



Høgskolen i Hedmark

Campus Elverum

Avd. Kongsvinger

4BACH

Guro Sjøli Hagen og Maria Isabell Jensen

Veileder: Anne H. With

Har jeg vondt?

Do I have pain?

Antall ord: 13 339

BASYK 2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Livets høst

Jeg er lik et tre!

Lik treet ble jeg også til ved et frø.

Lik treet fikk jeg mange sår, men vokste videre, mer motstandsdyktig, mer hardhudet, men

også myk.

Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.

Lik treet om høsten mister jeg nå blader.

Blader som forteller hvem jeg er, hva jeg er, erfaringer jeg har gjort, viten, hvem jeg er glad

i. Lik treet om høsten føler jeg meg også tom, ribbet, fattig uten blader.

Livet mitt” faller av”.

Uten blader intet liv, sier du vel. Men du som ser meg, kjenner meg,

Vit, at som treet gjemmer på livskilden i sitt indre, har også jeg en livskraft, et hjerte som

føler.

Jeg blir fortsatt glad, redd, sint, trist. Jeg føler og lever, men kun i øyeblikket. Der ligger

forskjellen på deg og meg. Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.

Del det med meg! (Solheim, 2010).

SAMMENDRAG

Etter å ha lest forskningsartikler kommer det frem at mange personer med demens har mer smerter enn de får gitt uttrykk for. Gjennom praksiserfaring, søk på Internett og i litteratur, fant vi ut at det ikke fantes gode kartleggingsverktøy for smerte spesifikt til pasienter med demens. Vi ønsker derfor å belyse dette temaet gjennom oppgaven, og muligens komme frem til en løsning. Håpet vårt med denne oppgaven er at den skal bidra til økt kunnskap rundt smertelindring hos pasienter med demens, slik at vi kan yte optimalt som sykepleiere når det gjelder denne pasientgruppen. Vi drøfter hvilke utfordringer sykepleieren møter i forhold til temaet, og hvilke fagkunnskaper sykepleiere bør ha ved smertelindring hos pasienter med demens.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	5
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALGT TEMA	5
1.1.1 Begrunnelse ut fra pasientperspektivet/case	5
1.1.2 Begrunnelse ut fra sykepleieperspektivet	6
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING OG HENSIKT	6
1.3 AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	6
1.4 BEGREPSAVKLARING	7
1.4.1 Utfordring	7
1.4.2 Smertelindring	7
1.4.3 Demens	7
1.5 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGNING	7
2.0 METODE	9
2.1 LITTERATURSTUDIE	9
2.2 FREMGANGSMÅTE FOR Å FINNE FORSKNINGSARTIKLER	9
2.3 KILDEKRITIKK	10
3.0 TEORETISK PLATTFORM	13
3.1 SMERTE	13
3.1.1 Smertekartlegging	14
3.1.2 Smerteatferd	14
3.1.3 Sykepleierens holdning til smerteopplevelse og smertelindring	14
3.1.4 Observasjon og dokumentasjon	15
3.2 VASKULÆR DEMENS	15
3.3 ANTONOVSKY	15
3.4 SYKEPLEIETEORI	16
3.4.1 Menneskesyn – En holistisk tilnærming	16
3.4.2 Travelbees interaksjonsteori	16
3.4.3 Martinsens omsorgsteori	17
3.4.4 Benner og Wrubels omsorgsteori	18
3.5 LOVVERK OG RETNINGSLINJER	19
3.5.1 Yrkesetiske retningslinjer	19
3.5.2 Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999)	20
3.5.3 Lov om helsepersonell m. v. (1999)	21

3.6 DE FIRE PRINSIPPERS ETIKK.....	22
3.6.1 Autonomiprinsippet.....	22
3.6.2 Velgjørenhetsprinsippet og ikke – skade prinsippet.....	22
3.7 PLIKTETIKK.....	22
3.8 SYKEPLEIERENS ROLLE.....	23
3.9 EGOSTYRKENDE SYKEPLEIE.....	24
3.10 NONVERBAL KOMMUNIKASJON.....	25
4.0 DRØFTING.....	26
4.1 SMERTEKARTLEGGING.....	28
4.2 SYKEPLEIERENS ANSVAR.....	31
4.3 BRUK AV KOMMUNIKASJON OG SYKEPLEIETEORIER – VERKTØY.....	33
5.0 REFLEKSIVE VURDERINGER.....	39
6.0 REFERANSELISTE.....	41
7.0 VEDLEGG.....	45
7.1 Vedlegg 1.....	45
7.2 Vedlegg 2.....	46
7.3 Vedlegg 3.....	47

1.0 INNLEDNING

Forekomsten av demens øker med stigende alder. I aldersgruppen 65 – 74 år er forekomsten bare 2 – 3%, mens den er 15% i aldersgruppen over 75 år og hele 35% i aldersgruppen 90 år og over (Berentsen, 2013). Redusert organfunksjon og kognitiv svikt hos eldre kan gjøre smertediagnostikk og behandling krevende (Lillekroken & Slettebø, 2013). Hva kan vi som sykepleiere gjøre for å bedre smertediagnostikken og smertebehandlingen hos pasienter med demens?

1.1 Begrunnelse for valgt tema

Vi er to sykepleierstudenter som begge har vært i praksis på en demensavdeling høsten 2015. Dette er en flott avdeling, og det var klare roller for lege, sykepleiere og helsefagarbeidere. Det gjorde at avdelingen fungerte bra, og det var god struktur på ansvarsfordelingen og fordeling av arbeidsoppgaver. Der fikk vi øynene opp for hvilke utfordringer det er knyttet til smertelindring hos personer med demens, og hvilket ansvar vi som sykepleiere har i forhold til dette. Vi oppdaget at det trengtes flere verktøy for å kartlegge smerte for å kunne gi riktig smertelindring hos pasienter med demens. Dette tirret nysgjerrigheten vår, og vi ønsket derfor å få mer kunnskap om dette temaet og også flere verktøy som vi kan bruke til andre situasjoner.

1.1.1 Begrunnelse ut fra pasientperspektivet/Case

Grunnen til at vi valgte å skrive om akkurat dette temaet, er fordi vi møtte en pasient i praksis som gjorde inntrykk på oss begge. Vi har derfor valgt å skrive en case ut i fra pasientsituasjonen, og casen vil bli mer detaljert i drøftingen og konklusjonen.

Liv Hansen er en dame på 84 år. Hun er enke og har 2 barn. Hun bor på en lukket avdeling for personer med demens, og har bodd der ca. 1 år. Liv har diagnosene vaskulær demens etter hjerneslag og i tillegg har hun artroser i begge knær og hofter. Det er også kjent at hun har tinnitus og revmatoid artritt. Den siste tiden har Liv hatt perioder med uro, og hun snakker ofte om at hun må hjem.

Over en periode opplever de som jobber på avdelingen at pasienten virker mer smertepåvirket enn tidligere, men det er vanskelig å få et adekvat svar fra pasienten om hvor og hva slags smerter hun har. Siden pasienten har artroser i både knær og hofter og revmatoid artritt, fører dette til en noe spesiell gange. Helsepersonellet som jobber på avdelingen lurer på om dette

kan være en årsak til smertene hos pasienten. De har også tenkt at smertene pasienten eventuelt har, går ut over at hun ikke klarer å stelle seg selv og fungere optimalt i hverdagen. Hun sitter på en stol og får hjelp til å vaske kroppen, det eneste hun hjelper til med selv er å vaske ansiktet. Etter en gjennomgang av medisinene til pasienten, blir det spurt om det er mulig å øke dosen på smerteplasteret for å se om dette har effekt. Smerteplasteret blir prøvd ut. Bare litt over et døgn etter denne økningen finner de som jobber på avdelingen pasienten stående ved vasken på badet, i gang med å stelle seg selv.

1.1.2 Begrunnelse ut fra sykepleieperspektivet

Smertelindring og smertekartlegging ligger i kjernen til det å være sykepleier. Det er sentrale begrep og noe vi stadig jobber med som sykepleiere, i tillegg er personer med demens noe vi møter på mange ulike arenaer. I dag er det ca. 70 000 personer med demens i Norge der de fleste er over 65 år. Dersom den økende levealderen i Norge holder seg på dagens nivå, vil det føre til mer enn en fordobling i forekomst av demens fra 2006 til 2050 (Tambs, Strand & Skirbekk, 2014). Rundt halvparten av alle personer med demens bor i eget hjem, og ca. 80% av de personene som bor på sykehjem har en demenssykdom (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013). Sykepleieren kan jobbe på ulike arenaer, men uansett hvor han eller hun jobber vil sykepleierens funksjon innebære å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Vi som sykepleiere er pliktet til å jobbe kunnskapsbasert, og gi støtte til medmennesker slik at de kan ivareta sin helse på en god måte (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011).

1.2 Presentasjon av problemstilling og hensikt

I denne oppgaven undersøker vi hva vi kan gjøre for at pasienter med demens er godt smertelindret, og vi vil se på hvilke utfordringer sykepleiere møter i forhold til dette.

Hvilke utfordringer står sykepleieren ovenfor ved smertelindring hos pasienter med demens?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Vi har valgt å avgrense oppgaven til eldre personer med vaskulær demens, som bor på lukket dementavdeling. Vi velger å forholde oss til Liv Hansen som vi møter i caset for å svare best mulig på problemstillingen vår. Liv Hansens familie nevnes i casen, men vi kommer ikke til å

ha fokus på hennes familie gjennom oppgaven. Dette er kun for å gi en forståelse av hvordan situasjonen til Liv Hansen er. Vi har valgt ut tre av de fire etiske prinsippene når det kommer til utfordringer med smertelindring hos personer med demens. Vi har også valgt ut to av de ti prinsippene i egostyrkende sykepleie, dette er fordi det er en oppgave med begrenset størrelse.

1.4 Begrepsavklaring

Begrepsavklaringer er korte forklaringer eller definisjoner på begrep som må avklares i forhold til problemstillingen, og som kommer igjen senere i oppgaven.

1.4.1 Utfordring

En utfordring er når det kreves en kamp eller hardt arbeid for å bekjempe noe (Universitetet i Oslo, 2015).

1.4.2 Smertelindring

Siden smerte er et sammensatt fenomen er det også mange måter å lindre smerter på. Hvilken type smertelindring en person skal ha vil vurderes ut ifra hvordan smerter det er snakk om. Smertelindring kan være å direkte behandle den fysiske smerten, stimulere kroppen til selv å produsere stoffer som reduserer smerte, gjøre noe med opplevelsen av smerte eller å gjøre noe med følgene av å ha smerte (Berntzen, Danielsen & Almås, 2015).

1.4.3 Demens

Berntsen (2013) beskriver demens hos eldre personer slik:

«... en ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i 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 forverrer seg ofte over tid". (s. 354)

1.5 Oppgavens videre oppbygning

Kapittel 2.0 er et metodekapittel. Her vil vi gjøre rede for hvilken metode som er brukt i denne oppgaven for å besvare problemstillingen. Vi vil forklare litteraturstudie og hva det er, i tillegg til en kritisk vurdering av kilder vi har valgt å bruke i oppgaven. Vi vil også vise hvordan vi kom fram til forskningsartiklene vi har valgt ut.

I teoridelen 3.0 vil vi presentere og beskrive teori som vil bli brukt videre i kapittel 4.0. Vi kommer til å vise litt hvordan vi forstår teorien, men selve drøftingen vil komme i kapittel 4.0. Vi gjør rede for smerter, smertekartlegging, smerteatferd og sykepleierens holdning til pasientens smerteopplevelse og smertelindring. Videre et avsnitt om vaskulær demens, deretter vil vi skrive om sykepleieteoretikerne vi har valgt ut. Teoretikerne vi har valgt ut er Travelbee, Martinsen og Benner & Wrubel. I tillegg har vi valgt og ta med Antonovsky, som egentlig er en sosiolog, men han har et helsefremmende perspektiv som vil være interessant for oppgaven. Det vil også være skrevet kort om lovverk, yrkesetiske retningslinjer og etikk for å presisere sykepleierens ansvar og rolle.

