30). Det gir oss en mulighet til å undersøke om våre antakelser samsvarer med virkeligheten.

Oppgaven vil i hovedsak bestå av eksisterende litteratur skrevet av anerkjente forfattere. Gjennom litteratursøk vil vi finne fram til relevant litteratur. I drøftingsdelen anvendes litteraturen som er presentert i teoridelen. Teori, funn fra forskning og egne erfaringer vil brukes i drøftingen som grunnlag for diskusjon.

Dalland (2012, s. 112-114) deler metode i kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitativ metode er en studie der et fåtall deltakere forteller om sine opplevelser og meninger. Dette kan for eksempel være 15 personer som skal fortelle sin opplevelse av smertelindringen og smertebehandlingen de får. Dataen som samles inn tolkes for å finne et mønster i de ulike fortellingene. Denne metoden er mest hensiktsmessig når det skal forskes på fenomener som det er lite kunnskap på. Kvantitative data kan for eksempel være spørreskjema der svarene i skjemaet er målbare skriver Johanessen et al. (2010, s. 31-32).

I oppgaven presenterer vi tre kvantitative og en kvalitativ forskningsartikkel.

2.1 Litteraturstudie

Ifølge retningslinjene for bacheloroppgaven skal vi benytte oss av litteraturstudie som metode. Besvarelsen skal basere seg på fag- og forsknings litteratur og egne erfaringer med fordypning i valgt tema. Dalland (2012, s. 223- 224) skriver at en litterær oppgave hovedsakelig bygger på eksisterende litteratur. I vår oppgave vil kjernen være pensumlitteratur, forskningsartikler og selvvalgt litteratur utgitt av anerkjente forlag. Selvvalgt litteratur vil være merket med * i referanselisten. Vi vil også trekke inn egne erfaringer fra praksis.

2.2 Søkehistorikk og databaser

Vi innledet søket etter aktuell litteratur med en samtale med veilederen vår. Vi fant aktuell litteratur etter søk i bibliotekets base Bibsys og i pensumlitteraturen fra alle studieårene.

Vi bestilte time hos en av høgskolens bibliotekarer som anbefalte oss å søke i Svemed+ for å finne gode MESH-termer. Dette førte oss til søkeordene som vi har brukt i søkene. Følgende søkeord ble brukt: Demens, dementia, smerter, pain, smertekartlegging, pain assessment tools, pain measurement, pain management, nurses roll, nursing home, sykehjem, nursing-pasient relation, care, person-centered care og well-being. Vi søkte i Helsebiblioteket sitt pyramidesøk og databasene Cinahl, Cochrane, Pubmed 1, Svemed+. Pico-skjema (Vedlegg I) ble brukt for å skape struktur i søket etter forskning. Pasientgruppen var demens, problemet var smerter og demens. Senere i oppgaven kommer det en oversikt over hvilke databaser som førte oss frem til hver enkelt artikkel, antall tilslag og ordkombinasjoner. I søkeprosessen leste vi først igjennom overskriftene for å se om det var noen som var aktuelle for problemstillingen. Vi åpnet de aktuelle forskningsartiklene og leste sammendraget. Deretter valgte vi ut artiklene som vi ønsket å studere nærmere.

Bettina Husebø viste seg tidlig i søkeprosessen å være et sentralt navn i forhold til valgt tema. I artikler som omhandlet smertekartlegging var hun enten hovedforfatter eller en av medforfatterne. Vi henvendte oss til henne tidlig i skriveprosessen og fortalte om temaet for oppgaven. Husebø var svært hjelpsom og sendte oss sine forskningsartikler på mail. Hun roset oss og mente vi hadde valgt et viktig tema. Senere i oppgaven presenteres en av Husebø sine forskningsartikler.

Videre skriver vi om hvilke databaser, søkeord og ordkombinasjoner som førte oss fram til valg av forskningsartikler.

Database: Cinahl/subjects

Dato: 08.02.2016

Artikkelnavn: Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer

Forfattere: Daniella Lillekroken og Åshild Slettebø

Publisert i: Vård i Norden

Søkeord: dementia, pain assesment, pain, nursing home

Vi begrenset søket til artikler publisert etter 2011 og søkte på følgende måte: dementia AND painassessment, dette ga 294 treff. Deretter begrenset vi søket med å skrive OR painmanagment, da fikk vi 298 treff. Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens kom som nummer 13. Artikkelen ble valgt fordi den omhandler temaet smertelindring og smertekartlegging som var aktuelt for problemstilling.

Styrke: Første forfatter anvendte kommunikativ validitet som ga informantene mulighet til å bekrefte utsagnene sine. Dette ivaretar validiteten.

Svakhet: Kvalitativ studie der en liten gruppe ble intervjuet.

Database: Svemed+

Dato: 09.01.2016

Artikkelnavn: Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization- Observation- Behaviour- Intensity- Dementia (MOBID-2) Pain scale in a clinical setting

Forfattere: Bettina S. Husebø, Liv I. Stand, Rolf Moe- Nilssen, Stein B. Husebø og Anne E. Ljuggren

Publisert i: Scandinavian Journal of Caring Sciences

Søkeord: Dementia AND pain som ga 16 treff. Vi klikket på følgende MESH- term linker: pain measurment som ga 16 funn. Deretter klikket vi på dementia som viste 6 funn. Artikkelen fanget vår interesse, men vi fikk ikke tilgang til fullversjon. Husebø sendte forskningsartikkelen og vi valgte artikkelen fordi den viste at Mobid- 2 var valid å bruke som verktøy for å smertekartlegge pasienter med demens som ikke kan selvrappotere smerter.

Styrke: Moderat til glimrende reliabilitet på smerteintensitet score.

Svakhet: Det kunne vært aktuelt med flere atferdsindikatorer i smerteskalaen.

Database: Cinahl

Dato: 12.01.16

Artikkelnavn: Pain and Quality of Life Among Residents of Norwegian Nursing Homes

Forfattere: Kari Torvik, Stein Kaasa, Øyvind Kirkevold og Tone Rustøen

Publisert i: Pain Management Nursing

Søkerord: pain management and pain assessment, and nursinghome and dementia. Begrenset søket med treff fra etter 2008.

Søkeordene pain management AND pain assessment gav oss 5576 treff. Vi la til AND nursing home som ga 258 treff og la til dementia som ga 70 treff. Artikkelen lå som nummer 44. Vi leste igjennom mange artikler før vi kom fram til akkurat denne. Artikkelen ble valgt fordi den tok for seg sammenhengen mellom livskvalitet og smerter.

Styrker: En og samme forsker samlet alle data og kan derfor lettere måle validiteten.

Svakheter: Studien baserte seg på intervju av pasienter som kan uttrykke seg verbalt. I vår oppgave har vi fokus på demenspasienter som ikke kan uttrykke seg verbalt eller med manglende forståelse.

Database: Pubmed

Dato: 19.02.16

Artikkelnavn: Person-centeredness and its association with resident well-being in dementia care units

Forfattere: Karin Sjøgren, Marie Lindkvist, Per- Olof Sandman, Karin Zingmark og David Edvardsson

Publisert i: Journal of advanced nursing

Søkeord: well- being, dementia, pain, person centered

Vi begrenset søket til artikler publisert etter 2011. Vi søkte på well- being AND dementia og fikk 17953 funn. Vi la til pain som ga 418 treff. For å begrense antall treff la vi på person centered som ga 7 funn.

Vi valgte artikkelen fordi den tar for seg sammenhengen mellom personsentrert omsorg og livskvalitet på sykehjem.

Styrker: Kvantitativ studie der over 1200 pasienter med demens deltok.

Svakheter: Det var større sammenheng mellom personsentrert omsorg og livskvalitet hos pasientene da de ansatte rapporterte enn da beboerne selv rapporterte.

2.3 Kriterier for valg av artikler

Lillekroken og Slettebø (2013) skriver at det finnes få kvalitative studier på sykepleieres utfordringer med vurdering av smerter og smertelindring av pasienter med demens. I retningslinjene for bacheloroppgaven står det at minimum to av forskningsartiklene skal være engelskspråklige. Vi har vurdert om resultatet av forskningen kan overføres til Norge. Vi begrenset søket på årstall slik at vi fikk opp nyere forskning. Artiklene skal også være aktuelle for vårt tema og problemstilling.

2.4 Kildekritikk, validitet og reliabilitet

Oppgaven vil bestå av forskningsartikler og selvvalgt litteratur for å underbygge argumentasjon og for å belyse tema som ikke står i pensumlitteraturen. I en litteraturstudie søker vi etter relevant litteratur og trekker ut essensen i temaet for å svare på problemstillingen. Dalland (2012, s. 72-73) skriver at en bakdel med et litteraturstudie er at mye av pensum og fagstoffet er sekundærlitteratur. Det betyr at stoffet er bearbeidet og skrevet på nytt av en annen forfatter. Det kan være at sekundærforfatteren har gjort sine egne tolkninger og det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg. Noe av litteraturen er oversatt fra andre språk som kan føre til at innholdet har endret seg.

I oppgaven anvendes både primær og sekundærforfattere. Vi har prøvd å finne primærforfatteren der det har latt seg gjøre. Dette har vi gjort for å unngå at primærforfatteren har blitt feiltolket av en sekundærforfatter. For å få en bedre forståelse av Martinsen og Kitwood sine teorier har vi anvendt sekundærforfattere. Vi har funnet mye relevant litteratur og forskning og begrenset treffene ved hjelp av søkeord. Kombinasjonen av søkeord kan føre til at vi har gått glipp av annen relevant litteratur. Vi har brukt anbefalt litteratur fra Høgskolen og selvvalgt litteratur. Vi har vurdert litteraturen kritisk og anser valgt litteratur for å være pålitelig. Noen av forskningsartiklene vi har funnet er skrevet på engelsk. Disse har vi oversatt til norsk, vi kan allikevel ha misoppfattet forskernes budskap.

Validitet betyr relevans og gyldighet skriver Dalland (2012, s. 52). Litteraturen vi søker etter og benytter oss av må være relevant og gyldig for vår problemstilling. Faglitteraturen vi har benyttet oss av er aktuell for oppgavens tema og problemstilling.

Videre skriver Dalland (2012, s. 52) at reliabilitet betyr at kildene vi velger må være pålitelige. Når vi skriver en litteraturoppgave må vi bruke pålitelige kilder. For å finne ut dette må vi se på hvilken metode som er benyttet og om den er benyttet korrekt. Samtidig må vi se på åpenheten rundt resultatet som også innebærer at feilmarginer må være opplyst.

Forskningsartiklene omhandler i hovedsak smertekartlegging, smerter, personsentrert omsorg og demens syndrom og har derfor relevans for vårt tema. Vi har vurdert forskningen etter IMRaD- struktur (introduksjon, metode, resultat og diskusjon) og anser forskningen som valid og reliabel.

2.5 Funn

Her kommer en presentasjon av de fire forskningsartiklene vi har valgt. Vi skal anvende forskningsartiklene i oppgavens drøftingsdel for belyse problemstillingen.

2.5.1 Artikkel nummer 1: Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer

Dette er en norsk kvalitativ studie utført av Lillekroken og Slettebø (2013). Hensikten med studien var å utforske sykepleiernes erfaringer med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens. Tre fokusgruppeintervjuer med henholdsvis seks, fem og syv deltakere i hver gruppe og en semistrukturert intervjuguide ble brukt for datainnsamling. Ingen av deltakerne i studien hadde kjennskap eller kunnskap om smertekartleggingsverktøy.

Et av funnene fra studien var at sykepleierne har mye kunnskaper om smertelindring, men mangelfull kunnskap om kartlegging av smerter hos pasienter med demens. Dette kan føre til at den individuelle behandlingen blir for dårlig.

Sykepleiere har ifølge Helsepersonelloven kapittel 2 § 4 ansvaret for å yte omsorgsfull hjelp. Dette gjelder pasienter med demens og pasienter med andre lidelser. Smertelindring anses som omsorgsfull hjelp og sykepleierne har ansvar for å vurdere smerte, administrere smertelindrende medikamenter og tilse at pasientene er tilstrekkelig smertelindret.

Videre fremkommer det i artikkelen at uønsket eller utfordrende adferd som roping, vandring, aggressivitet, gråt eller brå endring i pasientens adferd kan være tydelige tegn på smerte. Adferd og behov for smertelindring må dokumenteres spesielt dersom sykepleier ikke føler seg trygg på kartlegging.

Konklusjonen av studien er blant annet at sykepleiere finner smertekartlegging utfordrende og pasientene derfor lider unødvendig. Økt fokus på smertekartlegging og opplæring i bruken av smertekartleggingsverktøyene vil øke sjansene for en mer tilfredsstillende smertelindring.

2.5.2 Artikkel nummer 2: Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization- Observation- Behaviour- Intensity- Dementia (MOBID-2) Pain scale in a clinical setting

Dette er en kvalitativ studie utført av Husebø, Stand, Moe- Nilssen, Husebø og Ljuggren (2010). Bakgrunnen var å presentere MOBID- 2 smertekartleggingsverktøy som er videreutviklet fra MOBID smerteskala. Målet var å undersøke de psykometriske egenskapene til MOBID- 2 og forske på hvor troverdig skjemaet er og hvor godt det fungerer. 77 pasienter med alvorlig demens var med i studien og ble undersøkt av 28 omsorgspersonell i klinisk praksis og av lege. Det ble observert nociseptiv smerte hos 75% av deltakerne. Mest smerter ble uttrykt når de skulle bevege på bena og minst når de skulle bevege armer. Smertetegn som endring i ansiktsuttrykk var mest uttrykt, deretter lyder som indikerte smerter. Sykepleierne som var med i studien understreket at smerteevalueringen av denne pasientgruppen alltid vil være utfordrende og det kreves at man kjenner til pasientens normale adferd.

Konklusjonen i studien var at MOBID- 2 på bakgrunn av smerteadferd, bevegelser og smertetegninger var pålitelig, gyldig og tidseffektiv for sykepleierne for å vurdere smerter hos pasienter med alvorlig demens. Den er en fin måte å evaluere om pasientens adferd kan være forårsaket av smerter relatert til muskel- og skjelettsystemet, indre organer, hode eller hud.

2.5.3 Artikkel nummer 3: Pain and Quality of Life Among Residents of Norwegian Nursing Homes

Dette er en kvantitativ studie utført av Torvik, Kaasa, Kirkevold og Rustøen (2010). Bakgrunnen for studien var å utforske om det er forskjeller i livskvaliteten hos pasienter som har smerter sammenliknet med de som ikke har smerter. Studien ble utført på syv sykehjem og 307 pasienter deltok. 87 % av pasientene som var med i studien hadde mild til moderat kognitiv

svikt. For å måle smerter og livskvalitet ble det brukt kartleggingsverktøy. Konklusjonen viser at 55 % av deltakerne rapporterte om smerter i varierende grad, hvorav 55 % av disse hadde milde smerter, 29 % moderate smerter og 16 % svært sterke smerter. 30% av de som rapporterte om smerter sto ikke på fast smertelindring. Studien viser også at pasienter med kognitiv svikt har manglende smertelindring, spesielt den gruppen som mangler språk eller som ikke kan uttrykke smerter. Noen eldre har en oppfatning av at de skal tåle smerter. Andre kan ha opplevd å ikke bli tatt på alvor når de har klaget over smerter. Videre fremkommer det at smerter kan gi dårligere søvnkvalitet, depresjon, angst, delirium, de kan få nedsatt matlyst som fører til dårlig ernæringsstatus og pasientene kan bli urolige. Smertene viste seg å øke i takt med økende kognitiv svikt og det påvirket pasientenes livskvalitet og autonomi. Sykepleierne må bedre sin kjennskap til smerteadferd og må kontinuerlig overvåke og behandle smerter hos pasientene.

2.5.4 Artikkel nummer 4: Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units

Dette er en kvantitativ studie utført av Sjøgren, Lindkvist, Sandman, Zingmark og Edvardsson (2013). Studien er basert på spørreundersøkelser gjennomført på 1169 helsepersonell og 1261 sykehjemspasienter. Bakgrunnen og hensikten var å utforske sammenhengen mellom personsentrert omsorg og beboernes mulighet til utføre dagligdagse aktiviteter (ADL-Activity of Daily Life), smertenivå, depressive symptomer, urolig atferd og pasientenes livskvalitet. Funnene i studien viser sammenheng mellom økt fokus på personsentrert omsorg blant personalet og økt livskvalitet blant pasientene.

3 Teori

I dette kapitlet presenteres aktuell teori for vår problemstilling. Vi tar for oss Kari Martinsens omsorgstenkning, Tom Kitwoods teori om personsentrert omsorg- de fem psykologiske behov, demens, Alzheimers sykdom, smerter hos eldre, smerter hos personer med demens og smertekartleggingsverktøy.

3.1 Kari Martinsens omsorgstenkning

Kari Martinsens (2003b, s. 68-69) sykepleietenkning baserer seg på omsorgen et menneske har til et annet. Omsorg omhandler hvordan vi mennesker viser omtanke for hverandre. Hvordan vi er og hvordan vi forholder oss til hverandre i dagliglivet. Martinsen mener i den menneskelige eksistens at omsorg er et grunnleggende fenomen og er grunnlaget for menneskelig liv. Omsorg er derfor selve grunnlaget for sykepleie.

Martinsen (2003b, s.14- 18) deler omsorgsbegrepet i tre dimensjoner, relasjonell, praktisk og moralsk side. Den *relasjonelle* siden baserer seg på at mennesker er avhengig av hverandre. Alle kan komme i en situasjon hvor vi er avhengig av andres hjelp. Sykepleieren skal derfor lytte til pasienten og se pasientens hjelpebehov. Kristoffersen (2011, s. 255) trekker fram livsytringer som en del av den relasjonelle omsorgen. Videre skriver Martinsen (2003a, s. 80-81) at livsytringer er omsorgens spontanitet som uttrykker den tause kjærligheten. Sykepleierens handlinger preges av barmhjertighet og medlidenhet og livsytringer er nødvendig for vår eksistens.

Omsorgen har også en *praktisk* side ifølge Martinsen (2003b, s14- 18) som tar for seg prinsippet om å ta vare på den hjelpetrengende. Dette kjenner vi fra historien om den barmhjertige samaritan og betingelsesløs kjærlighet, hvor den praktiske handling står i fokus. En skal ikke bare synes synd på, men en skal utføre hjelpen i en praktisk handling. Ifølge Kristoffersen (2011, s. 255- 256) bruker vi omsorgen daglig, spesielt i kjente situasjoner. Som medmenneske kan vi identifisere oss med den andre. Det er derfor lettere å forstå pasientens situasjon. Har en selv opplevd smerte, er det lettere å forstå pasientens smerter.

Moralsk omsorg er noe sykepleiere lærer seg i praksis gjennom å ta ansvar for de svake. I boken fra *Marx til Løgstrup* skriver Martinsen (2003a, s. 96-98) at vårt samfunn er for individsentrert, med dette mener hun at vi mennesker er for opptatt av oss selv. Dette fører til at kjærlighet har vanskelig for å uttrykke seg. Moralen har ingen engasjement som hindrer oss i å *se* den andre personen vi møter. Martinsen skriver videre: "moral er å leve ansikt til ansikt med den andre. Veien til den andres ansikt er veien til moral, veien til kjærlighet". For å kunne ta solidariske valg må sykepleiere handle mot den syke ut ifra moralsk skjønn som grunner i den kunnskapen man innehar. Martinsen (2003b, s. 14-17) mener at sykepleiere skal identifisere seg med den syke. Dette skal sette den syke i stand til å leve et best mulig liv.

Kristoffersen (2011, s. 249-253) skriver om fellesskap som et sentralt begrep i Martinsens tenkning. Forutsetningen for å kunne leve i fellesskap er at alle kjenner normer og regler. Hun vektlegger likeverd blant mennesker, det er alltid noen som kan komme i en situasjon hvor de har behov for hjelp fra andre mennesker. Martinsen er spesielt opptatt av de svakeste som ikke kan gjenvinne sin uavhengighet. Blant sykepleierne er det for lite fokus på denne pasientgruppen. Omsorgen er grunnholdningen i møte med den svake og er preget av faglig og moralsk vurdering, innlevelse og engasjement.

Alsvåg (1997, s. 158-160) omtaler omsorg som å vise omtanke og bekymre seg for et annet menneske. Dette vises i sykepleierens handlinger. Hvordan vi viser forståelse, hvordan vi snakker til pasienten og hvordan vi omtaler pasienten. Praktiske ferdigheter og kunnskap er også en forutsetning i omsorgen. Dette innebærer å ha kjennskap til pasientens sykdom og plager, hvilke observasjoner som skal utføres og hvilke sykepleietiltak som skal settes i verk og hvorfor. Med dette som utgangspunkt kan sykepleiere hjelpe, lindre, forklare, informere og trøste.

Videre vil vi presentere Tom Kitwood sin teori om personsentrert omsorg og de fem psykologiske behov.

3.2 Kitwood sin teori om personsentrert omsorg

Kitwood (1999, s. 12-16) setter igjennom sin bok *en revurdering av demens* fokus på relasjon og kommunikasjon i arbeidet med personer med en demenssykdom. Han belyser viktigheten av å se personen bak sykdommen og at personen skal komme i første rekke. Sykepleien til pasienter med demens skal rette seg mer mot det menneskelige enn det medisinske.

Rokstad (2008, s. 68) mener Kitwood endret det teoretiske argumentet for personsentrert omsorg og hadde stor innvirkning på utviklingen av teorigrunnlaget: Den utvidede modellen for demens, beskrivelsen av en ny pleiekultur og viktigheten av å bevare personverdet. Referanserammen skulle være *personen* med demens og ikke personen med *demens*. Brooker (2013, s. 36) skriver at demens ikke bare må sees på som en svikt i hjernen, det må også innebefatte pasientens psykososiale behov.

Ifølge Kitwood (1999, s. 89- 90) er personer med demens mindre i stand til å ta initiativ til å dekke sine psykologiske behov. Han mener det er individuelt hvilke behov hver enkelt trenger å få dekket. Det avhenger av livshistorien, personligheten og i hvor stor grad den kognitive

funksjonen er svekket. I den forbindelse utviklet han en metafor skissert i en blomst med fem kronblader. Bladene symboliserer de fem psykologiske behov som er: tilknytning, inklusjon, trøst, beskjeftigelse og identitet. De fem psykologiske behov overlapper hverandre og møtes i det sentrale behovet for kjærlighet.