Kapittel 4.0 er drøftingsdelen. Her vil vi drøfte teorien opp imot problemstillingen vår, i tillegg vil vi bruke forskningsartikler og egne erfaringer fra praksis for å underbygge argumenter. Vi skal gjennom drøftingsdelen forsøke å finne svar på hvilke utfordringer sykepleieren står ovenfor ved smertelindring hos personer med demens.

I kapittel 5.0 vil vi se på svarene vi har kommet fram til i drøftingen, for å utforme en konklusjon på bakgrunn av disse. Vi vil også komme med noen tanker om hvordan det kan se ut dersom vår konklusjon kan settes ut i praksis.

Kapittel 6.0 er referanseliste med all litteratur og forskning som er brukt i oppgaven. Denne referanselisten er satt opp etter APA- standard.

I kapittel 7.0 vil det ligge vedlegg det blir henvist til i oppgaven.

2.0 METODE

«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» (Dalland, 2013, s. 111).

Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke, og hjelper oss til å samle inn data. I denne oppgaven er det litteraturstudie som er metoden som vil bli brukt for å belyse problemstillingen vår, der vi bruker litteratur og tidligere forskning for å drøfte og komme frem til en eventuell løsning (Dalland, 2013).

2.1 Litteraturstudie

«Litteratur er den kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til» skriver Dalland (2013, s. 67).

I denne oppgaven benytter vi pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskningsartikler, samt praksiserfaring for å belyse problemstillingen vår. Vi vil i punktet kildekritikk vise hvordan vi har valgt de ulike kildene våre, slik at vi kan vise at vi har brukt relevante og gyldige kilder (Dalland, 2013).

Så langt det lar seg gjøre skal vi benytte primærkilder. Det er denne kilden som opprinnelig har kommet med den informasjonen vi ønsker å bruke. Sekundærkilden bruker den opprinnelige kilden for å få fram et poeng selv. Sekundærkilder kan ha tolket primærkilden slik at informasjonen hos sekundærkilden kan bli feil eller unøyaktig. Vi må derfor være kritiske til å bruke sekundærkilder. Dersom vi velger å bruke en sekundærkilde er det denne kilden som er ansvarlig for at de bruker informasjonen riktig, mens vi er ansvarlig for å ha riktig henvisning (Dalland, 2013).

Vi har aidentifisert personen i casen ved å bytte navn og vi har også unngått å ta med opplysninger som ikke er relevant for oppgaven, for å unngå å bryte taushetsplikten (Dalland, 2013).

2.2 Fremgangsmåte for å finne forskningsartikler

Vi har brukt PICO – skjema for å strukturere søket vårt og finne gode søkeord, se vedlegg 1. Vi lagde et skjema til for å få oversikt over hvordan vi gjennomførte søkene. I dette skjemaet

kan vi se hvordan vi avgrenset søkene, hvor mange treff vi fikk og hvilke artikler vi valgte ut, se vedlegg 2. Artikkene vi valgte og som har relevans for oppgaven er; ”Smerteevaluering ved demens”, ”Smertebehandling til personer med langtkommen demens”, ”The facial expression of pain in patients with dementia”, ”Pain and Psychological Well – Being Among People with Dementia in Long – Term Care” og ”Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer”.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det stilles krav til hvordan vi søker etter kilder, vurderer dem, gjør rede for dem og bruker dem. Uansett om vi bygger oppgaven på praksiserfaringer, data fra enge undersøkelser, data fra skriftlige kilder eller en kombinasjon av disse, vil vi alltid måtte forholde oss til litteraturen i faget. Dette er fordi litteraturen hjelper oss å se sammenhenger (Dalland, 2013).

Når en kilde er funnet, må den vurderes både i forhold til kvalitet og hvorvidt den er relevant for arbeidet. Her trenger vi informasjonskompetanse. Dalland definerer informasjonskompetanse som: «en samling ferdigheter som gjør en person i stand til å identifisere når informasjon er nødvendig, og som setter vedkommende i stand til å lokalisere, vurdere og effektivt anvende denne informasjonen» (Dalland, 2013, s. 63).

Ofte følger vitenskapelige artikler og rapporter en IMRoD – struktur. Bokstavene står for **I**nnledning, **M**etode, **R**esultat og **D**iskusjon. Innledningen starter gjerne med å beskrive bakgrunnen for undersøkelsen, metoden beskriver hvilke data undersøkelsen bygger på og hvilken framgangsmåte som er brukt for å innhente disse dataene, resultatet presenterer funnene fra undersøkelsen og i diskusjonen settes funnene i sammenheng med egne hypoteser og andre forskeres studier. Denne disposisjonen passer til vitenskapelige undersøkelser som baserer seg på en kvantitativ metode (Rognsaa, 2015). Dette er et av verktøyene vi har brukt for å se forskningsartikkene med et kritisk øye, og som har gjort det enklere å lese igjennom artiklene.

Ved valg av litteratur har vi brukt pensumlitteratur som vi vurderer som gyldig og sikker siden dette er litteratur som skolen pålegger oss å bruke. Vi vurderer det slik at dette er sikre kilder som skolen har vurdert og mener er gyldig i forhold til den kunnskapen en sykepleier

skal ha. Av selvvalgt litteratur har vi valgt å bruke nettsteder som Folkehelseinstituttet, Helsebiblioteket, Helsenorge, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Norsk helseinformatikk og Universitetet i Oslo fordi vi vurderer disse som relevant for å kunne svare på problemstillingen, i tillegg til at disse kildene er steder hvor det blir lagt ut informasjon til befolkningen og helsepersonell av fagfolk.

Vi har valgt å bruke Kirkevold (1992) sin bok hvor hun analyserer og evaluerer sykepleieteoretikernes teorier. Dette er en bok hvor vi kunne se hva teoretikerne ønsket å få frem med sine teorier. Dette er som sagt Kirkevold sine analyser og evalueringer av teoriene, derfor er det en sekundærkilde fordi hun bruker det teoretikerne har sagt, men gjør det om til sin tolkning. Vi vurderer likevel Kirkevold sin tolkning som valid og relevant for oppgaven, fordi vi har sett Kirkevold sine analyser og evalueringer opp imot hva Kristoffersen (2012) skriver om teoretikerne. Kristoffersen (2012) er også pensumlitteratur som skolen har vurdert, derfor vurderer vi denne kilden som valid.

Boka til Nortvedt & Nortvedt (2001) handler om smerte som fenomen og skal gi en forståelse av smerte. Dette er ikke en bok som er skrevet for pasienter med demens, men vi valgte å bruke den likevel for å gi en forklaring på hva smerte er og få en forståelse av smerte. Finn Nortvedt er dosent ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og har lenge undervist i sykepleie. Per Nortvedt er tidligere anestesisykepleier og jobber nå som professor ved Universitetet i Oslo. Boka er skrevet fordi det ikke var skrevet mange lærebøker om smerter på norsk. Det er en lærebok som er skrevet for helsepersonell, men den er lett å lese, den er derfor også aktuell for alle som ønsker å lære om smerter. Vi ser på boken som en primærkilde fordi det er Nortvedt og Nortvedt sine egne erfaringer og drøftinger det blir skrevet om i boka.

Vi valgte å bruke Pfeiffer (2007) sin bok for å gjøre rede for sykepleierens ansvar og rolle i oppgaven. Hun har i mange år vært høgskolelektor ved sykepleierutdanning. Boka handler om administrasjon og ledelse for sykepleiere. Hun har skrevet boka på bakgrunn av egne erfaringer fra arbeidslivet, så det er derfor mange eksempler som er hentet fra kommunal sektor. Vi vurderer denne boka som en primærkilde fordi det er Pfeiffer sine egne erfaringer og drøftinger boka er basert på. Vi vurderer også boka som relevant for å kunne svare på problemstillingen.

Boka til Rognsaa (2015) handler om hvordan man kan jobbe når man skriver en bachelor oppgave og hvilke regler vi må følge. Vi valgte denne boka for å få struktur på hvordan vi skulle utforme oppgaven, og den var også til god hjelp hvis vi sto fast underveis. Boka var lett å slå opp i og lese. Dette var et godt verktøy under skriveprosessen, og siden boka var av nyere dato stemte den med de retningslinjene vi hadde fått i forkant av bachelor oppgaven.

Forskningsartiklene vi har valgt ut er opp til 8 år gamle, noe som fremmer gyldigheten av dem. I søkeprosessen var vi opptatt av at de ikke skulle være eldre enn 10 år gamle, fordi vi tenkte at de kan være utdaterte. Det finnes mye forskning på smerter, men ikke like mye om smerte hos pasienter med demens. Vi ønsket å finne forskning som var av nyere dato, slik at de skulle være anvendbare i praksis. I noen av de nyeste forskningsartiklene vi fant, stod det informasjon vi ikke har i pensumlitteraturen. For å være sikre på at artiklene vi fant var vitenskapelige og valide, hadde vi spesifikke krav som måtte oppfylles. For å kvalitetssikre dette brukte vi blant annet IMRoD.

3.0 TEORETISK PLATTFORM

Her vil vi belyse valgt teori og litteratur vi finner relevant for å kunne bruke dette videre i drøftingen av problemstillingen. Denne teorien har blitt valgt på bakgrunn av hva vi ønsker å drøfte rundt denne problemstillingen, tidligere kunnskap og erfaringer fra praksis.

3.1 Smerte

Helsedirektoratets (2015) definisjon på smerte er en sensorisk og emosjonell ubehagelig opplevelse, grunnet en faktisk eller potensiell ødeleggelse av vev. De sier også at smerte bestandig er subjektiv. Både fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige/eksistensielle forhold går inn under fenomenet smerte. Det er de psykiske og fysiske smertene som er mest relevant i forhold til caset. I hovedsak skiller vi mellom akutte og kroniske smerter. De akutte smertene opptrer raskt og er kortvarige. Kroniske smerter er langvarige og opptrer ofte daglig, kriteriet for kroniske smerter er at de varer i tre måneder eller mer. Smerter deles deretter inn i nociseptive-, nevropatiske-, idiopatiske- og psykogene smerter (Berntzen et al., 2015). I forhold til caset er det de nociseptive-, idiopatiske- og psykogene smertene som er mest relevant.

Nociseptive smerter: Det er oftest akutte smerter ved for eksempel skader, voksende kreftsvulst og ved revmatiske sykdommer i aktive perioder. Under nociseptive smerter har vi hud smerter, dype smerter og overførte smerter (Berntzen et al., 2015).

Idiopatiske smerter: Idiopatisk smerte er en smerteopplevelse som er virkelig for pasienten uten at man kan finne vevsskade, eller at pasienten har smerte som følge av psykisk lidelse (Berntzen et al., 2015).

Psykogene smerter: Dersom pasienten har en psykisk lidelse eller sykdom er smerte et viktig symptom. Psykogene smertetilstander kan ses dersom pasienten har en diagnose på en psykisk lidelse eller sykdom hvor symptomene kan være smerter. Dersom det ikke finnes en årsak for smerten kan en ikke gå ut ifra at smerten er psykogen (Berntzen et al., 2015).

Smerte er signaler som sendes fra smertereseptorer i vevet til sentralnervesystemet. Det er vanskelig å fastslå hva som er den konkrete forklaringen på hva smerte er, men det er funnet ut at det er et sammensatt fenomen som ikke er lett å forstå. Hver enkelt person har sine erfaringer og opplevelser av smerte. Kjentegnet på smerte er at vi har en følelse av at noe er

vondt. En person kan prøve å beskrive smerten, om den er verkende, stikkende, klemmende eller pressende, og lokalisere dersom det er mulig (Nortvedt & Nortvedt, 2001).