Brooker (2013, s. 71) hevder at for mange sykepleiere er det naturlig å vise kjærlighet overfor pasientene sine. Ekte kjærlighet kan vises i form av at man er sjenerøse og utfører handlinger for at den andre skal ha det godt og det forventes ikke noe tilbake. Mange sykepleiere trenger ikke å lære seg å vise god omsorg og kjærlighet, men i jaget etter ny kunnskap kan man komme bort fra kjærligheten som motiverte oss i utgangspunktet. For andre er det ikke like naturlig å vise kjærlighet. Da er de fem psykologiske behovene et fint utgangspunkt for å gi personer med demens det de har behov for, for å kunne eksistere. Metaforen er en fin guide for å påse at behovene til pasienter med demens blir dekket (Brooker, 2013, s. 71).



Figur 1. Tom Kitwoods (1999, s. 90-92) skisse over de fem psykologiske behovene hos mennesker med demens.

Inklusjon

Mennesket skaper bånd og tilknytning til andre mennesker. Det er en sikkerhet mennesker har behov for. Pasienter med demens trenger dette særlig siden hukommelsestapet gjør at mange minner i livet blir glemt. Behovet for inklusjon blir forsterket ved en demenssykdom. Oppfylles ikke dette behovet kan pasienten bli isolert.

Trøst

Trøst omhandler ømhet, nærhet, varme og trygghet. En pasient med demens med sviktende evner har særlig behov for trøst og kan få følelsen av å bryte sammen. Styrke og varme fra sykepleiere kan hjelpe pasientene å ta vare på helheten i livet.

Tilknytning

Å leve med demens kan skape bekymringer og usikkerhet. Det som en gang opplevdes som trygt i livet kan forsvinne. Som mennesker er vi skapt for å leve i et fellesskap. Uten tilknytning til andre er det vanskelig å fungere. Personer med demens som opplever hukommelsestap kan ha et enda større behov for å knytte seg til andre. Dekkes ikke behovet for tilknytning kan personen trekke seg tilbake og forfalle. Dekkes behovet for tilknytning kan personen vokse og ta plass i felleskapet.

Beskjeftigelse

Beskjeftigelse kan forklares som at mennesker er involvert i noe som gjør at de føler seg nyttig. Sviktende evner kan føre til at en persons egenverd forsvinner. Pasienter med demens har derfor behov for å føle seg verdifulle. Sykepleiere som kjenner til pasientenes bakgrunn og hva pasientene liker har lettere for å hjelpe pasienten med å dekke behovet for beskjeftigelse. Det kan for eksempel være at sykepleieren tilrettelegger for at pasienten kan delta i aktivitetsprosjekter på sykehjemmet.

Identitet

Identitet handler om å vite hvem man er og hva man står for. Sviktende hukommelse kan føre til at pasientene mister kjennskap til egen livshistorie. I demensomsorgen er det derfor viktig å hjelpe pasientene med å finne igjen og opprettholde sin identitet. Dette kan gjøres ved at sykepleiere har kjennskap til pasientene og pasientenes livshistorie. Barnliggjøring kan undergrave identiteten mens den kan forsterkes igjennom ros og respekt (Kitwood, 1999, s. 90-92). I neste kapittel vil vi beskrive demens syndrom.

3.3 Demens syndrom

Det finnes ulike definisjoner på demens. Engedal (2015, s. 61) skriver i sin definisjon at demens er et syndrom og forårsakes av sykdommer i hjernen som fører til hukommelsestap og svikt i den kognitive funksjonen. Tilstanden fører til at den som er rammet fungerer dårligere i dagliglivet og endrer sin atferd.

Engedal og Haugen (2005, s. 20) 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.

Rokstad (2008, s. 28- 29) beskriver de viktigste kriterier for at tilstanden skal kunne kalles demens. Tankeevnen og hukommelseevnen må være nedsatt i den grad at personens nåværende kognitive funksjon ikke kan sammenlignes med det tidligere kognitive funksjonsnivå. International Classification of Diseases and Related Health Problems i 10. Versjon (ICD- 10) er et internasjonalt klassifiseringssystem som brukes ved diagnostisering av demens i Norge. Ifølge ICD- 10 må følgende kriterier være oppfylt for å få diagnosen: Hukommelsen må være svekket og det må ha oppstått svikt i andre kognitive funksjoner som tenking, planlegging og dømmekraft. Det må også ha oppstått svikt av emosjonell kontroll, sosial atferd eller motivasjon som irritabilitet, apati, unyansert sosial atferd og emosjonell labilitet. Tilstanden må ha vart i mer enn seks måneder. Hvordan diagnosen stilles og hvor grundig den kognitive testingen er vil avhenge av i hvor stor grad sykdommen har utviklet seg.

Berentsen (2008, s. 355) deler demens inn i mild, moderat og alvorlig grad. Ved mild grad merker gjerne de nærmeste rundt og personen selv at hukommelsen påvirker hverdagen. Vanlige gjøremål som henting av post og handling av matvarer blir ofte glemt. Den som er rammet kan på dette stadiet få problemer med å huske viktige ord og det blir vanskeligere å følge med på dato og klokkeslett. Ved moderat grad har hukommelsen blitt svekket ytterligere og personen har redusert problemløsningsevne. Gjøremål som for eksempel klesvask og matlaging blir vanskelig. Den sviktende stedsansen fører til at vedkommende kan gå seg vill. En person med alvorlig grad av demens husker som regel ikke hvem de nærmeste er og hendelser fra eget liv kan bli glemt. Ordforrådet er svært begrenset og det blir vanskelig å forstå hva andre sier. På dette tidspunkt er den rammede avhengig av døgnskunterlig hjelp.

Berentsen (2008, s. 357) skriver at språkproblemer er et resultat av demenssykdommen og skyldes skader i det ene eller begge språksentrene i venstre hjernehalvdel. Logisk tenkning, språkoppfattelse og talefunksjon blir påvirket som følge av dette. Språkvansker deles inn i motorisk, sensorisk, anomisk og global afasi. En pasient med motorisk afasi oppfatter hva andre

sier, men har selv vansker med å uttrykke seg. Mimikk og kroppsspråk er fortsatt intakt. Har en pasient sensorisk afasi, kan han eller hun uttale ord korrekt, men med feil sammenheng. Evnen til å sette sammen ord reduseres og setningene blir uforståelige. Ved anomisk afasi har pasienten vansker med lete fram ord som gir mening. Denne formen for afasi er vanlig ved Alzheimers sykdom. Ved global afasi er all språkforståelse svekket. Pasientens tale er uforståelig og få ord er korrekte.

Ifølge Engedal og Haugen (2005, s. 63) er Alzheimers sykdom den mest vanlige formen for demens og utgjør om lag 60 % av demenstilfellene. Dette vil vi rette fokus på i neste kapittel.

3.3.1 Alzheimers sykdom

Rokstad (2008, s. 30) hevder at Alzheimers sykdom utgjør om lag 45 000 av demenstilfellene i Norge. Sykdommen sprer seg på en måte i hjernen som svekker den kognitive funksjonen. Sykdommen sprer seg til den indre delen av tinninglappen, før den videre sprer seg til inneliggende områder i hjernen skriver Almkvist (2013, s. 79). Ifølge Skårderud, Haugsjerd og Stänicke (2010, s. 477) oppstår det mikroskopiske endringer og dannelse av plakk i hjernen som ødelegger signaloverføringene mellom nervecellene.

Berentsen (2008, s. 363) beskriver Alzheimers sykdom som en gruppe av sykdommer, et syndrom som varieres ut ifra arvelighet, alder og årsaker.

Wyller (2015, s. 291-292) påpeker at de nevrologiske forandringene starter lenge før symptomene melder seg. De tidligste symptomene er diffuse og kan forveksles med depresjon og symptomer på stress. Det er også vanlig at mange funksjonsområder rammes samtidig og som fører til at flere kognitive funksjoner svekkes. Personen kan rammes av rom-retningsforstyrrelser, vurderings- og forståelsesproblemer og språkvansker. Av tydelige symptomer er redusert korttidsminne det første man legger merke til. Sykdommen deles inn i tidlig og sen debut og skilles ut ifra om personer rammes før eller etter fylte 65 år. Den tidlige debuten gir raskere sykdomsutvikling og pasienter som rammes av tidlig debut har kortere levetid. Berentsen (2008, s. 363) skriver at ordletingsproblemer er den taleforstyrrelsen som gjerne inntreffer først. Å orientere seg for tid er noe som også reduseres tidlig. Orientering for situasjon og sted er vanligst ved moderat til alvorlig grad. Hovedproblemet med Alzheimers sykdom er hukommelsessvikt. Vi vil nå gå over til å beskrive smerter hos eldre.

3.4 Smerte hos eldre

Berntzen et al. (2011, s. 357) definerer smerte som: ”Smerte er det som personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte”. Denne definisjonen gjenspeiler det helhetlige menneskesynet og er viktig for sykepleiere i møte med eldre personer med smerter. Smerteopplevelsen er subjektiv og bare den som kjenner smerten kan vite hvor intens den er, hvor lenge den varer og hvordan den føles.

Bjøro og Torvik (2008, s. 334- 335) skriver at det er svært vanlig med smerter hos eldre. De vanligste årsakene til smerte hos eldre er slitasjegikt, nevrologiske sykdommer, kreft og ulykker. Gamle er spesielt sårbare for smerte fordi smerter kan virke inn på emosjonell og kognitiv tilstand. Smerter kan også gi nedsatt funksjonsnivå som kan medføre tap av selvstendighet. Tilhelingsprosessen går langsommere enn hos unge. For eksempel kan det ta lengre tid før ømhet går tilbake etter en skade. Det kan være mange helserelaterte konsekvenser for eldre personer som lever med smerter. Blant annet er det økt fare for inaktivitet, sengeleiekomplikasjoner, delirium, depresjoner og søvnforstyrrelser.

Husebø (2015 s. 72) skriver at flere og flere eldre lider av smerter. Blant sykehjemsbeboere ligger smerteforekomsten mellom 45 og 83 %. Bjøro og Torsvik (2008, s. 334- 335) refererer til en studie som viser at 47 % av pasientene som selv kunne rapportere smerter, hadde opplevd smerter i løpet av den siste uken. Smertene kan forekomme akutt eller være langvarige (kroniske). Den akutte smerten begrenser seg som oftest i varighet og oppstår ved kirurgiske inngrep, sykdom eller skade. Den kroniske smerten varer som regel over tre måneder. Hos eldre er kroniske smerter mest vanlig. Det kan skyldes patologiske tilstander i bevegelsesapparatet som revmatiske sykdommer, slitasjegikt (artrose) eller brudd.

Husebø (2008, s. 11) hevder at kroniske muskelsmerter er den mest vanlige årsaken til redusert aktivitetsnivå hos eldre og øker risikoen for immobilitet, muskelsvakheter og redusert livskvalitet. Wyller (2015, s. 89) mener akutte smerter ikke er fullt så vanlig, men de kroniske smertene kan ha debutert som akutte. Akutte smerter kan bli kroniske og det er derfor viktig å behandle akutte smerter adekvat for å unngå at smerten blir kronisk.

Bjøro og Torvik (2008, s. 334-337) mener sykepleiere har en viktig rolle i arbeidet med smerter hos gamle personer. Mye samvær med pasienten skaper en unik mulighet til å observere og evaluere tiltak som er iverksatt. Noe av det viktigste sykepleiere gjør er å kartlegge smerten og

hvordan den påvirker pasientenes funksjon. Deretter skal sykepleiere iverksette sykepleietiltak for å lindre smertene.

Sandvik (2011, s. 10-11) skriver at pasienter med demens klager mindre over smerte. Å rapportere smerte krever hukommelse og språk. Dette fører oss videre til å skrive om smerter hos pasienter med demens.

3.4.1 Smerter hos pasienter med demens sykdom

Om lag 60 % av sykehjemsbeboere med demens sykdom opplever smerter. For mange kan det være vanskelig å uttrykke smerter, spesielt hos pasienter med moderat til alvorlig grad av demens. Etter hvert som tilstanden utvikler seg vil språkevnen påvirkes og pasienten klarer ikke å uttrykke smerte verbalt belyser Bjørø og Torvik (2008, s. 341).

Rokstad (2015, s. 193) mener personer med demens kan føle frykt i forbindelse med å oppleve smerte. Dette fordi det kan være vanskelig å knytte opplevelsen av smerte til en årsak. Problemer med hukommelsen gjør at personen ikke er forberedt på smerten som kommer, for eksempel når personen skal reise seg eller sette seg. Den overraskende smerten kan skape frykt og personen kan få et sinneutbrudd.

Det er en utfordrende oppgave å vurdere og observere behandlingen av smerter. Det er derfor et område som krever kompetanse og opplæring skriver Husebø (2015 s. 72). Smerter hos denne pasientgruppen kan ofte feiltolkes av pleiepersonalet og det er lett å tro at atferdsendringen er en del av demenssykdommen. Smerter har i denne sammenheng en tendens til å ikke bli oppdaget. Mange får derfor ikke god nok smertelindring hevder Wyller (2015, s. 93).

Rokstad (2008, s. 193) sier at kartlegging er nyttig å anvende i de tilfellene pasientene ikke har språk. Observasjon av atferd er nyttig for å finne ut om pasienten har smerter. Endret ansiktsuttrykk, bevegelse og uro og verbale uttrykk kan være eksempler på smerteindikatorer.

Ifølge Husebø (2015, s. 73) opplever en person med Alzheimers sykdom smertens intensitet, lokalisasjon, intensitet og kvalitet, men de klarer ikke å reagere adekvat. Smertetoleransen og smerteterskelen er økt. Siden smerterefleksen er den samme, vil ansiktsuttrykk være en måte å oppdage smertene på. Vi går nå over til å skrive om kartlegging av smerter hos pasienter med demens.

3.4.2 Kartlegging av smerte hos pasienter med demens

Ifølge Bjøro og Torvik (2008, s. 341) er pasienter på sykehjem sårbare og utsatt for manglende smertevurdering og behandling. Det kan være svært utfordrende å vurdere smerte hos pasienter med demens som ikke klarer å uttrykke smerte igjennom språk. Når språket er manglende er det nødvendig å observere adferd for å se sammenheng mellom eventuell uønsket adferd og smerter.

Berntzen et al. (2011, s. 356-357) skriver i boken *Klinisk sykepleie 1* at sykepleiere er for dårlig til å bruke vurderingsskjemaer for å kartlegge pasientens smerter. Det anbefales bruk av vurderingsskjemaer som hjelpemiddel for å kartlegge og for en mer nøyaktig forståelse av pasientens opplevelse av smerter.

Det er viktig å velge et smertekartleggingsverktøy som er tilpasset den enkeltes kognitive og funksjonelle evner mener Bjøro og Torvik (2008, s. 337- 341). Videre skriver de at verktøyet er hensiktsmessig å bruke regelmessig for å avdekke smerte og for å se at smertebehandlingen har optimal virkning.

Vi er klar over at det finnes flere verktøy som kartlegger smerte hos pasienter med demens sykdom. Vi velger å konsentrere oss om MOBID-2 fordi den er informativ, enkel å anvende og krever ikke selvrapporing. Ifølge Husebø (2015, s. 75) er MOBID-2 smerteskala (Vedlegg II) ment for pasienter med demens i den hensikt å kartlegge smerter. MOBID-2 skiller seg fordi den vektlegger pleiernes observasjoner av smerteadferd og krever ikke pasientenes selvrapporing. Instrumentet er tilpasset pasientens hverdagssituasjon i institusjon og skal brukes under morgenstell. Smerteskalaen skal fange opp smerteadferd relatert til skjelett, ledd, muskulatur, indre organer hode og hud. Endringer i pasientens ansiktsuttrykk, verbale uttrykk og adferd som for eksempel aggresjon kartlegges.

4 Hvordan kan sykepleiere kartlegge og lindre smerter hos pasienter med Alzheimers sykdom?

For å belyse problemstillingen inngående deler vi hovedproblemstillingen i to underproblemstillinger. I praksis vil smertekartlegging og lindring overlape hverandre. For å fremstille dette teoretisk velger vi å drøfte begrepene hver for seg.

Først drøfter vi hvordan sykepleiere kan kartlegge smerter hos pasienter med Alzheimers sykdom ved hjelp av MOBID-2 smertekartleggingsverktøy, faglitteratur, forskningsartikler og eksempler fra praksis. Deretter drøfter vi hvordan sykepleier kan lindre smerter hos pasienter med Alzheimers sykdom. Vi bruker Kari Martinsens omsorgstenkning og Tom Kitwoods personsentrert omsorg, faglitteratur, forskningsartikler og eksempler fra praksis for å besvare problemstillingen.

4.1 Hvordan kan sykepleiere kartlegge smerter hos en pasient med Alzheimers sykdom ved hjelp av Mobid-2 Smertekartleggings skjema?

Vi vil innlede drøftingen med et eksempel fra praksis. Vi møtte ”Anna” på 86 år i somatisk sykehjemspraksis. Hun hadde diagnosen demens med Alzheimers sykdom. Hun slet med å uttrykke seg verbalt, men uttrykte seg nonverbalt i form av gestikulering og ansiktsuttrykk. I perioder vandret hun mye, fra rommet sitt til dagligstuen. Hun virket forvirret og ukomfortabel og hadde en rynke i pannen som kom tydelig frem i disse periodene. Vi studenter reflekterte oss imellom hva som forårsaket den endrede atferden. Da vi henvendte oss til veiledere fikk vi beskjed om at det var sykdommen som skapte uroen og at beroligende medikamenter kunne være aktuelt. Vi la merke til at pasientene fikk beroligende medikamenter når de var urolige. I en artikkel skrevet av Husebø (2013), *Demente opplever et smertehelvetet uten ord*, fremkommer det at pasienter med demens som får beroligende medikamenter har dobbel så rask dødelighet, sammenlignet med pasienter med demens som ikke får beroligende. Vi mener det er urovekkende dersom pasienter med potensielle smerter blir gitt beroligende medikamenter som lindring når vi vet det gir raskere dødelighet. Vi ser på dette som en enkel utvei som kan gi fatale konsekvenser for pasienten. Wyller (2015, s. 93) mener at pasienter med demens som ikke klarer å fortelle om sin egen smerte, kan uttrykke smerter i form av endret atferd. Dette kan være uro, aggressivitet og endret ansiktsuttrykk.

Kongsgaard et al. (2008) skriver at dersom pasientene ikke klarer å kommunisere verbalt må sykepleiere vurdere non-verbale smertetegn som utarter seg i form av grimaser og utagerende atferd. I eksempelet med ”Anna” mener vi MOBID-2 hadde vært aktuelt å bruke. Sykepleiere skulle observert den urolige atferden utover dagen og deretter dokumentert adferden. Som beskrevet i MOBID- 2 skal sykepleiere være oppmerksom på smerteatferd allerede under morgenstellet. Pasienten skal forklares hva som skal skje i forkant av mobiliseringen. En av bevegelsene innebærer å åpne begge hendene. Når pasienten åpner hendene skal sykepleier observere smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon. Å rynke på pannen kan være et smerteuttrykk. Bevegelsen skal stoppes umiddelbart dersom pasienten gir uttrykk for smerte. Øvelsene skal avdekke smerter relatert til skjelett, muskulatur, ledd, hud, indre organer og hode. Sykepleier må være oppmerksom på at smertene kan uttrykke seg andre steder enn der bevegelsene utføres. Andre smerteuttrykk kan for eksempel være relatert til mage, munn eller bryst. For å få nøyaktig score på smerteskalaen må kartleggingen inkludere alle observasjoner av pasienten fra hele uken. Slik vi ser det krever MOBID- 2 at sykepleieren har gode forkunnskaper om verktøyet før det skal brukes. I forskningsartikkelen, *Smerteevaluering ved demens*, utført av Bettina Husebø (2009) kommer det frem at systematisk innføring i bruk av skjemaet er en viktig forutsetning for at MOBID- 2 skal bli sett på som reliabelt og valid.

I forskningsartikkelen, *Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer*, utført av Lillekroken og Slettebø (2013), fremkommer det at smerter hos pasienter med demens er underbehandlet og undervurdert. Videre kommer det fram at smertekartleggingsinstrumenter ikke ble anvendt blant sykepleierne som deltok i studien. Det er heller ikke rutiner for verken vurdering av eller lindring av smerte. Det fremkommer også at vurdering av smerter hos pasienter med demens stiller store krav til kompetansen og vurderingsevnen til sykepleieren. Smertevurdering er derfor en utfordrende sykepleieroppgave og krever at sykepleieren innehar kunnskaper både om smerter og demens sykdom.

I eksemplet med ”Anna” mener vi det kunne blitt avdekket om adferden var smerterelatert dersom personalet hadde hatt bedre kunnskap om vurderingsverktøy og hvordan smerter hos en pasient med demens utarter seg. Vi mener ledere og sykepleiere har et delt ansvar for at smertekartleggingsverktøy integreres som en del av omsorgen i sykehjem.

Bjørø og Torvik (2008, s. 336-341) sier målet med smertekartlegging er å lindre smerter for å bedre pasientens livskvalitet og funksjonsnivå. Hos personer med demens som mangler språk,

mener Kongsgaard et al. (2008) at det er viktig å observere atferden for å identifisere smerter. En viktig sykepleieroppgave er å vurdere hvordan pasienten kommuniserer med non- verbalt kroppsspråk.

MOBID- 2 vektlegger sykepleierens observasjoner relatert til smerte ut ifra pasientens atferd hevder Husebø (2015, s. 76). I forskningsartikkelen, *Pain in older persons with severe dementia*, utført av Husebø et al. (2010) var hensikten å finne ut hvor godt MOBID- 2 fungerte som måleinstrument for å vurdere smerter. Det ble konkludert med at MOBID 2 er tidseffektivt, gyldig og pålitelig for å kunne vurdere smerter hos pasienter med alvorlig grad av demens. Wyller (2015, s. 93) bekrefter at MOBID-2 bør benyttes for å indentifisere smerte hos pasienter med alvorlig kognitiv svikt.

Det fremkommer i forskningen til Husebø et al. (2010) at MOBID-2 er tidseffektiv. Dette ser vi på som et interessant funn. Solheim (2015, s. 101) påpeker i sin bok, *Demensguide* at helsepersonell opplever travelhet og stor arbeidsbelastning i løpet av arbeidsdagen. Rokstad (2005, s. 142) skriver at helsepersonell som arbeider med demens i enkelte situasjoner kan oppleve arbeidspresset som hardt. I praksisperiodene har vi selv opplevd at enkelte i personalgruppen var misfornøyd med at det var for mange arbeidsoppgaver og for liten tid til å utføre viktige oppgaver. Vår erfaring er at morgenstellet er en fin anledning for sykepleiere til å gjøre gode observasjoner uten at det krever mye tid. De som kjenner pasienten fra det daglige har best forutsetning for å vurdere smerteproblematikk belyser Husebø (2009, s. 4). Forutsatt at sykepleiere har gode rutiner i arbeidet sitt mener vi deler av smertekartleggingen kan utføres i løpet av morgenstellet og kan dermed gjøres tidseffektivt. Vi mener derfor at dårlig tid og lav bemanning ikke bør være en unnskyldning for ikke å bruke MOBID-2.