3.1.1 Smertekartlegging

God kartlegging og vurdering er det som avgjør om pasienten kommer til å få god og riktig smertebehandling. Det er en sykepleieroppgave å gjøre en grundig kartlegging og vurdering av pasientens smerter. Kartleggingen er viktig for å kunne finne ut hva som lindrer smerten og hva som forverrer den. For eksempel kan aktivitetsnivået til pasienten fortelle oss mye, i tillegg til å kartlegge hvordan pasientens liv påvirkes av smertene. Dersom pasienten ikke er i stand til å beskrive smertene selv, som ved demens, er fysiologiske tegn og smerteatferd viktig for kartleggingen. Det er en utfordring å få til god og nøyaktig kartlegging av smerter. Det anbefales å bruke verktøy som skjemaer eller skalaer i kartleggingen, mer enn det blir brukt per i dag. I tillegg er god dokumentasjon viktig under kartlegging for å finne igjen data om smertene til pasienten (Berntzen et al., 2015).

Et kartleggingsverktøy som kan bli brukt hos pasienter med moderat eller langtkommen demens er MOBID – 2 (Mobilisation – Observation – Behaviour – Intensity – Dementia), se vedlegg 3 (Norsk Helseinformatikk [NHI], 2014).

3.1.2 Smerteatferd

Vanlige atferdsmessige reaksjoner ved akutt smerte kan være at pasienten fokuserer på smerten, har smerten som samtaletema, gråter og ynker seg, berører stedet der smerten er, har muskelspenninger som øker, rynker pannen og lager andre former for grimaser. Dersom smertene er kroniske vil denne atferden avta med tiden. Som regel snakker ikke pasienter med kroniske smerter om smertene sine med mindre de blir spurt, de har vanlig nattesøvn, de vil fokusere på andre ting enn bare smerten og de vil vanligvis ikke ha unormale ansiktsuttrykk på grunn av smerter. Fysisk vil pasienten likevel være lite aktiv. Pasienter med smerter er ofte stresset (Berntzen et al., 2015).

3.1.3 Sykepleierens holdning til smerteopplevelse og smertelindring

Det er gjort mer forskning på hva smerte er og hvordan den kan lindres. Som sykepleiere har vi derfor mer forskning å gå etter når vi skal jobbe kunnskapsbasert. Ved å bruke denne forskningen i praksis vil vi kunne unngå eller i det minste redusere tilfeldig praksis siden vi kan komme med faglige argumenter for handlinger eller valg vi tar (Berntzen et al., 2015).

Smerteopplevelsen til pasienten kan ikke etterprøves. Dersom vi ikke kan måle tegn til smerte hos pasienten kan vi faktisk ikke vite om pasienten har smerter. Sykepleieren kan komme i veien for smertebehandlingen ved å tvile på pasientens smerter og ikke registrere tegn til smerte godt nok. Det er naturlig at sykepleieren tar utgangspunkt i egne erfaringer med smerter og bruker disse under kartlegging og behandling av smerte, men vi må være klar over at pasienten kan ha andre måter å uttrykke og oppleve smerte på (Berntzen et al., 2015).

3.1.4 Observasjon og dokumentasjon

Det er vår oppgave som sykepleiere å observere etter gitt smertebehandling. Vi skal se etter både virkninger og bivirkninger. Disse skal rapporteres videre til lege og vi dokumenterer i pasientens journal. I journalen skal vi dokumentere pasientens opplevelse av smerte, hvilken behandling vi har gitt og effekten av behandlingen. Fakta er det eneste som skal stå i rapporten for at den skal være god, vi skal ikke anta eller tolke (Berntzen et al., 2015).

3.2 Vaskulær demens

De vanligste årsakene til vaskulær demens er store hjerneinfarkter, mange små hjerneinfarkter og sykdom i arterioler dypt i hjernevevet (Berntsen, 2013). Noen av symptomene kan være å bli mer passiv, treg og evnen til å ta initiativ svekkes. Endringer ved vaskulær demens kan være senket motorisk tempo, hukommelsesproblemer, sviktende forståelse og handlingssvikt, tristhet og depresjon (Nasjonalforeningen for folkehelsen [NFF], 2015).

3.3 Antonovsky

Den israelske professoren i medisinsk sosiologi, Aron Antonovsky, har forsøkt å identifisere faktorer som virker helsefremmende. Han er opptatt av hva som er årsaken til at enkelte mennesker er i stand til å opprettholde sin helse til tross for at de er utsatt for omfattende og sterke påkjenninger. Han publiserte teorien om salutogenesen, læren om det som fremmer helse. Begrepet er sammensatt av det latinske «saluto» og «genese», som betyr «sunnhet» og «skapelse». Teorien består av tre sentrale begrep, og det er; forståelighet, håndterlighet og meningsfullhet (Kristoffersen, 2012).

Forståelighet omhandler den kunnskap som hvert enkelt menneske vet om seg selv. Meningsfullhet er å føle at livet har en verdi i seg selv. Håndterlighet er å være bevisst sine egne ressurser, og hvordan man kan anvende disse til å takle utfordringer. En sammenheng

mellom disse tre begrepene gir oversikt, kontroll og overskudd. Resultatet av en slik sammenheng gir personer høyere motstandskraft og høyere grad av helse. Selv om Anonovsky vektlegger at disse begrepene er likestilte, så er det meningsfullhet som vi vektlegger mest videre i drøftingen (Kristoffersen, 2012). For å kunne utøve god sykepleie, er det en sammenheng mellom disse tre begrepene vi må jobbe for. I forhold til caset er det som sagt meningsfullhet som er viktigst, men vi som sykepleiere må hjelpe til med å oppnå forståelighet og håndterlighet for pasienten, slik at det blir oversikt, kontroll og overskudd til å mestre hverdagen.

3.4 Sykepleieteori

Når sykepleie som fenomen blir beskrevet og forklart i sammenheng med andre fenomener, danner dette en sykepleieteori. Disse teoriene brukes blant annet til å skille sykepleie som fagområde fra andre fagområder. Sykepleieteoriene sier noe om hva sykepleie er og hvordan den eventuelt bør være. Det er uenigheter og enigheter blant teoretikerne, noe som gjør at vi kan velge perspektiver som er relevant i forhold til problemstillingen vår (Kirkevold, 1992).

3.4.1 Menneskesyn – En holistisk tilnærming

En holistisk tilnærming innebærer at pasienter må betraktes som medmennesker og likeverdige samarbeidspartnere når deres helsemessige problemer skal løses. Vi kan ikke forholde oss til pasienter som et objekt eller en ting. Filosofen Martin Buber hevder at jeg – du stifter forholdets verden. Pasienten bekreftes som et likeverdig medmenneske ved at han eller hun og sykepleieren går inn i en relasjon til hverandre. Et jeg – du forhold mellom pasient og sykepleier innebærer at de fremstår for hverandre som likeverdige subjekter med et felles mål som er til pasientens beste. Det er sykepleieren som innehar kompetansen som pasienten trenger, og gjennom samforståelse og samhandling gjennomføres tiltakene til pasientens beste (Odland, 2014).

3.4.2 Travelbees interaksjonsteori

Travelbees fokus i hennes teori er på det mellommenneskelige aspektet i sykepleien. Hun mener at vi må forstå hva som foregår mellom sykepleier og pasient, for å kunne forstå hva sykepleie er og eventuelt bør være. Hun definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess hvor det er en profesjonell hjelper og et individ, en familie eller et samfunn som har behov for hjelp. Den profesjonelle hjelperen skal hjelpe til med forebygging eller mestring av

sykdom eller lidelse, og eventuelt finne mening gjennom disse erfaringene. Hun ser mennesket som individ som kan ha både likheter og ulikheter med andre mennesker. Hun mener at individets egne erfaringer med sykdom, lidelse og tap kun er individets egne (Kirkevold, 1992).

Travelbee tar avstand fra å bruke begrepene pasient og sykepleier siden de fjerner de spesielle sidene ved mennesket og kun fokuserer på de sidene de har til felles. Alle mennesker opplever før eller siden en erfaring knyttet til lidelse, men det er likevel en helt personlig erfaring. Dette er fordi opplevelsen av lidelse vil være forskjellig fra menneske til menneske og det kan være forskjellig type smerte som fører til lidelsen, den kan både være fysisk, psykisk eller åndelig. Lidelse og sykdom er ofte knyttet sammen og det kan føre til tap av integritet på et kroppslig, åndelig eller psykisk plan.” Hvorfor meg?”- og ” hvorfor ikke meg?”-reaksjonene mener Travelbee viser hvordan personer klarer å mestre eller holde ut lidelsen (Kirkevold, 1992).

Mening er et sentralt begrep i teorien til Travelbee. Hun mener at å finne mening i ulike erfaringer er viktig. Hun mener at dersom mennesket føler seg til nytte for noe eller noen vil dette gi betydning til livet. Sykepleieren skal hjelpe mennesket til å finne mening dersom det har behov for det, ifølge Travelbee. Hun sier videre at vi må danne et menneske-til-menneskeforhold. Dette må være gjensidig for å fungere, for å oppnå hensikten med sykepleie. Empati er et annet begrep som står sterkt i Travelbees teori. Som sykepleiere må vi kunne ta del i og prøve å forstå menneskets psykologiske tilstand på et bestemt tidspunkt. Empati forutsetter at menneskene har like erfaringer, i tillegg må vi ha et ønske om å forstå det andre mennesket (Kirkevold, 1992).

Travelbee mener at kjennetegnet ved en sykepleier som er profesjonell, er å bruke seg selv terapeutisk. Med dette menes det at sykepleieren bruker personligheten sin i samhandling med pasienten på en bevisst og hensiktsmessig måte. Sykepleieren må være bevisst på hvordan egen atferd kan påvirke andre (Kristoffersen, 2012).

3.4.3 Martinsens omsorgsteori

Martinsen mener at fundamentet for sykepleie er omsorg. Teorien til Martinsen tar utgangspunkt i filosofen Martin Heidegger og andre som bruker den fenomenologiske

tradisjonen. Betydningen av omsorg er knyttet til at mennesker er avhengig av hverandre, spesielt ved sykdom, lidelse og funksjonshemming. Martinsen mener derfor at omsorg må være verdigrunnlaget for sykepleie, siden pasienter er avhengig av oss sykepleiere i den situasjonen eller tilstanden de er i når de har behov for hjelp. Teorien til Martinsen ser ikke på et individ, men forholdet mellom to individer (Kirkevold, 1992).

Martinsens omsorgsteori er knyttet til tre punkter i omsorgsbegrepet. Det første er at omsorg er rasjonelt, det sier noe om hvordan vi mennesker er avhengig av hverandre og at vi har ansvar for de som er svakere. Det andre er at omsorg er praksis fordi vi må være aktive i deltagelsen til den som lider, og at vi må utføre arbeid som er til personens beste. Det tredje og siste punktet er at det er en moralsk side ved omsorg. Det vil si at sykepleieren må lære seg hvor mye ansvar den skal ta under omsorgen til den svake. Vi må i tillegg kunne håndtere det å ha makt, og være bevisst på prinsippet om solidaritet når vi håndterer denne makten (Kirkevold, 1992).

I teorien sin ser Martinsen på hvordan vi på best mulig måte kan ivareta pasientens autonomi, når hun problematiserer autonomi som et etisk prinsipp. Når det står mellom pasientens autonomi eller selvbestemmelse og paternalisme eller formynderholdning ønsker hun at det skal brukes svak paternalisme. Hun mener at sykepleieren skal bruke faglig merforståelse for å hjelpe pasienten, ved å for eksempel la pasienten slippe å svare på vanskelige spørsmål som den ikke har forutsetninger for å ta stilling til. Dermed bruker sykepleieren sin fagkunnskap til å ta avgjørelser som gagnar pasienten på best mulig måte (Kristoffersen, 2012).

3.4.4 Benner og Wrubels omsorgsteori

Patricia Benner og Judith Wrubel er to amerikanske sykepleiere, og i boka "The primacy of caring" kritiserer de rådende sykepleieteorier for å ikke være tilstrekkelig formet av sykepleiepraksis. Derfor mener de; «Det er behov for teori som ikke beskriver, fortolker og forklarer en tenkt ideell sykepleie, men en virkelig sykepleieekspertise slik den praktiseres fra dag til dag» (Kristoffersen, 2012, s. 258).

Disse sykepleierne bygger på Heideggers fenomenologiske virkelighetsforståelse i sin definisjon av mennesket. Benner og Wrubel bruker fire sentrale begreper; omsorg, kroppslige kunnskaper, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggender. Menneskets omsorg skiller mellom det som er viktig, og det som er av mindre betydning. Omsorg er av natur utadrettet mot

andre. Med kroppslige kunnskaper mener de at mennesket er en helhet, og helse og sykdom må forstås som levd erfaring. De tar sterk avstand fra det dualistiske menneskesynet som skiller mellom kropp og sjel. Bakgrunnsforståelse er de «meninger» som alle innenfor en kultur deler, og som kulturen gir et menneske fra fødselen av. Det er også kunnskapen vi knytter til oss hele veien fra fødselen. I spesielle anliggender mener de konkrete og spesifikke forhold som betyr noe for den enkelte (Kristoffersen, 2012).

De situasjonene som fører til et sammenbrudd i den enkeltes funksjon, involverer hele mennesket. Helsesvikt er en slik situasjon. Det man vet om seg selv faller plutselig bort, og situasjonen kan oppleves stressende. Mennesket kan ikke velge fritt hvilken mening det skal tillegge en slik konkret situasjon, fordi meningen er begrenset av den enkeltes bakgrunn, kulturelle bakgrunnsforståelse og spesielle anliggender. Mestring i en slik situasjon avhenger av hvilke tidligere erfaringer pasienten har, og om dette har gjort pasienten mer sårbar eller sterkere (Kristoffersen, 2012).

3.5 Lovverk og retningslinjer

Under dette punktet har vi valgt ut de lovene og retningslinjene som er relevant i forhold til problemstillingen vår. Disse lovene og retningslinjene gjelder både for helsepersonell og for pasientene.

3.5.1 Yrkesetiske retningslinjer

Norsk Sykepleieforbund [NSF] har som ett av sine formål å sikre en høy etisk sykepleiefaglig standard blant sykepleierne. De verdiene som ligger til grunn for de yrkesetiske retningslinjene [YER], er barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. NSF formulerer sykepleierens fundamentale plikt i fire punkter; å fremme helse, å forebygge sykdom, å lindre lidelse og å sikre en verdig død. Vi har valgt ut YER som er mest relevant for problemstillingen vår (Sneltvedt, 2014).

NSF (2011) skriver:

1.Sykepleien og profesjonen:

«1.1 Sykepleie skal bygges på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap.»

«1.3 Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.»

«1.7 Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner.» (s. 7)

Det kommer frem i disse YER at sykepleieren skal utføre sitt arbeid ut i fra forskning, erfaringsbasert kompetanse og kunnskap fra brukerperspektivet. Sykepleieren har et personlig ansvar for det han eller hun gjør, og det skal være faglig begrunnet og i tillegg etisk og juridisk forsvarlig. Videre står det at sykepleieren skal være bevisst sine egne grenser når det kommer til kompetanse, og han eller hun arbeider ut i fra sine fagkunnskaper og ansvarsområder. Hvis det oppstår vanskelige situasjoner, skal han eller hun søke hjelp og veiledning fra andre aktuelle personer.

NSF (2011) skriver:

2.Sykepleieren og pasienten:

«2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.»

«2.9 Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død.» (s. 8)

Her går det ut på at sykepleieren skal ivareta hver enkelt pasient, og se hvilke behov pasienten har for helhetlig omsorg som innebærer både de psykiske, fysiske, åndelige/eksistensielle og sosiale behov. Det er sykepleieren sitt ansvar å lindre lidelse etter forordning fra lege, og bidra til at pasienten får en naturlig og verdig avslutning på livet.

NSF (2011) skriver:

4.Sykepleierne og medarbeidere

«4.1 Sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten.» (s. 9)

Sykepleieren har en rolle som veileder for medarbeidere, og i tillegg skal han eller hun bidra til gode tverrfaglige samarbeid og åpenhet mellom medarbeiderne. Tverrfaglig samarbeid innebærer å jobbe sammen med lege, fysioterapeut, ergoterapeut etc.

3.5.2 Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999)

Under dette punktet har vi også valgt ut de lovene som er mest relevant i forhold til problemstillingen.

Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon

§ 3-1. Pasientens og brukerens rett til medvirkning

§ 3-2. Pasientens og brukerens rett til informasjon

§ 3-5. Informasjonens form (1999).

Ut i fra disse lovene kommer det frem at pasienten har rett til å medvirke når han/hun mottar omsorgstjenester, og å selv kunne velge mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, noe som også innebærer informasjon om mulige risikoer og bivirkninger. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Personeller skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Kapittel 4. Samtykke til helsehjelp

§ 4-1. Hovedregel om samtykke

§ 4-6. Om pasienter over 18 år som ikke har samtykkekompetanse (1999)

Ut i fra disse paragrafene så kommer det frem at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, kan den som yter helsehjelp ta avgjørelser om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet. Alvorlige inngrep som pasienten trenger, kan gis dersom det å anses å være i pasientens interesse og det er sannsynlighet for at pasienten ville gitt tillatelse til slik hjelp.

3.5.3 Lov om helsepersonell m. v. (1999)

Her har vi også valgt ut de lovene som er mest relevant i forhold til problemstillingen.

Kapittel 1. Lovens formål, virkeområde og definisjoner

§ 1. Lovens formål (1999)

Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse

§ 4. Forsvarlighet (1999)

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut i fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal hente inn bistand eller henvise pasienter videre der det er nødvendig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

3.6 De fire prinsippers etikk

De fire prinsippers etikk er autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet. Disse prinsippene er likeverdige, og ingen blir sett som viktigere enn de andre. Prinsippene er ikke absolutte, men anses som prima facie – prinsippet. Det latinske prima facie kan oversettes med «ved første øyekast», men som man likevel kan fravike i bestemte situasjoner dersom andre hensyn tilsier det (Brinchmann, 2014). Vi har kun tatt med tre av de etiske prinsippene fordi vi mener disse er mest relevant for pasienten i drøftingen.

3.6.1 Autonomiprinsippet

I dagens medisinske etikk anses pasientautonomi som et sentralt etisk og juridisk prinsipp. Pasienter har for eksempel rett til informasjon om sin helsetilstand og diagnose, og om forhold som angår dem selv og deres egen livssituasjon. Ordet autonomi stammer fra to greske ord: autos (selv) og nomos (lov, styring, regulering). I moralfilosofien betyr autonomi det som følger av sin egen indre lovmessighet, uavhengig av påvirkning utenfra (Brinchmann, 2014).

3.6.2 Velgjørenhetsprinsippet og ikke – skade prinsippet

Dette prinsippet kan føres helt tilbake til Hippokrates tid, som i legeeden lovet «Jeg vil etter evne og beste skjønn gi forskrifter om livsførsel til gagn for de syke, og jeg vil verge dem mot slikt som føre til skade og urett» (Brinchmann, 2014, s. 87).

Det er allment akseptert at sykepleiere og leger skal tilstrebe å handle godt for pasientene, og at de også skal beskytte pasientene mot behandling eller dårlig omsorg som kan være til skade (Brinchmann, 2014).

3.7 Pliktetikk

Pliktetikk kan også kalles deontologisk etikk. Deon er gresk og betyr plikt. Eksempel på pliktetisk utsagn er: «Du skal ikke drepe uskyldige mennesker». Personer som handler korrekt ut fra pliktetikk, handler i overensstemmelse med visse plikter uansett konsekvensene. Vi kan skille mellom indre og ytre plikter. Indre plikter er plikter som er motivert av det vi er opplært til, mens ytre plikter begrunnes i religion, regler eller lovgivning (Brinchmann, 2014).

Innenfor legeetikk og sykepleieetikk må man selvsagt alltid tenke på konsekvensene av ulike handlinger og handlingsvalg, men legeetikk og sykepleieetikk omhandler også en rekke ulike etiske plikter. Helsearbeidere har for eksempel plikt til å redde liv, og vi har taushetsplikt (Brinchmann, 2014).

3.8 Sykepleierens rolle

En sykepleier er en faglig og juridisk leder på grunn av utdanning. I de yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere skilles det ikke på vanlige sykepleiere, faglige ledere eller administrative ledere. Dette er fordi sykepleieren uansett har et faglig og juridisk ansvar for egne handlinger og delegerte oppgaver (Pfeiffer, 2007).

Sykepleieren kan ha to roller som leder. Den ene er den administrative delen som går på å sikre god kvalitet på tjenestene som gis og gi muligheter for utvikling hos medarbeiderne, i tillegg til å vektlegge trivsel på arbeidsplassen. Alt den administrative sykepleieren gjør vil i hovedsak ha fokus på å nå målene til organisasjonen (Pfeiffer, 2007).

Den andre lederrollen er den faglige lederen. Den har ansvar for å gi hjelpepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter en faglig støtte. En faglig sykepleieleder har ansvar for å kartlegge og vurdere hvilket behov pasientene har for sykepleie, og deretter iverksette tiltak som hun eller han mener er nødvendige. Videre skal tiltakene evalueres for å se om det må gjøres endringer, om de fungerer eller om det er på tide å avslutte. Dette vil si at den faglige sykepleieren har ansvar for at sykepleieprosessen følges opp. Denne sykepleieren har også ansvar for å følge opp medarbeidere, altså at de følger tiltak som blir iverksatt. Faglederen har et ansvar for å kontrollere medarbeiderne sine, det er viktig at dette ikke blir sett på som noe negativt. Sykepleieren har en makt som faglig leder, dersom denne ikke blir brukt vil ikke sykepleieren gjøre jobben sin. Likevel skal ikke denne makten misbrukes på noen måte (Pfeiffer, 2007).

I følge YER skal sykepleien bygge på barmhjertighet, respekt og omsorg i forhold til menneskerettighetene. Vi skal hele tiden arbeide kunnskapsbasert og grunnlaget vårt skal være respekt for hvert enkelt menneske og dets verdighet. Vi skal også være klar over at tjenestene vi gir reguleres av lovverk. Sykepleien skal være helhetlig og pasientens rett til medbestemmelse skal være sentral (NSF, 2011).

3.9 Egostyrkende sykepleie

Det som ligger til grunn i prinsippene til egostyrkende sykepleie er det moderlige –og faderlige prinsipp. Når vi snakker om det moderlige prinsipp er det et symbol for en beskyttende base hvor kontinuitet, trofasthet og kravløshet er av stor betydning. Det faderlige prinsippet er et symbol på å få pasienten til å utfordre seg selv til å møte verden og lære nye ting. Ved hjelp av dette prinsippet skal pasienten kunne bli mer kraftfull, utvikle seg og klare å påvirke i ulike situasjoner (Strand, 1990).

Vi valgte ut to av de ti prinsippene, siden disse var mest relevant i forhold til problemstillingen.

Kontinuitet og regelmessighet – For å vise pasienten at du er interessert er kontinuitet og regelmessighet viktig. Det danner et grunnlag for en allianse mellom pasient og sykepleier, og gir forholdet en mulighet til å utvikle seg. Ved hjelp av kontinuitet og regelmessighet har sykepleieren en mulighet til å vise pasienten at avtaler blir holdt, og at vi som sykepleiere er til å stole på. Det hele går ut på at vi skal vise pasienten gang på gang at vi stiller opp og er til å regne med. I tillegg er kontinuitet og regelmessighet viktig for å kunne kartlegge og observere pasienten over tid, bli godt kjent og for å ha bedre forutsetninger for videre oppfølging av pasienten (Strand, 1990).