Sett i ettertid mener vi at dersom ”Anna” sin atferd kom som følge av smerter kunne dette vært oppdaget tidligere hvis MOBID- 2 hadde blitt benyttet. Smertebehandling hos eldre er en kompleks sykepleieoppgave belyser Bjørø og Torvik (2008, s. 333-336). For å anvende MOBID- 2 kreves det at sykepleiere har kunnskap om smerter hos eldre pasienter. For å kartlegge og vurdere smerte er det nødvendig at sykepleiere har kunnskap om hvordan vurderingsverktøyet skal anvendes. Manglende ferdigheter og kunnskaper blant sykepleiere er hemmende for effektiv smertevurdering og kartlegging. En viktig årsak til dårlig smertebehandling hos eldre er liten kompetanse om smerter skriver Bjørø og Torvik (2008, s.

333-336). Wyller (2015, s. 93) skriver at helsepersonell som jobber med pasienter med demens og smerter bør gjøre seg kjent med verktøyet og anvende det systematisk.

I tilfellet med "Anna" kan det tenkes at kunnskap om smerter og smertekartlegging manglet blant helsepersonellet. Samtidig så vi og de andre studentene at det var noe som plaget "Anna". Vi så hennes bekymring når hun vandret meningsløst rundt. Dette til tross for at vi ikke kjente til kartleggingsverktøy som skulle avdekke smerter. Martinsen (2000, s. 27) skriver at pasientens bekymring er tærende og den kan påvirke sykepleieren. Først når dette skjer settes sykepleiere i stand til å se pasientens bekymringer og lidelser. Vi anser omsorg for pasienten som en forutsetning for å kunne oppdage pasientens plager.

Ifølge Helsepersonelloven § 4 (2011) har sykepleieren ansvaret for å yte omsorgsfull hjelp. Lindring av smerter hos pasienter med demens sykdom, administrere smertelindring og observere om behandlingen har effekt inngår i dette ansvaret. Slik vi tolker dette er det en forutsetning at personalet har tilstrekkelige kunnskaper om demens, symptomer og behandling for å kunne se hva som plager "Anna". Demensplanen (2020) påpeker behovet for økt kunnskap og kompetanse om demens blant helsepersonell. I forskningsartikkelen til Lillekroken og Slettebø (2013) konkluderes det blant annet med at sykepleierne har ansvar for å jobbe kunnskapsbasert. Dette innebærer også egen fagutvikling.

Bjøro og Torvik (2008, s. 337) påpeker at sykepleiere er sentrale i arbeidet med pasienter som har smerter. Dette innebærer blant annet administrering av pasientens legemidler og observasjon av virkning og bivirkning. En sykepleieoppgave innebærer også tverrfaglig samarbeid for å kommunisere pasientens aktuelle behov til legen. Sykepleiere tilbringer mye tid med pasientene i løpet av arbeidsdagen og har derfor mulighet til å gjøre gode observasjoner og evaluere tiltak over tid.

Vi mener at tiden og samværet med "Anna" var en forutsetning for å reagere på endringen i "Anna" sin atferd. Galek og Gjertsen (2011, s. 3-8) skriver at personer med demens er avhengig av at omsorgspersonene rundt dem er kjent med personen og personens atferd, ettersom den enkelte har sin egen måte å uttrykke smerte på. På den måten kan omsorgspersonene reagere på endring i atferd. Ubehandlete smerter kan føre til at pasienten kan bli deprimert og aggressiv, få nedsatt appetitt og kan få dårligere søvnkvalitet skriver Husebø (2013, s. 3-8).

Dette fører oss videre til hva omsorg betyr i sykepleien for pasienter med demens. Vi vil nå drøfte hvordan sykepleier kan lindre smerter hos en pasient med Alzheimers sykdom.

4.2 Hvordan kan sykepleier lindre smerter hos en pasient med Alzheimers sykdom?

I denne drøftingsdelen skal vi diskutere hvordan sykepleiere kan lindre smerter ved hjelp av omsorg og personsentrert omsorg gjennom de fem psykologiske behov. Vi vil underveis i drøftingen inkludere med ulike pasienteksempler fra praksis.

Bjøro og Torvik (2008, s. 345) skriver at ikke-medikamentell smertebehandling bør anvendes når det er mulig som et alternativ, i kombinasjon med medikamenter. Ikke-medikamentell smertebehandling kan for eksempel være musikkterapi, aktivitet eller berøring. En kombinasjon av ikke-medikamentell og medikamentell behandling kan gi økt effekt av smertebehandlingen.

I forskningsartikkelen skrevet av Torvik et al. (2010) fremkommer det at smerter påvirker pasientens livskvalitet og at sykepleiere kontinuerlig må behandle smertene. Smertebehandling hos eldre har som mål å bedre funksjon og livskvalitet skriver Bjøro og Torvik (2008, s. 342). Videre fremkommer det at det ikke alltid er mulig å fjerne pasientens smerter fullstendig. Et mål vil derfor være å hjelpe pasienten med å mestre egen smerte.

Bjøro og Torvik (2008, s. 342) forklarer at dersom pasienten er tørst eller sitter vondt kan dette forsterke opplevelsen av smerte. Sykepleieres ansvar er å legge til rette for de enkle hverdagslige forutsetningene for at pasienter skal føle velvære. Berntzen et al. (2013) skriver i boken *klinisk sykepleie 1* at opplevelse av velvære kan minske pasientenes opplevelse av smerteintensitet. Dersom sykepleiere lindrer pasientenes fysiske ubehag kan smerten oppleves mindre intens.

Martinsen (2003b, s. 68-69) mener omsorg er grunnlaget for menneskelig liv og er derfor selve grunnlaget for sykepleie. Ut ifra Martinsens utsagn mener vi omsorg er en forutsetning for god sykepleieutøvelse innenfor demensomsorgen. Ifølge Engedal (2015, s. 63) er målet for omsorgen at pasienten skal få en best mulig opplevelse av livskvalitet og følelsen av å ha et verdig liv. Dette beskrives godt i boken *Øyet og kallet* av Martinsen (2000, s. 27): ”Pasientens bekymring er tærende. Men også sykepleieren som ser pasientens lidelse og bliver berørt av den kan bli bekymret. Det er den kjærlige bekymring som på mange måter er omsorgens vugge”.

Personsentrert omsorg innebærer å bevare synet på personen med demens som en unik person gjennom hele sykdomsforløpet skriver Sandberg (2010). Det innebærer å respektere identiteten

som personen har på et hvert tidspunkt i forløpet av demensutviklingen.

Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) hevder i sin forskningsartikkel, *God omsorg til urolige pasienter med demens*, at sykepleierens egenskaper er avgjørende for hvordan personsentrert omsorg skal utøves. Sykepleiere må ha evne til å tolke hva pasientene uttrykker. Dette innebærer verbal og non- verbal kommunikasjon og at sykepleiere er bevisst på hvordan pasientene responderer på sykepleierens væremåte.

Ifølge Engedal (2015, s. 63) finnes det ingen kur mot demens sykdom og sykdomsforløpet er progressivt. Det er viktig at sykepleiere hele tiden har et omsorgsperspektiv. Underveis i sykdomsforløpet, uavhengig av hvor alvorlig sykdommen har blitt, må sykepleiere vurdere pasientens omsorgsbehov. Det er derfor aktuelt med personsentrert omsorg fordi det innebærer å ta pasientens perspektiv alvorlig. Slik vi forstår personsentrert omsorg betyr det at det stilles større krav til sykepleiere etter hvert som demenssykdommen utvikler seg.

Ifølge Rokstad (2014, s. 28) innebærer personsentrert demensomsorg for personer med demens med manglende kommunikasjonsevne, at sykepleieren fanger opp enhver forandring hos pasienten, som for eksempel atferd som kan tyde på ubehag og smerte. Dersom pasientene har afasi som følge av langtkommet demens kreves det at sykepleiere prøver å tolke pasientenes uttrykk. Vi mener dette beskriver god omsorg dersom det blir dokumentert. Vår erfaring er at det er mangelfull dokumentasjon av endringer i pasientenes adferd. Vi mener det mest sannsynlig ikke vil iverksettes nødvendige tiltak dersom dokumentasjonen ikke utføres tilstrekkelig. En forskningsartikkel utført av Bing- Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk og Foss (2016) underbygger vår påstand. De skriver at helsepersonellet må dokumentere for å oppnå tilstrekkelig pasientomsorg.

Rokstad (2005, s. 139-140) belyser viktigheten av at sykepleiere i samværet med pasienter må være tilstede, vise åpenhet og evne til å spøke og le med pasienten. Sykepleierens arbeidshverdag preges av krav om struktur, tilstedeværelse og ferdigheter. Arbeidspresset kan oppleves som hardt og det kan være belastende for sykepleieren når pasienten reagerer med sinneutbrudd som skriking og roping. Fysisk utagering i form av klyping, kloring og slag, der sykepleieren er målobjektet til pasienten, kan oppleves som belastende. Verbale uttrykk som skjellsord fra pasienter kan for sykepleiere oppleves som psykisk belastende. Det kan være vanskelig å ikke ta det personlig.

Rokstad (2005, s. 142-144) mener følelsen av personlig nederlag kan skape frustrasjon og sykepleiere kan føle at jobben de utfører ikke blir verdsatt av pasientene. Vi kan støtte oss til

Rokstads tenkning da vi selv har opplevd at frustrasjonen kan virke hemmende for omsorgen som skal gis. Vi vil belyse dette med et eksempel fra første praksis. Under morgenstellet tok pasienten tak i underarmen til en av forfatterne og kløp hardt. Jeg spurte henne: ”hva gjør du?” Pasienten svarte: ”klyper deg”. Jeg: ”hvorfor gjør du det?”. Pasienten: ”du skal få vondt”. Jeg: ”Hvorfor vil du det?”. Pasienten: ”du skal gråte”. Jeg tok kommentarene fra pasienten personlig og følte nederlag. Vi mener at en slik opplevelse kan bli tatt personlig og oppleves som frustrerende dersom sykepleieren ikke har kunnskaper om at det er utviklingen i demenssykdommen som forårsaker dette. Vi har i ettertid opplevd lignende situasjoner som ikke har gått innpå oss på slik vi beskrev i eksempelet. Dette mener vi høyst sannsynlig har en sammenheng med kunnskapen vi har tilegnet oss om demens underveis i sykepleieutdanningen. Rokstad (2008, s. 69, 342) skriver at helsepersonellet må endre sine holdninger og at holdningene innenfor demensomsorgen må oppjusteres. Vi har selv erfart at enkelte sykepleiere viser dårlige holdninger overfor pasienter med demens. Vi opplevde i praksis at en eldre pasient med langtkommet demens var urolig. Pasienten ropte og virket forvirret. En av sykepleierne som var på jobb ba pasienten om å være stille, men pasienten stoppet ikke. Sykepleieren ble irritert og trillet pasienten inn på rommet sitt. Hun satte på radioen og vi kunne høre diskomusikken ut i gangen. Sykepleieren mente pasienten forstyrret de andre pasientene og at musikk dessuten kunne være terapi. Slik vi ser det ble det begått mange overtredelser i denne situasjonen og vi spurte oss selv om sykepleieren viste dårlige holdninger? Hva skaper i så fall de dårlige holdningene? I artikkelen vi tidligere har nevnt *Demente opplever et smertehelvete uten ord*, skriver Husebø (2013): ”jeg hørte en mann rope fra rommet sitt. Jeg spurte sykepleieren hva som feilte mannen- han later som han har vondt. Han er dement, og roper hele tiden. Han er også aggressiv og lite samarbeidsvillig”. Dette mener vi er et utsagn som resultat av mangelfull kunnskap om demens sykdom og er en grobunn for dårlige holdninger. Brooker (2013, s. 27) mener helsepersonell som jobber med eldre har dårligst tilrettelagt arbeidsforhold innenfor helseomsorgen. Dette fører til høyt gjennomtrekk av personalet som igjen påvirker kvaliteten på arbeidet som utføres. Pasientene og deres opplevelse av omsorgen blir direkte berørt. Videre belyser Brooker (2013, s. 27) at gode opplæringsrutiner er avgjørende for best mulig opplevelse av omsorgen. En forskningsartikkel skrevet av Lerdal (2009, s. 232-233) viser sammenheng mellom økt grad av positive holdninger og høyere utdanningsnivå. Dette funnet vekket vår interesse. Hvorfor har sykepleiere med videreutdanning bedre holdninger enn sykepleiere uten videreutdanning? Er det på grunn av økt kunnskapsnivå hos sykepleierne med