Verbalisering – Det er ønskelig at pasienten selv skal kunne sette ord på følelser, opplevelser, tanker, konflikter og sammenhenger. Vi som sykepleiere skal hjelpe pasienten til å klare å sette ord på disse tingene. Det kan mange ganger være verre å ikke kunne få satt ord på disse følelsene eller opplevelsene. Det pasienten ønsker å formidle kan være noe helt annet enn det han eller hun faktisk sier, da er det vår oppgave og prøve å forstå hva pasienten egentlig mener. Vi må bruke de gyllende øyeblikkene for å få til dette, siden det ikke alltid er slik for

alle at det er best å sette ord på alt. Vi må være gode lyttere og stille riktig spørsmål tilbake for å få pasienten til å få fram det budskapet han eller hun egentlig har (Strand, 1990).

3.10 Nonverbal kommunikasjon

Nonverbale uttrykksformer avslører ofte ens egne reaksjoner, og også reaksjoner som kan være halv- og ubevisste for en selv. En stor del av vår kommunikasjon er nonverbal, slik som rynker i pannen, ivrige nikk, hvordan en prater og gestikulering av hender. Det kan være så mye. I møte med pasienter med demens er det viktig å ha fokus både på det verbale språket og det man sier med kroppen. Det er viktig å være bevisst egen holdning, og at kroppen bekrefter det verbale språket. Ellers vil kommunikasjonen bli vanskelig, og situasjonen kan bli forvirrende for en pasient med demens. Med kongruens mener man at man sier det samme med det verbale språket som med kroppen, og med inkongruens mener man at det ikke er sammenheng mellom det verbale språket og med kroppen (Eide & Eide, 2013).

Vi har seks nonverbale kommunikasjonsferdigheter som kan sammenfattes i seks hovedpunkter; ha øyekontakt, ha en åpen kroppsholdning, lene seg frem mot den andre, følge den andres utsagn ved forstående nikk, være avslappet, naturlig og vennlig i stemme og bevegelser og å la ansiktet uttrykke ro, tilstedeværelse og interesse (Eide & Eide, 2013).

4.0 DRØFTING

Her drøfter vi sykepleierens ansvar og andre teoretikere i forhold til utfordringer ved smertelindring hos pasienter med demens. I drøftingen har vi valgt å ta utgangspunkt i Travelbees interaksjonsteori. I problemstillingen vår står det hvilke utfordringer vi som sykepleiere står ovenfor ved smertelindring hos pasienter med demens. Vi valgte smertelindring i stedet for smertekartlegging i problemstillingen, fordi vi ser på god nok smertekartlegging som en av de største utfordringene ved smertelindring. Vi starter med en mer detaljert beskrivelse av situasjonen i caset som vi vil bruke aktivt gjennom drøftingen.

Du går inn til pasienten om morgenen for å tilby hjelp til morgenstell. Pasienten sover tungt, men våkner til når du forsiktig sier god morgen. Du småprater litt med pasienten, og tilbyr deg å hjelpe pasienten til badet slik at hun er klar for en ny dag. Pasienten takker ja til hjelpen, og blir villig med. På vei til badet støtter pasienten seg tungt til armen din, og du ser hvor vanskelig pasienten har for å gå. Hun halter og har en skjev kroppsstilling. I mens pasienten er på toalettet, venter du tålmodig utenfor døren. Pasienten sier ifra at hun er klar for å få litt hjelp. Du kommer inn igjen og ser pasienten er sliten etter den lille turen fra senga til toalettet, og du ønsker å hjelpe. Pasienten ønsker å sette seg, og du tilbyr en stol. Vaskeklut og såpe blir funnet fram, og du gir kluten til pasienten. Et slitent ansikt ser på deg, men likevel tar hun imot kluten og vasker seg i ansiktet, hun gir så kluten tilbake. Ingen ord blir sagt, men du skjønner at hun vil ha hjelp til resten. Etter vask og påkledning ønsker pasienten igjen en hvil. Før frokost vil hun ta en hvil i stolen, og du følger henne bort. Igjen ser du hvor vondt hun har for å gå, og du støtter henne opp for å gjøre det lettere.

Hva tenker du når du leser dette? Det første som faller oss inn er hvor tydelig vi kan se på hele kroppen hennes at hun har smerter, det må da være plagsomt og slitsomt? Selv sier ikke pasienten et ord om det. Hvorfor sier hun ingenting? Smerter kan jo være så mye, både fysisk, psykisk, sosial, kulturell eller åndelig/eksistensiell smerte (Helsedirektoratet, 2015).

Hvis vi først skal gå inn på smerter er det ifølge teorien signaler som sendes fra smertereseptorer i vevet til sentralnervesystemet. Det er vanskelig å fastslå hva som er den konkrete forklaringen på hva smerte er, for hver enkelt person har sine erfaringer og opplevelser av smerte (Nortvedt & Nordtvedt, 2001). I tillegg kommer utfordringer som følger med i denne pasient gruppen. I følge forskningsartikkelen «Smertekartlegging og

smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer» (Lillekroken & Slettebø, 2013), sier de noe om at en stigende alder øker forekomsten av sykdom og skader. Vi snakker om en pasientgruppe som ofte har multidiagnoser, og i tillegg til dette har vi utfordringer knyttet til at pasienten har redusert hukommelse, svekket språkbeherskelse og manglende refleksjonsevne (Husebø, 2009). Det kan gjøre smertediagnostikk og behandling krevende (Lillekroken & Slettebø, 2013). Hvis vi setter dette i sammenheng med at i løpet av 25 år vil antall personer med demens fordobles, hva kan vi gjøre for å hjelpe denne pasientgruppen?

Hvis vi lister opp utfordringene, vil nok arbeidet med å gjøre noe bedre stoppe opp. Vi ser i forskningsartikkelen «Smertebehandling til personer med langtkommen demens» (Jenssen et al., 2013) at det er mye prøving og feiling i smertebehandlingen til pasienter med demens. I tillegg forsterkes problemene rundt dette temaet av manglende faglige basiskunnskaper, manglende spesifikke kunnskaper om demenssykdom, samt manglende samarbeid innad i helsefaggruppen. Dette resulterer i at smertebehandlingen kan bli tilfeldig med både over- og underbehandling (Jenssen et al., 2013). Er det nødvendig at det skal være slik? Vi ønsker at det skal være litt mer åpenhet rundt denne problematikken. Vi bør kunne innrømme våre mangler og være åpne for endringer, som vil gjøre hverdagen bedre for denne pasientgruppen.

Vi som jobber innenfor helsevesenet har både lover og YER vi skal følge, disse er til nettopp for å sikre pasientene helsehjelp og at følgene av hjelpen skal være en bedre hverdag. I helsepersonelloven (1999) står det spesifikt at vi skal utføre vårt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Lovdata, 1999). Vil det ikke da si at vi unngår denne loven litt når vi ikke tar tak i dette problemet? Vi er kjent med at situasjonen til denne pasientgruppen ikke er optimal, fordi mange ser på pasienter med demens som utfordrende. I YER kapittel 2 om sykepleieren og pasienten står det at det er sykepleieren som skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011). Dette gjelder alle pasienter, også pasienter med demens, og god og riktig smertebehandling er en del av helhetlig omsorg. Vi tror ingen ønsker at pasienten de behandler og hjelper skal ha det vondt, derfor bør vi vel alle bidra til en endring for at smertekartleggingen og smertelindringen skal bedres? Pasienter som ikke blir smertelindret vil ha mye plager, og det er vårt ansvar som sykepleiere at de får den behandlingen de har behov for og krav på.

4.1 Smertekartlegging

For å knytte smerte og demens opp imot hverandre vil vi starte med å kartlegge smertene til Liv. Det er kjent fra casen at Liv har vaskulærdemens som følge av et hjerneslag, artrose i begge knær og hofter, revmatoid artritt og tinnitus. Det som kan gjøre at Liv har smerter er at hun har artrose i knær og hofter. Dette har gitt henne en spesiell gange. Det er godt kjent at artrose kan gi sterke smerter, fordi brusken i leddene er slitt ned. Det gir også stivhet og bevegelsesvansker (Helsenorge, 2015). I tillegg har hun revmatoid artritt som også gjør leddene stive, smertefulle og hovne (Helsebiblioteket, 2015). Tinnitus kan føre til hodepine, muskelplager og spenninger i kroppen på grunn av stressbelastningen, det kan også gi søvnproblemer og psykiske belastninger og plager (Helsenorge, 2013). Som vi fort kan se her er det vanskelig å kunne si hva som gir Liv de smertene hun har akkurat nå, hele sykdomsbildet er sammensatt og består av forskjellige diagnoser som kan gi smerter. I tillegg har Liv vaskulærdemens som gjør det vanskelig for henne å verbalt gi uttrykk for smerter, hvor hun har smerter og hvordan type smerte hun har. Det blir derfor en utfordring for oss å kartlegge smertene hennes godt og gi riktig behandling i samråd med lege.

En av metodene vi kan bruke for å kartlegge smertene til Liv, er å observere smerteatferd. Vanlig atferdsmessige reaksjoner ved akutt smerte kan, som sagt tidligere, være at pasienten fokuserer på smerten, har smerten som samtaletema, gråter og ynker seg, berører stedet der smerten er, har muskelspenninger som øker, rynker pannen og lager andre former for grimaser (Berntzen et al., 2015). Dette er tegn vi lett kan se hos Liv. Livs halting er et tydelig tegn på smerte og hun berører ofte stedet hun har smerte. Dersom smertene er kroniske vil denne atferden avta med tiden, og pasienten vil ikke lenger uttrykke seg om smertene på samme måte lenger. De vil vanligvis ha normal nattesøvn og ansiktet vil ikke lenger uttrykke smerte på samme måte som før. Dette er fordi pasienten blir vant til å ha smerter, og velger derfor å ha fokus på andre ting enn akkurat smerten (Berntzen et al., 2015). Vi vet ikke om smertene Liv har er kroniske eller akutte, men mest trolig har hun kroniske smerter som har en akutt forverring i en aktiv periode. Pasienter med smerter er ofte stresset, og hvis vi ser i caset er Liv en del urolig. Dette kan også være et uttrykk for smerte.

Det har blitt forsket mer på hva smerte er og hvordan den kan lindres. Dette fører til at sykepleiere har mer forskning å gå etter når vi skal jobbe kunnskapsbasert. Ved å bruke forskningen aktivt i praksis, vil vi kunne redusere eller unngå tilfeldig behandling siden vi har

faglige argumenter for hvorfor vi gjør som vi gjør (Berntzen et al., 2015). Likevel kan vi ikke glemme at det er en selv som vet hvor og hvordan smerten er. Hvis vi ikke klarer å måle tegn på smerte hos pasienten, hvordan kan vi da vite om pasienten har smerter eller ikke?

Sykepleiere kan komme i veien for riktig smertebehandling ved å tvile på pasientens smerte. Det faller oss alle helt naturlig å ta utgangspunkt i egne erfaringer med smerte, og vi bruker den erfaringen når vi kartlegger og behandler smerte hos pasienten (Berntzen et al., 2015). Hvordan kan vi klare å vite akkurat hvor vondt pasienten har det? Hvor vondt Liv har det når vi ikke engang kan måle smerten helt riktig. Vi har alle våre egne måter å uttrykke smerte på, og det er noe vi alltid må ha i bakhode når vi skal kartlegge og smertelindre pasienter (Berntzen et al., 2015).

I følge Lee, McConnel, Knafl & Algase (2015) er det mulig å spørre pasienter med demens om enkle spørsmål i forhold til smerte. Du kan spørre for eksempel ”har du vondt?”, dette er et kort ja eller nei-spørsmål som pasienten kan klare å ta stilling til. Det som kan bli vanskeligere for pasienten er oppfølgingsspørsmål eller å bli spurt om det samme flere ganger. I studien kom de frem til at pasientene som ble spurt ikke hadde så stor grad av smerte, dette er avvikende fra annen forskning der de har kommet fram til at pasienter med demens har mer smerter enn de klarer å gi uttrykk for. Lee et al. (2015) kom frem til at det trengs flere metoder for smertekartlegging ut ifra hvilken grad av demens pasientene har. Dette stemmer overens med det vi tenker om utviklingen av smertekartlegging blant pasienter med demens.

Heldigvis finnes det flere observasjonsskjemaer for smerteatferd, men det har kommet frem at disse instrumentene har begrenset klinisk anvendbarhet ved alvorlig demens. Slik som Edmonton Symptom Assessment System - r (ESAS-r) og andre smerteskalaer (visuell numerisk skala, visuell analog skala, verbal skala og ansiktskala) (Berntzen et al., 2015). Dette er som sagt gode verktøy for å kartlegge smertene hos pasienter, men ikke til pasienter med demens. Det ble derfor utviklet et nytt evalueringsinstrument i 2009 for smertekartlegging hos pasienter med demens, MOBID – 2. Dette er et verktøy som vil være mulig å bruke for å kartlegge smertene til Liv. MOBID-2 legger vekt på pleiepersonalets observasjon av smerteatferd, og den er laget for hverdagsituasjoner til pasienter i sykehjem (Husebø, 2009).

Vi stiller likevel spørsmålstegn ved at helsepersonellet skal tolke pasientens grad av smerteintensitet slik som det skal gjøres i MOBID-2. Tolkninger kan skje på bakgrunn av egne erfaringer av smerte som kanskje ikke stemmer overens med pasientens smerteopplevelse eller tegn til smerte. Som Berntzen et al. (2015) skriver kan disse tolkningene og mangel på registrerte tegn til smerte føre til at vi kommer i veien for smertebehandlingen. Vi er derfor nødt til å være bevisst våre egne holdninger til pasientens smerte når vi skal bruke MOBID-2. I YER kapittel 2 står det også at et av ansvarene sykepleieren har er å lindre lidelse (NSF, 2011). Husebø (2009) hevder at studien ”Smerteevaluering ved demens” viser at MOBID-2 kan gi valide skåringer knyttet til intensitet av smerte i muskel- og skjelettsystemet hos pasienter med demens. Personer som brukte instrumentet kjente pasienten og hadde fått innføring i bruk av det.

I forskningsartikkelen til Kunz, Scharmann, Hemmeter, Schepelmann & Lauenbacher (2008), står det om ulike uttrykk i ansiktet som kan bli brukt for å kartlegge smerter. Dette kan også være et godt verktøy å bruke dersom det blir brukt riktig. I studien ser de på ansiktsuttrykket til pasientene mens de påfører ulike typer smerte for å se hvordan de reagerer og analyserer det med Facial Action Coding System (FACS). De kunne se at pasientene med demens uttrykte smerter mye sterkere enn den friske gruppen. FACS er basert på anatomiske analyser av ansiktets muskel bevegelser, og inneholder 44 forskjellige muskelbevegelser som ansiktet kan ha. De valgte ut noen få punkter de mente var mest rettet mot smerte; heving av øyenbryn, nedsynkning av øyenbryn, sammentrekning av skuldermuskler, klemme sammen øya/myse, blinking, åpne munnen og heve kinna (Kunz et al., 2008). Kanskje dette er en bedre mulighet enn å bruke MOBID-2? Her er det ingen som skal tolke noe, det er rett og slett et datasystem som leser av ansiktet ditt. Det står ingenting i artikkelen om hvorfor ikke FACS er så kjent eller mye brukt, men vi kan tenke oss at dataprogrammet som blir brukt er dyrt å utvikle. I tillegg kan det være veldig dyrt å kjøpe inn for institusjoner, noe som kan medvirke til at det ikke blir brukt. Det krever ressurser for å lære programmet slik at det er anvendbart i praksis. Bør dette være en hindring?

For at alle disse kartleggings skjemaene skal fungere for Liv, er det noe som er helt vesentlig for at det skal ha en virkning. Vi må observere, dokumentere og evaluere. Det er vår oppgave å observere etter gitt smertebehandling selv om det er legen som har ordinert medisinen, for vi skal se etter både virkninger og bivirkninger. Det skal rapporteres til lege, og vi skal dokumentere i pasientens journal. I journalen skal vi dokumentere pasientens opplevelse av

smerte, hvilken behandling vi har gitt og effekten av behandlingen. Det er kun fakta som skal stå i rapporten for at den skal være valid for andre å bruke, vi skal ikke anta eller tolke (Berntzen et al., 2015).

4.2 Sykepleierens ansvar

Som sykepleiere i en slik situasjon som er beskrevet i casen er det vårt ansvar å få kartlagt smertene godt, slik at Liv kan få riktig smertebehandling. Vi har også mulighet til å få hjelp av medarbeiderne våre for samarbeide og gjøre en god kartlegging (Pfeiffer, 2007). Det er viktig at vi ser til at den som skal hjelpe til med smertekartleggingen kjenner Liv godt, i tillegg til at vi skal se til at det ikke blir for mange pleiere som bidrar i smertekartleggingen. Dette vil gjøre det uoversiktlig og det kan bli vanskelig for oss som sykepleiere å få inn all den informasjonen vi bør ha. Vi så i praksis hvordan sykepleieren var god på kontinuitet. Hun ga ikke for mange pleiere ansvar om å hjelpe til dersom det var endringer hos pasientene som måtte observeres, men hun ba kanskje 2-3 om hjelp slik at de jobbet i et team for å få til en god oppfølging. Dette var også 2-3 av de pleierne som kjente pasienten godt. Kan dette være overførbart til samarbeid om smertekartlegging også? Husebø (2009) skriver at de gjorde undersøkelsen med pasienter og pleiere som kjente pasientene godt. Her kommer også det med kontinuitet og regelmessighet inn. Både i forhold til å etablere et forhold og en allianse med pasienten og at det blir en kontinuitet og regelmessighet for oss som skal hjelpe. Altså at vi kjenner og ser pasienten regelmessig slik at vi lettere kan se forandringer. Det å etablere dette forholdet og en allianse med pasienten kan være en utfordring blant denne pasientgruppen. Det kan hende vi må etablere dette på nytt hver gang vi møter Liv fordi hun har glemt oss, men vi mener at dersom dette er tilfelle må vi ikke gi opp å bli kjent med pasienten på ”nytt” hver gang vi møter henne. Er det det som må til, så må vi gjøre det. Vi skal uansett holde avtaler og stille opp for pasienten hele tiden, selv om den kanskje ikke husker det. Pasientene skal kunne stole på oss, selv om de ikke har forutsetninger for å huske alt (Strand, 1990).

Sykepleieren har også et ansvar for å veilede og støtte medarbeidere. Vi har ansvar for at medarbeiderne våre gjør en god jobb og gir riktig behandling og pleie til pasientene, her kommer sykepleierens pedagogiske og veiledende funksjon inn. Det er vårt ansvar å informere medarbeidere om vurderinger som er gjort og tiltak som er blitt iverksatt. Tiltakene vi iverksetter skal basere seg på forskning, erfaringer og brukerkunnskap. Slik står det også i

YER at sykepleie skal utøves, det skal bygge på nettopp forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (NSF, 2011). Dette er vurderinger vi må gjøre når vi skal iverksette nye tiltak og evaluere de, bruke forskning, erfaringer og brukerkunnskap for å kunne ha faglige argumenter for hvorfor vi velger å iverksette akkurat disse tiltakene. Videre sier de YER at vi personlig har et ansvar for de valgene vi tar, vi skal sørge for at de er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. I Liv sin situasjon kan vi spørre oss selv om det er forsvarlig å bare prøve ut om det hjelper med mer medikamenter. Det har ikke blitt gjort en ordentlig kartlegging som tilsier at medikamenter vil hjelpe, men velger vi kanskje den letteste løsningen? Det blir akkurat som Jenssen et al. (2013) sier i forskningsartikkelen sin, det er mye prøving og feiling i smertebehandlingen til pasienter med demens. Noe som resulterer i både over- og underbehandling som sagt tidligere.

Selv om det er legen som ordinerer medikamentene til pasienten, er det vi som gir ut medisinen til pasienten. I YER står det at sykepleieren skal erkjenne sin grense for egen kompetanse, og praktisere innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (NSF, 2011). Vi kan være enige om at det er en vanskelig situasjon slik som situasjonen til Liv er. Det gjelder egentlig for hele denne pasientgruppen, så hva kan vi gjøre for å skape en endring? Slik at vi med begge bena på jorda kan si at vi både har fulgt lovverket og de YER. Hva er hensikten med lover og retningslinjer dersom vi ikke klarer å følge de på en god måte? De er laget for å sikre god behandling til pasienten, og at den behandlingen vi gir er forsvarlig. Det er vårt ansvar som sykepleier. Hver enkelt person vil tolke lovverket på sin måte og handle deretter i tråd med faglig kompetanse, men det som er nødvendig er at alle sykepleiere er klar over hovedbudskapet i lovverket og forholder seg til det.

Når vi ser i helsepersonelloven (1999) i kapittel 1 om lovens formål, så står det tydelig at den skal bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenester samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Vi er lovpålagt å følge dette. Ved å bruke uniform, skaper dette automatisk en assosiasjon for pasienter vi møter. Vi ønsker at det skal være assosiert med tillit og god kvalitet i de tjenestene vi tilbyr. Likevel må vi bruke skjønn i visse situasjoner, fordi det er noen situasjoner som faller litt utenfor lovverket. Det er da det er viktig for oss at vi har faglige argumenter for hvorfor vi gjør som vi gjør, slik at vi er sikre på at vi jobber kunnskapsbasert. I følge kapittel 2 i helsepersonelloven (1999), står det at vi skal utføre vårt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet. I tillegg ut fra omsorgsfull hjelp som kan forventes av helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for

øvrig. Vi må være gode faglige utøvere, slik at det vi gjør for pasienten er forsvarlig. Hvis vi ikke har nok av den kunnskapen som pasienten trenger for å få god pleie, må vi hente inn bistand eller henvise pasienten videre. Vi kan også jobbe tverrfaglig for å oppnå god kvalitet i pleien til pasienten (NSF, 2011).

4.3 Bruk av kommunikasjon og sykepleieteorier – verktøy

Vi valgte holistisk tilnærming som menneskesyn, fordi vi syntes denne tilnæringsmetoden var den beste i møte med Liv. I en holistisk tilnærming så innebærer det at pasienter må betraktes som medmennesker, og likeverdige samarbeidspartnere når deres helsemessige problemer skal løses (Odland, 2014). Hvis vi forholder oss til pasienter som et objekt eller en ting, vil det ikke kunne danne seg en god arbeidsallianse. Vi tenker også at helsepersonell som ser på pasienter som et objekt eller ting, ikke har kunnskapen nok til å møte pasienten riktig. Det er her vi må være flinke til å bruke YER. Det står i kapittel 4 sykepleierne og medarbeidere, at sykepleieren skal fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold (NSF, 2011). Sykepleieren er en faglig leder, som har ansvar for å gi alt helsepersonell faglig støtte. Vi må se når annet helsepersonell trenger hjelp i forhold til det faglige, slik at pasientene får riktig og best mulig pleie (Pfeiffer, 2007).

Ved å møte Liv på en god måte med nok egen faglig bakgrunn, vil pasienten oppleve at hun blir bekreftet som et likeverdig medmenneske. Det kan da bli opprettet en god relasjon, og de helsemessige problemene som skal løses, kan bli løst (Odland, 2014). De helsemessige utfordringene er ikke bare én ting, men mange faktorer som er sammensatt og henger sammen. Det er derfor viktig å ha fokus på hele mennesket.