videreutdanning? Rokstad (2005, s. 146- 147) mener faglig påfyll har stor betydning for sykepleieren. Undervisning i form av kurs og seminarer gir personalgruppen mulighet til å tilegne seg samme kunnskap om adferd hos pasienter med demens. Dette øker sjansen for at kunnskapen anvendes i arbeidet med pasienter. Veiledning i grupper blant personalet er et forebyggende tiltak som gir anledning til å håndtere vanskelige situasjoner, bli bevisst på egne reaksjonsmåter og lære om konfliktløsning. På denne måten kan frustrasjon forebygges hos den enkelte. Vi mener det ikke bør være et skille mellom videreutdanning og holdninger. Ansatte med videreutdanning må dele sine kunnskaper på arbeidsplassen. Dersom det legges til rette for veiledning med fokus på undervisning om adferd og demens sykdom kan de ansatte øke sitt kunnskapsnivå. På den måten mener vi dårlige holdninger kan forebygges.

Rokstad (2014, s. 28) skriver at pleierne ikke må vektlegge svikten som pasientene har ved demens, men tilstrebe å se personen istedenfor sykdommen. Personsentrert demensomsorg handler om at sykepleieren skal verdsette mennesker med demens. Martinsen (2003b, s. 14-17) mener sykepleieren må identifisere seg med den syke slik at den syke settes i stand til å leve et best mulig liv. Martinsens omsorgstenkning innebærer at sykepleier viser omtanke og bekymrer seg for pasienten skriver Alsvåg (1997, s. 158-160). Videre skal sykepleiere vise omsorg og bekymre seg for pasienter, noe som vil gjenspeiles seg i handlingene. Vi ser for oss et eksempel hvor en pasient er urolig. Viser sykepleieren bekymring for pasienten og hans plager og forsøker å sette seg inn i pasientens situasjon, så vises omsorgen. Alsvåg (1997, s. 158-160) skriver videre at for å vise forståelse kreves det at sykepleieren har kjennskap til pasienten og hans plager. Først da kan sykepleieren lindre, hjelpe og trøste pasienten.

Demens skal ikke bare sees på som en svikt, men der er også viktig å se personen og de psykososiale behovene den enkelte har, skriver Brooker (2013, s.36).

Dette fører oss videre til de fem psykologiske behovene som Tom Kitwood beskriver.

Enkeltmennesket skal stå i fokus og det er nødvendig å yte individuell omsorg mener Rokstad (2014, s. 26). Dette innebærer også å respektere mennesket ut ifra deres opplevelser og synspunkter i livet. Rokstad (2008, s. 68) skriver at Kitwood kjempet for at personer med demens skulle anerkjennes for det mennesket de er og ikke bare bli sett for sin sykdom.

Utgangspunktet skulle ifølge Kitwood handle om å ivareta personens verdier og identitet.

Kitwood mener demensomsorg er utfordrende og krever ferdigheter, kreativitet og innsikt skriver Rokstad (2005, s. 139). Det stilles store krav til sykepleieren for å være i stand til å møte de grunnleggende psykologiske behovene hos pasienter med demens. De fem psykologiske

behovene møtes til slutt i kjærlighet. Vi vil nå drøfte hvert enkelt psykologiske behov. Hvordan kan sykepleiere lindre smerter hos pasienter med alvorlig grad av Alzheimers sykdom ved hjelp av Kitwoods fem psykologiske behov?

Identitet

Kitwood (1999, s. 90-92) mener identitet handler om å vite hvem man er og hva man står for. I demensomsorgen er det viktig å hjelpe pasientene med å finne igjen og opprettholde deres identitet igjennom kjennskap til personen og hans livshistorie. Barnliggjøring kan undergrave identiteten og den kan forsterkes igjennom ros og respekt.

Kihlgren (2011, s. 172- 173) skriver at mennesket kan få ødelagt sitt liv på grunn av sykdom, men skal likevel bli sett på med verdighet og som et unikt individ. Det er mulig for en person med demens å føle seg unik og som en person i sentrum, men det forutsetter at personen føler seg sett og hørt.

Ivaretagelse av en persons verdighet kan til en viss grad sees på samme måte som ivaretagelse av integritet. Verdighet dreier seg om en persons verdier og hva som skaper livskvalitet for den enkelte. Videre påpeker Kihlgren (2011.s 176) at en demenssykdom innebærer at personen gradvis mister sine ressurser. Som et resultat av dette kan personens integritet krenkes. Etter hvert som sykdommen utvikler seg må sykepleieren sette seg inn pasientens opplevelse av integritet. Årsaken til dette er at pasientens integritet krenkes, selv om pasienten på grunn av sykdommen ikke er klar over dette selv.

Slik vi forstår Kitwood (1999, s. 92) er demensomsorgens viktigste oppgave å opprettholde pasientens personlige identitet. Vi mener sykepleieren må ivareta pasientens integritet for å kunne hjelpe pasienten med å opprettholde identiteten. Rokstad (2014, s. 60) mener at en viktig oppgave for sykepleieren er å bidra til å opprettholde pasientens identitet på tross av den kognitive svikten. Pasienten blir mer og mer avhengig av sykepleierens hjelp til å ivareta forbindelsen til egen fortid. Det er derfor viktig at sykepleieren har kjennskap til pasientens bakgrunn og livshistorie. Ved å ivareta pasientens livshistorie styrkes pasientens integritet. Integritet innebærer at en persons verdier, vaner, prinsipper, ønsker og begjær ikke er i konflikt med hverandre. Når disse ikke står i konflikt med hverandre, vil et menneske være helhjertet belyser Jacobsen (2015, s. 267).

Vi ønsker å belyse viktigheten av dette i et eksempel fra sykehjemmet. En pasient med navnet ”Per” var urolig under morgenstellet. Han måtte skynde seg på jobb og hadde det svært travelt.

Passasjerene ventet på han og han hadde ingenting på sykehjemmet å gjøre. Vi hadde god kjennskap til pasienten og visste at han hadde vært bussjåfør. Vi sa: ”Per, du var en dyktig sjåfør og passasjerene var begeistret for ditt gode humør og stå på vilje”. Pasienten lyste opp og han ble tydelig stolt. Vi snakket videre om hvor mange år han hadde kjørt buss og hvor godt det var å kunne nyte rolige dager nå. I dette eksemplet hadde vi kunnskaper om pasientens livshistorie og kunne dermed berolige han og samtidig styrke hans identitet.

Kitwood (1999, s. 92) hevder at igjennom kjennskap til pasientens livshistorie kan sykepleieren opprettholde pasientens identitet og integritet. Når pasienten på grunn av hukommelsestap ikke klarer å opprettholde kontakt med sin fortid kan andre hjelpe med å opprettholde dette. Vi mener en fin måte å danne seg et bilde av pasientens liv kan være å snakke med pårørende. Rokstad (2014, s. 61) mener identitet bekreftes ved bruk av pasientens navn eller det navnet han er vant med å bruke. I eksemplet vi tidligere beskrev med ”Per” valgte vi å innlede samtalen med å bruke hans fornavn. Vi kjente til at ”Per” var vant med å bli omtalt med fornavn og bekreftet dermed hans identitet. Ved å minne ”Per” på at han var en dyktig bussjåfør som passasjerene satt pris på, fokuserte vi på hans personlige evner. Dermed ga vi ”Per” en anledning til å føle seg nyttig. Dette kan igjen føre til at ”Per” opplever mestring. Rokstad (2014, s. 58) skriver at sykepleieren kan legge til rette for at pasienten skal føle seg involvert i aktiviteter som gir mening og ivaretar hensynet til pasientens personlige evner. Dersom sykepleieren ikke tilrettelegger for dette kan pasienten få opplevelsen av å føle seg nytteløs. Rokstad (2014, s. 28) hevder at dersom en pasient med demenssykdom opplever mestring vil det være større sjanse for at pasienten også vil oppleve livskvalitet og velvære.

Beskjeftigelse

Kitwood (1999, s. 91-92) mener at ettersom en persons evner svikter som følge av demenssykdom, øker behovet for beskjeftigelse. Betydningen av å føle seg involvert og bli anerkjent er grunnlaget for at personen skal føle seg beskjeftiget. Pasienter kan ved å bruke sine evner gjennom en konkret handling få følelsen av å bidra. Dette kan for eksempel være å ta del i sosiale aktiviteter. Å dekke behovet for beskjeftigelse hos pasienter med en demenssykdom krever stor innsats av sykepleiere. Kjennskap til pasientens interesser kan gi sykepleieren en bedre forutsetning for å hjelpe. Vi erfarte viktigheten av dette med en pasient i sykehjempraksis. Hver onsdag stekte vi vafler til beboerne. ”Helene”, en dame med mange års erfaring som husmor var alltid like begeistret når vi satte i gang med steking. Hun fulgte nøye med. Hun

hadde i tillegg til sin demenssykdom blitt rammet av venstresidig parese etter et hjerneslag. Dette har også ført til at "Helene" har smerter i venstre arm. Personalet mente det ville vært bra for "Helene" å delta i vaffelsteking og hun fikk derfor være med. "Helene" var i svært godt humør og hadde tydelig erfaring. Vi mener at dette ga "Helene" en opplevelse av mening og følelsen av å bidra. Det var viktig å tilrettelegge for at hun kunne bruke høyre arm slik at hun kunne delta og samtidig oppleve mestring. Bjøro og Torvik (2008, s. 337) skriver at et viktig fokus for sykepleiere er å kartlegge hvordan pasientens smerter påvirker funksjon og aktivitetsnivå. I forskningsartikkelen utført av Sjøgren et al. (2013) viser funn at det er en sammenheng mellom personalets fokus på personsentrert omsorg og beboernes mulighet til å delta på ulike aktiviteter. Videre fremkommer det at deltakelse i aktiviteter kan føre til økt livskvalitet. Kaasa og Bøen (2015, s. 149) hevder at dersom en person mister noe i livet som kan påvirke livskvaliteten, for eksempel mestringsfølelse, kan personens opplevelse av egenverd svekkes. Smerter kan hindre pasienter i å gjennomføre meningsfulle aktiviteter. I sykepleien til pasienter med alvorlig demens er det viktig å tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter som kan styrke pasientens livskvalitet og opplevelse av verdighet.