Selv om Liv har vaskulær demens, er det viktig at autonomien hennes blir ivaretatt. Det kan hende hun ikke forstår alt som blir sagt og gjort, men hun har likevel rett på informasjon om sin helsetilstand og diagnose (Brinchmann, 2014). I journalen hennes sto det at hun ikke hadde samtykkekompetanse, noe det står ganske mye om i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Det går ut på at vi som gir helsehjelp kan ta avgjørelser for pasienten om helsehjelpen er av liten inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet. Likevel kan vi som gir helsehjelp også gi helsehjelp som er av enda større karakter, hvis vi tror at pasienten hadde ønsket det. I en slik situasjon som Liv er i, med tanke på at hun bor i en institusjon, innebærer det at lege og sykepleiere tar avgjørelsene om behandlinger. Det er viktig at vi tar vare på

pasientens autonomi, og informerer henne hvis det er noen endringer. Til denne pasientgruppen er det nødvendig å vurdere ut fra pasienten hvor mye informasjon han eller hun skal ha.

I teorien til Martinsen ser hun på hvordan man på best mulig måte kan ivareta pasientens autonomi. Når det står mellom pasientens autonomi eller selvbestemmelse og paternalisme eller formynderholdning, ønsker hun at det skal brukes svak paternalisme. Det går ut på at sykepleieren skal bruke faglig merforståelse for å hjelpe pasienten, ved å for eksempel la pasienten slippe å svare på vanskelige spørsmål som de ikke har forutsetninger for å ta stilling til. Dermed bruker sykepleieren sin fagkunnskap til å ta avgjørelser som gagnar pasienten på best mulig måte (Kirkevold, 1992). Det kan være lett i denne situasjonen å "glemme" den medmenneskelige biten, eller er det kanskje akkurat her vi bruker den? Ved å la pasienten slippe å ta avgjørelser som hun ikke mestrer, sørger vi for at slike utfordringer blir unngått ved å bruke svak paternalisme. Det er kanskje akkurat her vi styrker relasjonen med pasienten. Vi tenker at i visse gitte situasjoner vil svak paternalisme være et godt redskap for å styrke relasjonen med pasienten, og noe som vil sørge for en mestringsfølelse hos Liv og hos sykepleieren.

I velgjørenhetsprinsippet og ikke – skade prinsippet kommer det klart frem fra legeeden til Hippokrates «Jeg vil etter evne og beste skjønn gi forskrifter om livsførsel til gagn for de syke, og jeg vil verge dem mot slikt som føre til skade og urett» (Brinchmann, 2014, s. 87). Dette gjelder ikke bare for leger, men også for oss som sykepleiere. Sammen skal legene og sykepleierne handle godt for pasientene, og sørge for å beskytte de mot dårlig behandling eller omsorg som kan være til skade. Hvordan kan vi påstå at vi holder dette "løftet" når det er så mye prøving og feiling i smertekartlegging av pasienter med demens? Vi som sykepleiere er med på å bryte dette "løftet" selv om vi må følge legen sin forordning.

Det er kanskje her pliktetikken spiller en viktig rolle. Vi føler at vi *bare* må gjøre noe. For hvis vi handler korrekt ut i fra pliktetikk, handler vi i overensstemmelse med visse plikter uansett konsekvensene (Brinchmann, 2014). Men skal dette gå ut over pasienten? Bør det ikke allerede ha blitt gjort mer enn å lage MOBID-2 skjemaet? For ja, vi gjør jo noe for å bedre helsesituasjonen til denne pasientgruppen ved å bruke dette skjemaet. Men når vi vet at det kan ha noen fallgruver, hvordan kan vi være så sikker i våre handlinger da?

De teoretikerne vi har valgt ut, har alle også et fokus på et jeg – du forhold mellom sykepleieren og pasienten. Det kan da knyttes sammen med en holistisk tilnærming. Vi er enig i at et jeg – du forhold må være grunnlaget for å utøve god sykepleie. Selv om vi ikke helt kan sette oss inn i hva pasienten går igjennom, kan vi likevel prøve å forstå noe. Dette mener Travelbee er en sentral del av å være sykepleier, det å ha empati for pasienten og dens situasjon. Dette er mulig når vi har et jeg – du forhold med pasienten. Det er vi som sitter med kunnskapen om hva som kan hjelpe pasienten, men det er uansett viktig å lytte til hva pasienten sier (Kirkevold, 1992). Selv om vi ikke alltid forstår sammenhengen med hva Liv sier, er det viktig at vi prøver å forstå hva hun egentlig mener. Kommunikasjon handler ikke bare om det som blir sagt verbalt, vi bruker også det non-verbale språket hele tiden. Det kan være slik som heving av øyenbryn, et smil, gestikulering med armene og mye mer (Eide & Eide, 2013). FACS er et system som kan bli brukt her for å kunne analysere det non-verbale språket til pasienten. Vi må derfor være gode lyttere for både det verbale og det non-verbale språket til Liv og prøve å forstå meningen, og da kanskje bruke FACS som et hjelpemiddel. Kari Martinsen ser også på sykepleier og pasient som to individer som utvikler et forhold. Dette vil si at både Martinsen og Travelbee mener sykepleier og pasient er likestilt som to mennesker. Titler på mennesker skal ikke komme i veien for å utvikle et godt samarbeid og forhold mellom individene (Kirkevold, 1992).

Travelbee er opptatt av det mellommenneskelige aspektet i sykepleien. Hun mener vi må forstå hva som foregår mellom sykepleier og pasient, for å kunne skjønne hva sykepleie er og eventuelt bør være. Hun sier videre at sykepleieren skal hjelpe til med mestring av sykdom eller lidelse, og eventuelt hjelpe pasienten å finne mening i en slik situasjon (Kirkevold, 1992). Martinsen mener at omsorg er det mest fundamentale i sykepleie og beskriver det som når mennesker blir avhengig av andre på grunn av sykdom, lidelse eller funksjonshemming (Kirkevold, 1992). Når utviklingen av sykdommen har kommet så langt som hos Liv, er det kanskje lett å lure på om det lenger er vits i å finne mening i sykdomssituasjonen? Det er her god sykepleie kommer inn. Vi må se det på en annen måte enn hva som er tenkt i teoriene, men det kan trekkes sammenhenger. I interaksjonsteorien til Travelbee er hun opptatt av hvordan mennesket kan oppleve mening med livet og sykdommen (Kirkevold, 1992). I denne pasientgruppen vil det heller være å finne mening med situasjonen akkurat her og nå. Personer med demens lever i nuet og vi må derfor hjelpe de til å oppleve mening og mestring i øyeblikkene. Det er vi som kan avgjøre om det er vits å finne mening i sykdomssituasjonen til Liv, men som Martinsen sier skal vi være bevisst hvor mye ansvar vi skal ta i omsorgen til

pasienten. Som sykepleiere sitter vi på ganske mye makt over andre, og vi må kunne bruke denne riktig. Det er ifølge Martinsen viktig å tenke på solidaritetsprinsippet når vi håndterer en slik makt (Kirkevold, 1992). Derfor tenker vi det er nødvendig at vi bruker fagkunnskapen vår til å håndtere makten på en riktig måte, slik at vi kan hjelpe Liv på best mulig måte til å oppleve mening og mestring i hverdagen.

Benner og Wrubel sier også noe i forhold til mestring og mening. De mener at mennesker ikke kan velge fritt hvilken mening de ønsker å oppnå med en sykdomssituasjon, noe vi for så vidt er enig i. Vi tenker at meningen må komme frem naturlig og at det ikke er noe mennesket kan tvinge frem. Da ville det være lett å takle ulike situasjoner med sykdom og lidelse, dersom mennesket kunne velge hvilken mening situasjonen skulle gi de. Videre sier Benner og Wrubel at opplevelsen av mestring i disse situasjonene vil være avhengig av erfaringer mennesket har fra tidligere. Da vil det også ha noe å si om mennesket ble mer sårbar eller sterkere sist gang (Kristoffersen, 2012). Det er også som nevnt i Martinsens teori at vår oppgave som sykepleiere er å hjelpe mennesket til å mestre sykdommen, lidelsen eller tapet, i tillegg til å finne mening (Kirkevold, 1992).

Noe vi alltid skal tenke på i møte med denne pasientgruppen er at pasienten ikke *er* dement, men *har* demens. Dette var noe sykepleieren på dementavdelingen sa til oss i praksis og som vi bet oss merke i. Vi synes dette var godt sagt av den grunn at pasienten ikke er sykdommen sin, men har en diagnose. Selv om personen har fått påvist en demenssykdom, har ikke følelsene fått demenssykdom. Tenk hvordan det ville føles om mennesker rundt deg pratet og behandlet deg som en helt annen person? Vi sier ikke at det er slik alle behandler personer med demens, men det er viktig å huske på denne måten å tenke på rundt denne pasientgruppen. Pasienten har følelser, pasienten ser og opplever fortsatt ting som skjer. Respekt for pasienten er viktig. Å hjelpe pasienten å finne glede og mening i øyeblikkene i en slik frustrerende situasjon er givende. Dette erfarte vi da vi var på dementavdelingen også, de små gledene kan utgjøre en stor forskjell for pasienten i øyeblikket. Pasientene kan fortsatt ha dager hvor de er sur, lei seg, oppgitt, trist og glad. Benner og Wrubel mener at man alltid må møte pasienten der han eller hun er, og ikke der vi ønsker at han eller hun skal være (Kristoffersen, 2012).

Som vi ser videre i Travelbee sin teori, stemmer det vi tenker med hvordan hun oppfatter forholdet mellom sykepleier og pasient. Hun mener at hvis vi bruker begrepene pasient og

sykepleier, fjerner det de spesielle sidene ved mennesket som sagt tidligere. Hun trekker også frem hvor viktig det er å finne mening i situasjoner, og dersom mennesket føler seg til nytte for noe eller noen vil dette gi betydning til livet (Kirkevold, 1992). Hva så om det ”bare” har å gjøre med hvilken genser pasienten har lyst å bruke den dagen? Hvis det kan gi pasienten mening og mestring å velge hvilken genser han eller hun vil ha på seg, er det helt riktig at pasienten skal få velge dette selv. Det handler om å finne mening i alle situasjoner pasienten er i, og bruke de gyldne øyeblikkene.

Den israelske professoren i medisinsk sosiologi, Aron Antonovsky, har forsøkt å identifisere faktorer som virker helsefremmende. Han er opptatt av hva som er årsaken til at enkelte mennesker er i stand til å opprettholde sin helse til tross for at de er utsatt for omfattende og sterke påkjenninger (Kristoffersen, 2012). Selv om kanskje ikke Liv er klar over at hun er utsatt for noe omfattende, er vi klar over hennes situasjon. Det er vi som da må være en hjelpende rolle for å opprettholde Liv sin helse best mulig. Antonovsky publiserte teorien om salutogenesen, og teorien består av tre sentrale begrep; forståelighet, håndterlighet og meningsfullhet. Meningsfullhet er det vi ønsker å oppnå for å gi Liv god livskvalitet. Det innebærer å føle at livet har en verdi i seg selv. En sammenheng mellom de tre begrepene gir oversikt, kontroll og overskudd, og det er gjennom disse tre begrepene vi utøver god sykepleie for Liv (Kristoffersen, 2012). Ved å sørge for at pasienten opplever meningsfullhet i hverdagen, gir det en følelse av kontroll og overskudd.

Vi tenker at for å videre kunne hjelpe Liv med å oppnå en bedre hverdag, er det mye som kan gjøres annerledes. Det er ikke alltid det skal så mye til for at pasienten har det bedre. Som sagt tidligere, hva med å la pasienten bestemme hvilken genser han eller hun vil ha på seg? Du trenger ikke gjøre det vanskelig for pasienten ved å dra frem 10 forskjellige, men ta frem to. I denne forbindelse er det viktig å tenke på hvilken uro og forvirring det kan skape for Liv dersom vi gir henne for mye å velge i. Hun kan blant annet oppleve at hun ikke mestrer å ta dette valget og det kan skape en psykisk smerte, dersom vi presser henne til å ta valg med for mange valgmuligheter som hun ikke mestrer. Hun kan rett og slett føle seg udugelig på et vis, dette er også noe vi kan kjenne oss igjen i. Hvis det er noe vi ikke får til vil det automatisk gi en følelse av å ikke duge, og dette er ingen god følelse. Det handler også om å ta vare på pasientens autonomi ved å la pasienten være med å påvirke og ta valg som handler om en selv. I situasjoner hvor det blir vanskelig for pasienten å ta et valg, mener Martinsen at bruk av svak paternalisme er bra. Dette er ment for pasienter som ikke har gode nok forutsetninger

til å ta vanskeligere avgjørelser, som for eksempel kan være Liv. Hun ville kanskje ikke vært i stand til å ta en avgjørelse om hun trenger nye sko på grunn av smerter i beina, og hun er heller ikke i stand til å ta en avgjørelse om det er nødvendig å ta en grundig smertekartlegging hos henne. Derfor bruker vi vår faglige merforståelse til å vurdere dette og tar et valg, som skal være til det beste for Liv (Kirkevold, 1992).