Trøst

Ømhet, nærvær, varme og trygget er elementære begrep i Kitwood (1999, s. 90) sin beskrivelse av det psykologiske behovet for trøst. Sviktende evner og tapsfølelse kan føre til at personer med demens har et særlig behov for trøst. Sykepleiere har som oppgave å sørge for styrke og varme som skal hjelpe pasienten til å holde på helhet. Lillekroken og Slettebø (2013) skriver i sin forskning at utfordrende adferd som roping, vandring, aggressivitet og gråt kan være tegn på smerter. Ifølge Wyller (2015, s. 93) kan sykepleiere tolke denne adferden som en et resultat av demenssykdommen. Smerter har derfor en tendens til å ikke bli oppdaget. Rokstad (2008, s. 193) mener pasienter med Alzheimers sykdom ikke klarer å reagere adekvat på smerter. Vi vil eksemplifisere dette. En pasient sitter og slapper av i godstolen. Når pleieren hjelper pasienten opp får pasienten plutselig et sinneutbrudd. Rokstad (2008, s. 193) mener årsaken til sinneutbruddet kan være at pasienten fikk smerter i det han reiste seg. Den reduserte hukommelsen som følge av Alzheimers sykdom gjør at smerten kommer som en overraskelse. Dette skaper frykt og kan resultere i et sinneutbrudd. Berentsen (2008, s. 381) hevder mangel på forståelse kan føre til at pasienter med kognitiv svikt mister kontrollen som kan føre til uro og bekymring. For å forstå hvorfor pasienten i eksempelet fikk et sinneutbrudd da han skulle

reise seg, er det avgjørende at sykepleieren setter seg inn i pasientens opplevelsesverden mener Rokstad (2008, s 182). For å ivareta pasienten kan sykepleieren i et slikt tilfelle sørge for beroligende kontakt. Vi mener berøring kan være passende og vi har gode erfaringer med at en varm hånd eller en klem kan berolige pasientene. Alsvåg (1997, s. 158-160) hevder sykepleiere må kjenne til pasientenes plager for å kunne lindre og trøste. Å dekke behovet for trøst innebærer at sykepleiere sørger for varme og nærhet for å lindre utrygghet hos pasienter belyser Rokstad (2014, s. 50). Slik vi ser det forutsetter dette at sykepleieren er tålmodig og viser forståelse for pasientens situasjon. Dette bekrefter Eide og Eide (2010, s. 387-388) som mener sykepleiere må vise tålmodighet, varme, innlevelse og forståelse i kommunikasjonen med pasienter med demens. Ifølge Martinsen (2003b, s. 15-16) er omsorg en praktisk handling. Evner sykepleiere å kjenne på egen opplevelse av smerte er det lettere å kjenne igjen pasientens smerter. På den måten kan sykepleiere imøtekomme pasientens ønske om å bli ivaretatt. Vi mener i eksemplet der pasienten skal reise seg opp av stolen, kan sykepleiere være i forkant. Med dette mener vi at sykepleiere kan sørge for at pasienten er tilstrekkelig smertelindret for å unngå at pasienten får smerter i det han reiser seg.

Tilknytning

En pasient i vår sykehjempraksis sa ofte: ”Jeg må gå nå...du vet...til der mor er”. Ifølge Kitwood (1999, s. 91) er mennesker av natur sosiale vesener. Vi knytter følelsesmessige bånd til andre og er avhengig av tilknytning til andre for å fungere. Dette gjelder spesielt de første leveår. For personer med en demenssykdom ser dette behovet ut til å vare. Gode minner fra livet kan bli borte som følge av hukommelsessvikten. Dette kan føre til usikkerhet og bekymring. Vi har mange erfaringer fra sykehjemmet hvor pasientene uttrykker at de må hjem. At en pasient med demens vil hjem har ifølge Solheim (2015, s. 142) en sammenheng med søken etter det nære og trygge. Rokstad (2014, s. 53) bekrefter dette med å beskrive at en person med demens som følge av sykdommen ofte opplever situasjoner merkelige og ukjente. Dette øker behovet for å være knyttet til noe personen er kjent med.

Som sykepleiere mener vi en viktig oppgave er å hjelpe pasienten å ta vare på øyeblikket eller situasjonen som pasienten føler seg knyttet til. Validering kan derfor være en nyttig kommunikasjonsmetode fordi sykepleieren møter pasienten i den virkelighet han befinner seg i skriver Rokstad (2014, s. 53).

Innledningsvis skrev vi om pasienten som ville hjem til sin mor. Vi mener validering kunne

vært aktuelt å bruke for å berolige pasienten. Vi kunne for eksempel gått en tur i korridoren med pasienten. Snakket med pasienten om hvor fin barndommen hans har vært, hvordan foreldrene var og jobben som han har hatt. Dette kan være nok til at pasienten blir trygg og rolig mener Solheim (2015, s. 145). Rokstad (2014, s. 53- 54) hevder validering handler om å støtte virkeligheten pasienten befinner seg. Videre skriver Rokstad at gjennom å anvende validering kan sykepleieren tilby nærhet og dermed dempe savnet pasienten uttrykker. Vi kan støtte oss til det Rokstad skriver. Våre erfaringer viser at validering er en tilnærming som roer pasientene i lignende situasjoner. Sykepleiere kan på den måten gi pasientene anerkjennelse for hvordan de oppfatter virkeligheten. Dermed legger sykepleiere til rette for at pasientene føler trygghet og tilknytning.

Inklusjon

Ifølge Kitwood (1999, s. 91) er det å være inkludert et essensielt behov for å overleve. Pasienter med demens kan på grunn av sin sykdom ha vanskelighet for å skape relasjoner til andre mennesker. Dette kan føre til at de blir isolert fra andre. Rokstad (2014, s. 55) skriver at personalet har en viktig oppgave i å inkludere pasientene for å hindre isolasjon. Dette kan være å tilrettelegge for at pasientene føler seg velkommen og akseptert. Det er også viktig å sørge for at alle inkluderes i samtaler og aktiviteter. Eide og Eide (2010, s. 389) skriver i sin bok *kommunikasjon i relasjoner* at en vanlig feil sykepleiere gjør når en pasient har redusert språkfunksjon er å ikke inkludere dem. Videre hevder Eide og Eide (2010, s. 389) at sykepleiere kan tro at pasientene ikke forstår og at samtalen ikke har noen hensikt. Denne pasientgruppen har et ekstra behov for å bli inkludert i en samtale. Å miste evnen til å uttrykke seg kan føre til at en person lett kan bli ensom. Sykepleieren kan da sette seg ned å prate med pasienten. Det krever at sykepleiere tar seg tid til å lytte og viser tålmodighet i samværet. På sykehjemmet der vi hadde praksis var det en pasient som alltid kom litt sent til frokosten. For å inkludere pasienten i samtalen startet vi med å fortelle han at det var godt å se han. ”Sett deg ned her ved siden av Jonas, dere kjenner jo hverandre godt”. Ved å møte pasienten på denne måten mener vi det ble lettere for pasienten å føle seg inkludert i fellesskapet. Rokstad (2014, s. 56- 57) belyser viktigheten av å legge til rette for sosial inklusjon. Som en del av dette er det viktig å anerkjenne den bakgrunnen pasienten har og pasientens levde liv. Det kreves fleksibilitet og åpenhet av sykepleieren for å skape en inkluderende atmosfære.

Kjærlighet

Gray skriver: ”Hvis vi ikke forholder os til vore egne kærlighedsbehov, og sørger over kærlighedens utilstrækkelighed, kan vi ikke leve med Alzheimer syge”, sitert i Kitwood (1999, s. 89). Slik vi tolker dette må sykepleiere hjelpe pasienter med Alzheimers sykdom å ivareta sine psykologiske behov slik at de kan eksistere og oppleve mening. Kitwood (1999, s. 89-90) mener personer med demens er mindre i stand til å ivareta sine psykologiske behov. Det er individuelt hvilke behov hver enkelt trenger å få dekket. Dette avhenger av livshistorien, personligheten og i hvor stor grad den kognitive funksjonen er svekket. Bladene i Kitwood sin skisse av blomsten symboliserer de fem psykologiske behov som tidligere beskrevet. Ved å identifisere pasientenes behov, kan sykepleiere tilrettelegge og hjelpe pasientene med å dekke sine individuelle behov. De ulike psykologiske behovene overlapper hverandre og møtes i det sentrale behovet for kjærlighet. Her vil vi trekke en sammenligning til Martinsen (2003b, s. 14-17) som skriver at den relasjonelle omsorgen innebærer å lytte til og ta hensyn til pasientens hjelpebehov. Vi må hjelpe mennesker uten å se det i et pasient- sykepleier perspektiv. Slik vi forstår dette vil sykepleiere med en slik tilnærming vise naturlig omsorg. Ved å samtidig vise empati og indentifisere oss med pasienten vil det vises i form av kjærlighet.

Brooker (2013, s. 71) mener ekte kjærlighet vises i form av handlinger og sjenerøsitet. For mange faller det naturlig å vise omsorg og kjærlighet mens for andre faller det ikke like naturlig. Martinsen (2003a, s. 81-82) mener at i den relasjonelle omsorg er livsytringer selve spontaniteten i kjærligheten. Vi tolker dette som at kjærlighet vises i en spontan handling hos sykepleiere. Livsytringer som medlidenhet, barmhjertighet og tillitt er nødvendig for vår eksistens. Videre hevder Martinsen at sykepleiere har et valg om å stille seg åpen for eller svikte livsytringene. Ved å åpne seg for livsytringene kan sykepleiere bli opptatt av å vise pasientene kjærlighet og omsorg.

Dersom sykepleiere dekker de psykologiske behovene som pasientene har mener vi det vil vises i form av kjærlighet. Sykepleiere må kontinuerlig jobbe med å dekke de ulike behovene pasientene har til en hver tid underveis i sykdomsforløpet. I neste kapittel vil vi oppsummere og komme med vår konklusjon.

5 Oppsummering og konklusjon

Funn fra forskning viser at det ikke er gode nok rutiner for smertekartlegging i sykehjem og at smertekartlegging ikke brukes av personalet. Mobid- 2 smertekartleggingsverktøy er hensiktsmessig å bruke for å avdekke smerter hos pasienter med alvorlig Alzheimers sykdom som ikke kan uttrykke smerter verbalt. Bruk av Mobid- 2 krever god opplæring og kartleggingen må utføres kontinuerlig. Funnene må dokumenteres, jevnlig evalueres og videreformidles til lege. For å oppdage endringer i adferd som kan være tegn på smerter må personalet ha kjennskap til pasientenes normale adferd. For at smertekartlegging skal anvendes systematisk i sykehjem må en holdningsendring til hos ledelsen og personalet. Omsorgen blir ikke bedre enn det svakeste ledd. Sykepleiere må holde seg faglig oppdatert. Sykepleiere som

innehar kunnskaper om smertekartlegging må videreformidle sin kunnskap og kompetanse til øvrig personale. Utfordrende adferd hos pasienter med alvorlig grad av demens kan være uttrykk for smerter og smertene må tas alvorlig. Forskning viser at smerter kan gi depresjon, angst, delirium, dårlig ernæringsstatus og søvnkvalitet. Smerter påvirker også pasienters autonomi og livskvalitet. Sykepleieren kan med omsorg og personsentrert omsorg hjelpe pasienter med å mestre sine smerter. Velvære kan også minske pasientenes opplevelse av smerteintensitet.

Vi kan med bakgrunn i våre praksiserfaringer hevde at vi har observert omsorgssvikt i pleien av pasienter med demens sykdom som har utfordrende adferd. Sykepleiere har et etisk ansvar og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere beskriver sykepleieres ansvar for å ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet. Dette innebærer retten til helhetlig sykepleie og retten til å ikke bli krenket. Sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og sykepleien skal være kunnskapsbasert. Dersom sykepleieren reflekterer over sitt ansvar kan dette komme pasientene til gode. Det er ikke alltid smertene kan lindres fullstendig.

Omsorg er sentralt i sykepleien til pasienter med demens. Vår empatiske evne må vises i pleien vi utøver. Pasientenes identitet og integritet påvirkes utenfra. Sykepleiere kan hjelpe pasienter med å styrke integriteten, men det forutsetter at sykepleiere vurderer pasientenes psykososiale behov underveis i sykdomsforløpet. Personsentrert omsorg til pasienter med alvorlig grad av demens innebærer at sykepleiere observerer forandring i pasientens adferd. Ved å ivareta pasientenes psykologiske behov vil pasientene kunne eksistere og oppleve mening. Sykepleieren må tilstrebe å se mennesket bak sykdommen. Ved å kjenne pasientens livshistorie og bakgrunn vil det være lettere å legge til rette for en meningsfull hverdag på sykehjemmet.

Det snakkes stadig om eldrebølgen som vil komme. Eldrebølgen vil også innebære flere mennesker med en demens sykdom. Sykepleiere må trappe opp arbeidet med pasienter med alvorlig grad av demens. I 2016 skal ikke en urolig pasient med Alzheimers sykdom trilles inn på rommet sitt alene med ”nymoderne” popmusikk. Helsepersonellet må være på vakt for å møte pasientene der de er, når de trenger det. Sykepleiere må tilstrebe at alderdommen til pasienter med en demens sykdom blir en triumf i stedet for en tragedie.

6 Referanseliste

* Alsvåg, H. (1997). *Sykepleie: Mellom vitenskap og pasient* (s.155- 165). Bergen: Fagbokforlaget.

* Almkvist, O. (2013). Kognitiv funktion vid Alzheimer Alzheimer sjukdom. I E. Nordberg (Red.) *Alzheimers sjukdom* (s. 77-93). Sverige: Forfattarna og studentlitteratur.

* Austgard, K. (2002). Evidensbasert sykepleie og moralsk praksis. I K. Austgard. (Red.) *Omsorgfilosofi i praksis* (2. utg., s. 134-136). Oslo: Cappelen.

Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold (Red.), M. Brodtkorb (Red.) & A. H. Ranhof (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 355-395). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

* Brooker, D. (2013). Personsentret demensomsorg: Veien til bedre tjenester (s. 8-118). Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5 utg., s. 47-59, 111-122, 223-238). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg., s. 381-391). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Engedal, Knut (2015). Omsorg og behandling av demens. I M. S. Holm & S. Husebø (Red.), *En verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt* (s. 61-68). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

* Engedal, K. & Haugen, P. K. (2005). *Demens: Fakta og utfordringer* (4. utg., s. 15-50, 63-94). Tønsberg: Aldring og helse.

* Galek, J. & Gjertsen, M. (2011). Personer med demens får bedre smertebehandling. *Sykepleien forskning*, 99(13), 62-64. Lokalisert på <http://dx.doi:10.4220/sykepleiens.2011.0194>

* Helse & omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020*. Lokalisert på https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

* Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 4. (2011).

Husebø, B. S. (2008). *Assessment of Pain in Patients with Dementia: Dissertation for the degree of doctor philosophiae (PhD)*. (s. 5-12). Bergen: Universitetet i Bergen.

* Husebø, B. S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(19), 1996-8. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.08.0660>

* Husebø, B. S. (2013, 08. juli). Demente opplever et smertehelvete uten like. *Bergens Tidene*. Lokalisert på: <http://www.bt.no/nyheter/innsikt/Demente-opplever-et-smertehelveteuten-ord-2928563.html>

* Husebø, B. S. (2015). Vurdering og behandling av smerte hos pasienter med demens. I M. S. Holm & S. Husebø (Red.), *En verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt* (s. 71-86). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

* Husebø, B. S., Strand, L. I., Moe- Nilssen, R., Husebo, S. B. & Ljunggren, A. E. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization–Observation–Behaviour–Intensity–Dementia (MOBID- 2) Pain Scale in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 380-391. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x>

* Jacobsen, F. (2015). De eldres integritet i en sykehjemskontekst. I Holm, M. S & Husebø, S (Red). *En verdig alderdom: omsorg ved livets slutt*. (s. 267- 275) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Johanessen, A., Tufte, P. A. & Christiansen, L. (2010) Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (4. utg., s. 27-34). Oslo: Abstrakt forlag AS.

* Jonsson, P. C. B., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I. T. & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC nursing*, 15(5). <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-016-0124>

* Kaasa, A & Bøen, H (2015). Verdighet- sosialt nettverk og profesjoner. I M. S. Holm & S. Husebø (Red.) *En verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt* (s. 149- 156). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

* Kihlgren, M. (2011). Integritet- värdegrund i demensvården. I A. K. Edberg (red.), *Att möta personer med demens* (s. 169- 184). Lund: Studentlitteratur AB.

* Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens: Personen kommer i første rekke* (s. 10- 16, 17-28, 78-94) København: Munksgaard Danmark.

* Kongsgaard, U. E, Wyller, T. B & Breivik, H. (2008). Eldre trenger bedre smertebehandling. *Tidsskrift for den norske legeförening*, 128(5), 590-1. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1662467>

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E. –A. Skaugum (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2. utg., s. 208-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E. A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E. –A. Skaugum (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2. utg., s. 15-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Lerdal, A. (2009). Sykehjemansattes holdninger til pasienter med demens. *Sykepleien forskning*, 4 (3):232-233. [doi:10.4220/sykepleienf.2009.0116](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0116)

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

* Martinsen, K. (2000). *Øyet & kallet*. (s. 9-46). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

* Martinsen, K. (2003a). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. (2 utg., s.67-102). Oslo: universitetsforlaget.

* Martinsen, K. (2003b). *Omsorg, sykepleie & medisin: Historisk- Filosofiske essays*. (2 utg., s. 14-34, 67-79). Oslo: Universitetsforlaget.

* Rokstad, A. M. M. (2005). Kommunikasjon på kollisjonskurs: Når adferd blir vanskelig å mestre (2. utg, s. 139- 149). Tønsberg: Aldring og helse.

Rokstad, A. M. M. & Smebye K. L.(Red.) (2008). (Red.), *Personer med demens- Møte og samhandling* (s. 27-45, 60-84, 180-204). Oslo: Akribe.

* Rokstad A. M. M. (2014). Personsentrert omsorg I Anne M. M. R. (Red.), *Se hvem jeg er!: Personsentrert omsorg ved demens* (s. 21-35). Oslo: Universitetsforlaget.

* Rokstad A. M. M. (2014). Å møte grunnleggende psykiske behov I Anne M. M. R. (Red.), *Se hvem jeg er!: Personsentrert omsorg ved demens* (s. 49-61). Oslo: Universitetsforlaget.

* Sandberg, E. (2010). *Personsentrert omsorg på dagsordenen*. Lokalisert på <http://www.aldringoghelse.no/?PageID=6600&ItemID=5432>

* Sandvik R. K. (2011) Smertevurdering ved kognitiv svikt. *Kreftsykepleie*, 3, 10-16.
Lokalisert på https://www.nsf.no/Content/768931/smertevurdering_ved_kognitiv_svikt_7303.pdf

* Sjøgren, K., Lindkvist, M., Sandman, P. O., Zingmark, K. & Edvardsson, D. (2013). Person- centreness and its association with resident well- being in dementia care units. *Journal of advanced nursing*, 69(10), 2196-2206. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12085>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken- Sinn- kropp- samfunn* (s. 446-486). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg., s. 13-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Solheim, K. V. (2015) *Demensguiden: Holdninger & handlinger i demensomsorgen* (3. utg, s. 90-101, 142-149). Oslo: Universitetsforlaget AS.

* Thorsvik, K. E., Helleberg, K. & Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleie forskning*, 9(3), 236-242. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleief.2014.0140>

* Torvik, K., Kaasa, S., Kirkevold, Ø. & Rustøen, T. (2010). Pain and quality of life among residents of Norwegian nursing homes. *Pain Management Nursing*, (11) 1, 35-44.
[10.1016/j.pmn.2009.01.001](http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2009.01.001)

* Wyller, T. B. (2015). *Geriatrici: En medisinsk lærebok* (2 utg., s. 89-95, 285-306). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* **556 sider selvvalgt litteratur.**

Vedlegg I: PICO- skjema

Tittel/arbeidstittel på prosedyren:
Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:

Hva slags type spørsmål er dette? <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
P Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet: Pasienter med demens	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for): Smertekartlegging Smertelindring	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
P Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	I Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	C Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	O Noter engelske søkeord for utfall
Dementia Nursing homes Pain	Painassessment Painmanagment Nurse- patient relations Care Well- beeing Person- centered care		

Vedlegg II MOBID-2

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

«Aui!»
Stønner
Ynker seg
Gisper
Skriker

Ansiktsuttrykk

Grimaserer
Rynker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene

Avvergereaksjon

Stivner
Beskytter seg
Skyver fra seg
Endringer i pusten
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

1. Led til å åpne begge hender

0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

2. Led til å strekke armene mot hodet

3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd

4. Led til å snu seg i sengen til begge sider

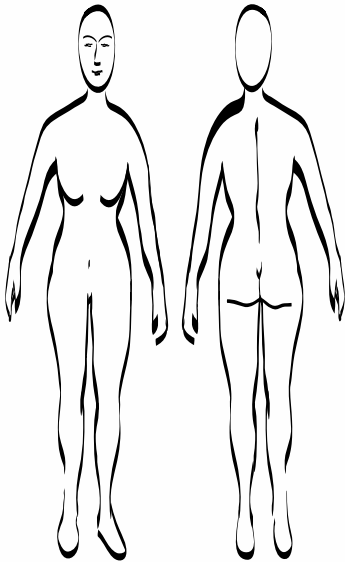
5. Led til å sette seg opp på sengekanten

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)

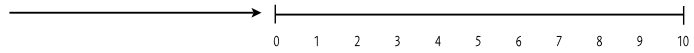


Smerteintensitet

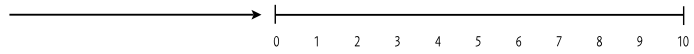
Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10

6. Hode, munn, hals

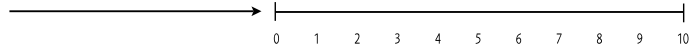
0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte



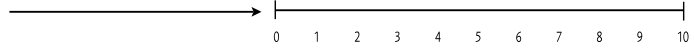
7. Bryst, lunge, hjerte



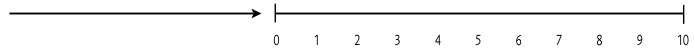
8. Mage – øvre del



9. Bekken, mage – nedre del



10. Hud, infeksjon, sår



Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