Travelbee mener også at et kjennetegn ved en sykepleier som er profesjonell, er å kunne bruke seg selv terapeutisk. Med dette menes det at sykepleieren bruker personligheten sin i samhandling med pasienten på en bevisst og hensiktsmessig måte. Sykepleieren må være bevisst på hvordan egen atferd kan påvirke andre (Kirkevold, 1992).

5.0 REFLEKSIVE VURDERINGER

I dette kapittelet skal vi reflektere for å komme frem til en eventuell konklusjon, ved å se på drøftingen og teoridelen sammen. Vi vil dra linjer gjennom det vi har drøftet og kommet frem til, for å se om vi har kommet frem til en mulig konklusjon. Vi vil også her gjenta deler av caset og gi en mer detaljert beskrivelse.

Pasienten har nå stått på nye smertestillende litt over 24 timer. Du går inn som vanlig på morgenen for å tilby hjelp til morgenstellet. Med en gang du sier god morgen, våkner pasienten til. Etter litt småprat blir dere enige om å gå på badet. Pasienten går ikke like tungt. Du følger pasienten inn, men går ut mens hun går på toalettet. Du går for å hente noe utstyr på lintøylageret like i nærheten. Når du kommer inn på badet igjen ser du pasienten har fylt opp vasken med vann og såpe, og står og vasker seg. Hun vil verken ha støtte eller hjelp, noe som gjør at du kanskje får et litt forundret uttrykk i ansiktet. Pasienten vasker hele kroppen som om det har vært hennes hverdag den siste tiden.

Caset vårt er et godt eksempel på hvor tilfeldig behandlingen til pasienter med demens kan være. Her ble det ikke brukt noen kartleggings skjemaer i forkant, kun observasjon av pasienten som grunnlag for endring av medisiner. Heldigvis fungerte smertebehandlingen i dette tilfellet, men hvis Liv ikke hadde hatt riktig type smerte i forhold til smertebehandlingen hun fikk ville hun heller ha blitt sedert. Vi tenker at sykepleiere innenfor denne pasientgruppen er avhengig av å ha god faglig bakgrunn, og i tillegg nok erfaring for å kunne gi denne pasientgruppen det de trenger. Dette handler om kunnskapsbasert praksis med forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (NSF, 2011). Vi må ha kunnskap om sykepleieteoretikere, fordi vi ser hvilken nytte de har ved at de fokuserer på forholdet mellom sykepleier og pasient. Vi satt opp sykepleieteoretikere som et verktøy under drøftingen, og det er fordi vi mener de er nødvendige for å skape et godt utgangspunkt før vi starter med eventuell kartlegging og behandling.

Ved at vi bruker godkjente kartleggings skjemaer kvalitetssikrer vi arbeidet vi gjør, men vi er da avhengig av å ha gode verktøy. En av mulighetene vi kom frem til var innkjøp av dataprogrammet FACS. Dette kan selvfølgelig bli kostbart for institusjoner, men vi tenker at dette er et nødvendig redskap for å sikre god smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens i fremtiden. I tillegg fant vi ut at MOBID-2 er et valid verktøy å bruke

hos pasienter som ikke har en langtkommen demenslidelse. En annen mulighet kan være å videreutvikle nåværende generelle kartleggingskjemaer slik at de kan bli anvendbare til ulike grader av demens også.

Det er sykepleierens ansvar å sørge for god smertekartlegging hos pasientene, slik at det kan bli ordinert riktig smertelindring (Berntzen et al., 2015). Lover og YER sier at vi er pålagt å sikre pasientene riktig og forsvarlig behandling. I vår rolle som sykepleiere er det viktig at vi klarer å stå i våre faglige argumenter. Det er viktig at vi er tydelige i vår rolle som sykepleiere fremfor våre medarbeidere, slik at det blir en god struktur på ansvarsområder og hvem som har hvilke oppgaver i avdelingen (Pfeiffer, 2007). Dette er et av skrittene mot bedre smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens. Når vi da enten får jobbet med å utvikle nåværende kartleggingskjemaer, eller går til innkjøp av nye programmer, kan vi sørge for at behandlingen til denne pasientgruppen blir mye bedre enn hva den er i dag.

6.0 REFERANSELISTE

Berentsen, V. (2013). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold (Red.), K. Brodtkorb (Red.) & A. Ranhoff (Red.), *geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg., 5. opplag, s. 350 – 382). Oslo: Gyldendal akademisk.

Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2015). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (4. utg., 4. opplag, s. 355 – 398). Oslo: Gyldendal akademisk.

Brinchmann, B. S. (Red.). (2014). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *etikk i sykepleien* (3. utg., 3. opplag, s. 81 – 96). Oslo: Gyldendal akademisk

Brinchmann, B. S. (Red.). (2014). Pliktetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *etikk i sykepleien* (3. utg., 3. opplag, s. 55 – 66). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide H. & Eide T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Helsebiblioteket (2015). *Leddgikt – Revmatoid artritt*. Lokalisert på:

<http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/muskel-og-skjelett/reumatoid-artritt-leddgikt>

*Helsenorge (2013). *Tinnitus*. Lokalisert på: <https://helsenorge.no/sykdom/ore-nese-hals-og-munn/tinnitus>

*Helsenorge (2015). *Artrose (Slitasjegikt)*. Lokalisert på:

<https://helsenorge.no/sykdom/muskel-og-skjelett/artrose>

Helsepersonelloven, LOV – 1999 – 07 – 02 – 64. § 1 og § 4. (sist endret 2016).

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

*Jenssen, G.-M., Tingvoll, W.-A & Lorem, G.F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Sykepleien*, (3). Lokalisert på:
https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3_vitensk. artikkel smertebehandling 2406.pdf

*Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Aurskog: Ad Notam Gyldendal (199 sider).

Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *grunnleggende sykepleie bind 1 – Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., 2. opplag, s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Kunz, M., Scharmann, S., Hemmeter, U., Schepelmann, K. & Lautenbacher, S. (2008). The facial expression of pain in patients with dementia. *Research Gate*, 133(1-3), 221 – 228. Lokalisert på:
https://www.researchgate.net/profile/Stefan_Lautenbacher/publication/5895618_The_facial_expression_of_pain_in_patients_with_dementia/links/02e7e5153f3d6d878c000000.pdf

*Lee, K. H., McConnel, E. S., Knafelz, G. J. & Algase, D. L. (2015). Pain and Psychological Well – Being Among People with Dementia in Long – Term Care. *Pain Medicine*, 16, 1083 – 1089. Lokalisert på: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pme.12739/epdf>

*Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Sykepleievitenskap*, 33(3), 29 - 33. Lokalisert på:
http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/138717/Sletteb%C3%B8_2013_Smertekartlegging.pdf?sequence=1&isAllowed=y

*Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2015). *Vaskulær demens*. Lokalisert på:

<http://nasjonalforeningen.no/demens/ulike typer-demens/vaskular-demens/>

*Norsk Helseinformatikk (2014). *ESAS symptomskjema*. Lokalisert på:

<http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/skjema/esas-symptomskjema-30250.html>

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på:

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

*Nortvedt, F. & Nortvedt, P. (2001). *Smerte - fenomen og forståelse*. Oslo: Gyldendal akademisk (156 sider).

Odland, L.-H. (2014). Menneskesyn. I B. Brinchmann (Red.), *etikk i sykepleie* (3. utg., 3. opplag, s. 23 – 41). Oslo Gyldendal akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV – 1999 – 07 – 02 – 63. § 3-1, § 3-2, § 3-5, § 4-1 & § 4-6. (sist endret 2015).

*Pfeiffer, R. (2007). *Sykepleier og leder*. Bergen: Fagbokforlaget (250 sider).

*Rognsaa, A. (2015). *Bachelor oppgaven - skriveråd og regler for utformingen*. Oslo: Universitetsforlaget (183 sider).

Sneltvedt, T. (2014). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *etikk i sykepleien* (3, utg., 3.opplag, s. 97 – 116). Oslo: Gyldendal akademisk.

Solheim, K. (2010). *Demensplan 2010-2016 for Nærøy kommune*. Lokalisert på:

[http://www.naroy.kommune.no/NK/Intern.nsf/FilA/F2C96FAD09054D61C12579AE0044AC30/\\$FILE/Demensplan%202010-2016.pdf](http://www.naroy.kommune.no/NK/Intern.nsf/FilA/F2C96FAD09054D61C12579AE0044AC30/$FILE/Demensplan%202010-2016.pdf)

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet – Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Tambs, K., Strand, B. H. & Skirbekk, V. (2014). *Demens – Folkehelse rapporten 2014*.

Lokalisert på:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:110544::0:7243:3:::0:0

*Universitetet i Oslo (2015). *Utfordring*. Lokalisert på: http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=utfordring&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal

7.0 VEDLEGG

Her er de vedleggene vi har valgt ut som vi mener er nødvendig for oppgaven.

7.1 Vedlegg 1

Dette er skjemaet vi har brukt for å strukturere søket etter gode forskningsartikler.

Problemstilling:

Hvilke utfordringer står sykepleieren overfor ved smertelindring hos personer med demens?

	P	I	C	O
Norsk	Pasienter med demens Gamle på sykehjem	Smertekartlegging Egostyrkende sykepleie Smertelindring	Etikk Sykepleierens ansvar	Mestring Bedre helse Bedre hverdag Autonomi
Engelsk	Pasients with dementia Older people Nursing homes	Pain mapping Ego – strengthening nursing	Etichs	Coping Healthcare

7.2 Vedlegg 2

Vi brukte dette skjemaet for å systematisere artiklene våre og forklare hvordan vi kom fram til dem. Hvilke søkeord vi brukte for å finne de ulike artiklene, og hvordan vi avgrenset søket for å begrense treffet.

Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Anvendte artikler
Dementia pain	SweMed+. Dokumenttype artikkel.	24	Jenssen, Tingvoll & Lorem, (2013).
Pain mapping dementia	Google Scholar.	38 000	Kunz, Scharmann, Hemmeter, Schepelmann, & Lautenbacher, (2008).
Smertelindring	Google Scholar	1620	Lillekroken & Slettebø, (2013).
Dementia and pain	Helsebiblioteket, databasen CINAHL. Full tekst.	469	Lee, McConnell, Knafi & Algase (2015).
Demens og smerte	Helsebiblioteket, databasen SveMed+. Norsk artikkel og full tekst.	13	Husebø, (2009).

7.3 Vedlegg 3

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Patientens 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
Rykker 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

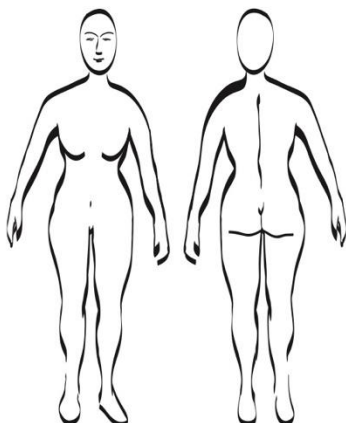
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>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

APPENDIKS

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

Smerteatferd

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



Smerteintensitet

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

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

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bettina.Husebo@isf.uib.no; Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen