

Smertebehandling til pe med langtkommen dem



■ Av Gunn-Mari Jenssen, sykepleier, høgskolelektor ved Avdeling for helsefag og samfunn, Høgskolen i Narvik



■ Av Wivi-Ann Tingvoll, sykepleier, førstelektor ved Avdeling for helsefag og samfunn, Høgskolen i Narvik



■ Av Geir Fagerjord Lore, Associate Professor, PhD Department of health and care sciences, UIT

Innledning

Risikoen for å få en demenssykdom stiger med økende alder og ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (1) er det i dag ca. 66 000 personer med demens i Norge. De fleste er over 65 år. Det antas at i år 2040 vil det være ca. 135 000 personer som har demens (1). Rundt halvparten av alle personer med demens bor i eget hjem og ca. 80 % av de personene som bor på sykehjem har en demenssykdom. Demenssykdom er progressiv noe som blant annet innebærer at personer som har denne sykdommen etter hvert kan få vansker med kommunikasjon og hos noen blir atferden forandret (2). Når demenssykdommen går over til alvorlig grad har personen en betydelig handlingssvikt og vil ha behov for god faglig omsorg døgnet rundt (3).

All smertebehandling søker å lindre pasientens lidelse. Drew Leder (4) mener at smerten påvirker pasientens livsverden der smerten blir fokuset i personens liv og opplevelsen av tid og rom opphører. Et fenomenologisk perspektiv på smerte tjener ifølge Leder (4) ikke til å forstå dens årsak, mer til å forstå hvordan smerten oppleves. Smerte må sees i sammenheng med den levde kroppen, de erfaringer vi får gjennom livet på godt og vondt er umiddelbare, og en kroppserfaring som smerter blir også en indre, subjektiv opplevelse (5). Andre har følgelig ikke tilgang til erfaringene med mindre de kommer til uttrykk gjennom smerteatferd eller språklige uttrykk.

Når den språklige evnen svikter og når kommunikasjonsevnen er redusert vil smerter kunne komme til uttrykk gjennom atferd. Slik atferds-

forandring er ikke entydige signaler og kan være slikt som tilbaketrekking, uro, vandring, flytting på ting eller sinne (6,7). Uro kan imidlertid også skyldes andre forhold som redsel, infeksjoner eller være symptom på annen somatisk sykdom. Det kan derfor være vanskelig og skille uttrykkene fra hverandre. Dette innebærer ytterligere utfordringer for pleierne som skal ivareta pasienter med demens sitt behov.

Personer med moderat til langtkommen demens har en større risiko for ikke å få god nok smertelindring (7, 8). En studie foretatt av Nygaard og Jarland (9) viser at 45-80 % av alle pasienter som bor på sykehjem har smerteplager. Forskning viser at pasienter som har en demenssykdom får mindre smertelindring enn kognitiv friske pasienter (10) noe som underbygges både av internasjonale og norske studier (11). Eldre mennesker har ofte en eller flere sykdommer som medfører smerter. Det er derfor rimelig å tro at en stor andel av pasienter med langtkommen demenssykdom plages av smerter som de ikke klarer å be om hjelp for.

Ifølge Kongsgaard, Bruun Wyller og Breivik (12) har mer enn halvparten av eldre som bor hjemme og 60-80 % av eldre på sykehjem smerter. Som et resultat av dette kan man regne med at mye av smertebehandlingene skjer i private hjem, i omsorgsboliger og i sykehjem. Nygård og Jarland (9) fokuserer på samsvaret mellom pleier og sykehjemspasienters smertevurdering og pleiers vurdering av smerter hos ikke kommunikative pasienter. Undersøkelsen viste at det er rom for å bedre registrering av smerteproblemer. God omsorg krever videreformidling av observasjoner. Nortvedt, Wiborg, Nitteberg (13) fokuserer på at

Personer ens

«Sykepleiernes erfaringer peker i retning av både over- og underbehandling.»

SMERTER: Pasienter med langtkommen demenssykdom kan ha smerter som de ikke klarer å be om hjelp til å lindre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Bakgrunn: Pasienter med demenssykdom får mindre smertelindring enn kognitiv friske pasienter. Mye tyder på at vansker med å tolke pasientenes tvetydige signaler kan være en av årsakene til utilfredsstillende smertebehandling. Denne artikkelen fokuserer på erfaringer sykepleierne hadde fra å vurdere smerter hos personer med langtkommen demens og språkvansker.

Metode: Vi intervjuet fem sykepleiere, som arbeider på sykehjemsavdelinger tilrettelagt for personer med demens. Intervjuene tok opp utfordringer for smertevurdering og kartlegging, hos personer med demens og språkvansker.

Resultat: Sykepleiernes erfaringer med smertebehandling peker i retning av både over- og underbehandling. Årsaken ser ut til å være vanskeligheter med å tolke pasientens uttrykk, manglende faglige basiskunnskaper, manglende spesifikke kunnskaper om demenssykdom samt manglende samarbeid innad i helsefaggruppen.

Konklusjon: Samarbeid innad i personalgruppen, med tilsynslegen og pårørende er sentralt for å kunne oppdage og ivareta pasientens behov for smertelindring. Helsepersonell må tilstrebe felles mål for pleien som ytes i avdelingen. Lederne må prioritere kompetanseoppbygging til personalet. Fokus på kunnskapen omkring oppfølging og behandling av smerte vil kunne gi bedre livskvalitet for den enkelte person som har en langtkommen demenssykdom.

Nøkkelord: Demens, kunnskap, smertevurdering, samarbeid, sykepleie.

Background: Patients with dementia receive less pain reducing drugs than cognitive healthy patients. Research suggests that difficulties in the interpretation of patients communications may be one of the causes of unsatisfactory treatment of pain. The present paper focuses on the experiences of nurses dealing with patient with severe dementia and language difficulties.

Method: Five nurses working at a nursing home equipped for patients with dementia were interviewed. The interviews dealt with the challenges of pain evaluation and mapping for patients with dementia and language difficulties.

Result: The study shows that the experience from nurses points towards both excessive and reduced treatment. The reasons for this seems to be difficulties in the interpretation of patients expressions, lack of necessary nursing specific knowledge, lack of knowledge related to dementia as well as lack of collaboration between the personnel working with differing aspects of treatment.

Conclusion: Improved collaboration between the nursing staff, other medical professionals and the families is essential for assessment and improved evaluation of the patients need for pain relief. All medical professionals must work towards a common goal for the treatment and care within a nursing home. Managers should focus on the education of staff. Together with improved education related to treatment and management of pain this will enable a better quality of life for patients with severe dementia.

Keywords: Dementia, knowledge, evaluation of pain, collaboration, nursing.

bruk av smertekartleggingsverktøy er med på bedre grunnlaget for tiltakene i pasientens behandlingsplan. Kartleggingen viste at sykepleierne ble mer fokusert på om pasienten hadde smerter.

Det er sykepleierne som skal identifisere, videreformidle dette til legen, igangsette forordnet behandling og vurdere effekten. Dette krever gode kunnskaper om sykdommer, demenssykdom og smertebehandling. Forskning viser at det er behov for slik kunnskap (13,14). Det er et vesentlig spørsmål om sykepleiernes vansker med å tolke pasientens tvetydige signaler kan medføre utilfredsstillende smertebehandling. Hensikten med denne artikkelen er å sette fokus på hvilke erfaringer sykepleierne hadde fra å vurdere smerter hos personer med langtkommen demens og språkvansker – og hvilke utfordringer møter sykepleierne når de skal vurdere grad av smerter til pasienter med kognitiv svikt. På den bakgrunn ønsker vi å diskutere hvilke forutsetninger som bør ligge til grunn for å styrke sykepleiernes vurderinger av behovet for smertelindring til pasienter med langtkommen demens og språkvansker.

Metode

Det ble benyttet en kvalitativ tilnærming med et fenomenologisk hermeneutisk utgangspunkt inspirert av Malterud (15). Tilnærming legger vekt på å fortolke menneskelige erfaringer (16). Fenomenologien tar utgangspunkt i individets opplevelse for å oppnå forståelse av personens erfaringer. Vi ønsket å få sykepleierne til å sette ord på sin kliniske hverdag i møte med pasienter med alvorlig demens og hvordan dette opplevdes. Ved å innhente data gjennom intervju kunne vi som forskere oppnå en dypere forståelse av pasienter med demens sin situasjon relatert til smerter. Dette kunne resultere i ny kunnskap ikke bare for forskeren men også for informanten (17). Intervjuguiden var bygget opp etter erfaring fra aktuell forskningslitteratur: Følgende tema var inkludert: Utfordringer i å vurdere smerter hos pasienter med alvorlig demens, videreformidling av observasjoner, bruk av kartleggingsverktøy. Sykepleierne

ble også bedt om å reflektere rundt situasjoner der mistanken om at det var smerter som plaget pasienten var blitt bekreftet og eksempler på smerter som hadde eksistert lenge uoppdaget. Det ble videre reflektert over eksempler der pasienter hadde fått smertebehandling hvor det i ettertid viste seg å være et feil, og hvordan dette grunnlaget i så tilfelle ble vurdert. Målet var å få fram hvordan de involverte selv opplever å stå i slike situasjoner.

Deltakere

Fem sykepleiere samtykket til å være med i undersøkelsen. Alle kvinnelige sykepleiere i alderen 28 til 60 år. Inklusjonskriteriene var lang erfaring fra å jobbe som sykepleier med demenspasienter. De hadde forskjellig arbeidserfaring fra sykepleieryrket, varierende i lengde fra 4 til 37 år. De ble rekruttert fra ulike sykehjem hjemmehørende i fire kommuner i Nord-Norge. Fire informanter arbeidet på spesialavdeling for pasienter med demenssykdom og en arbeidet på somatisk avdeling. En deltaker hadde videreutdanning i aldring og eldreomsorg, og en hadde spesialutdanning innenfor demensomsorg. De tre øvrige hadde forskjellige kurser innenfor demensomsorg.

Datasamling

Vi benyttet individuelle halvstrukturerede forskningsintervju (18) med støtte av en intervjuguide. For å belyse temaet var det viktig og få del i den erfaringene sykepleierne hadde fra sitt arbeid med personer med alvorlig demens.

Tre av intervjuene ble av praktiske grunner avvirket på arbeidsplassen i arbeidstiden og to ble gjennomført i informantenes hjem. Intervjuene varte fra 30–60 minutter og ble tatt opp på digital lydopptaker. Deretter ble lydopptakene transkribert ordrett.

Analyse

Hensikten med en fenomenologisk innholdsanalyse er å skape oversikt over det typiske i materialet (15). Først ble materialet lest igjennom nøye for å få et helhetsinntrykk. Deretter ble meningsbærende enheter i teksten trukket fram og fargekodet. Ved

KOMMUNIKASJON: Godt samarbeid mellom sykepleier og lege kan ha betydning for at pasienten får riktig behandling mot smerter. Ill.foto: Colourbox.

«God omsorg krever videreformidling av observasjoner.»

å kode tekstenheter ble kategorier og underkategorier identifisert som en tematisk tolkning av materialet. Det gjorde oss i stand til å vurdere mulige forklaringer av informantenes erfaringer samt å sammenlikne disse med annen relevant litteratur. Meningsbærende enheter var tekstenheter som ansås å svare til hensikten med studien. Så ble de meningsbærende tekstenhetene med lignende innhold sammenfattet gjennom flere steg. For å sikre at tekstens mening ikke gikk tapt, ble enhetene satt sammen igjen og vurdert hvor vidt resultatene samsvarte med sammenhengen den var tatt ut fra. Alle resultat og tolkninger ble diskutert i forskningsgruppen og vi ble enige om tre grunnleggende tema knyttet til demens og smerter: Prøve og feile, betydning av tverrfaglig samarbeid samt betydning av faglig kunnskap for god smertebehandling.

Forskningsetikk

Prosjektet ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og de forskjellige sykehjemmene ga tillatelse til studien. Informantene ble skriftlig informert om formålet med studien og hvordan det skriftlige materialet skulle benyttes. Det ble også understreket at deltakelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Datamaterialet ble anonymisert i henhold til Helsinkideklarasjonen. Lederne på de forskjellige sykehjemmene ga tillatelse til studien. Ifølge Kvale (18) må intervjueren være oppmerksom på at han kan forlede informanten til å komme med uttalelser som han siden angre på. Dette ble det tatt hensyn til under transkripsjonen og informantene ble kontaktet dersom det var usikkerhet omkring bruken av utsagn fra intervjuet.

Funn

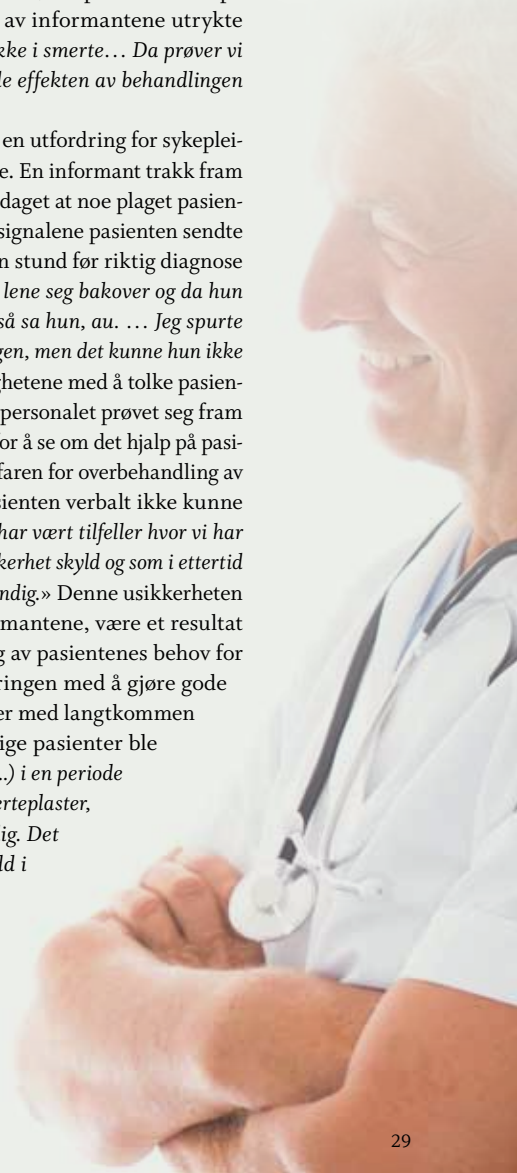
Sykepleierne pekte på viktigheten av å ha gode fagkunnskaper når behovet for smertelindring skulle vurderes og understreker at «Beslutningsgrunnlaget forutsetter felles faglig forståelse, godt samarbeid og faglig kunnskap behandlingsteamet.» De var opptatt av at – et uklart sykdomsbilde vanskeliggjør sykepleiers vurdering av pasientens tilstand. Mennesker uttrykker smerter på en eller

annen måte. Problemet oppsto når signalene var vage og vanskelig å fange opp, noe som det ofte kan være med smerter hos pasienter med demens og språkvansker.

Prøve og feile

I datamaterialet kom det fram at i redsel for at pasientens uttrykk skulle mistolkes og at behovet for smertelindring ble oversett, ble pasienter satt på fast smertelindring. En av informantene uttrykte det slik. «Vi spekulerer ikke i smerte... Da prøver vi...og det er klart at å måle effekten av behandlingen er ikke så enkelt.»

Det kunne også være en utfordring for sykepleierne å lokalisere smertene. En informant trakk fram et eksempel der hun oppdaget at noe plaget pasienten, men på grunn av at signalene pasienten sendte ut ble feiltolket tok det en stund før riktig diagnose ble stilt. «Når hun skulle lene seg bakover og da hun kom i en bestemt stilling så sa hun, au... Jeg spurte om hun hadde vondt i ryggen, men det kunne hun ikke gi noe svar på.» Vanskelighetene med å tolke pasientenes signaler førte til at personalet prøvet seg fram med å gi smertelindring for å se om det hjalp på pasientens uro. Samtidig var faren for overbehandling av smerter til stede når pasienten verbalt ikke kunne gi tilbakemelding. «Det har vært tilfeller hvor vi har gitt smertestillende for sikkerhet skyld og som i ettertid har vist seg å være unødvendig.» Denne usikkerheten kunne også, ifølge informantene, være et resultat av mangelfull utredning av pasientenes behov for smertelindring. Utfordringen med å gjøre gode utredninger hos pasienter med langtkommen demens førte til at urolige pasienter ble satt på smertepaster. «(...) i en periode ble det brukt Norspan smertepaster, til pasienter som var urolig. Det var jo på en måte et skudd i blinde å gi det. Noen fikk effekt og noen ikke.» Konsekvensen av det som omtales som prøving og feiling var at pasientene som



fikk denne behandlingen ble sløv, satt i en stol og sov mye av dagen. Informantene var bekymret for at det førte til at pasientene fikk sin kognitive tilstand ytterligere redusert, men la vekten på å unngå at pasienter skulle lide unødvendig å grunn av smerter. Ingen av informantene benyttet, eller var kjent med at det ble benyttet kartleggingsverktøy for smerter på deres institusjon. Imidlertid hadde en av informantene benyttet skjema for å kartlegge uro.

Tverrfaglig samarbeid en viktig del av smertebehandlingen

Sykepleierne vektla at et godt samarbeid innad i personalgruppen, med tilsynslegen og med pårørende var viktig for å kunne ivareta pasientens behov for smertelindring. Flere beskrev at samarbeidsproblemer med tilsynslegen kunne føre til mangelfull behandling. Typiske problemer var at sykepleierne noen ganger ikke fikk aksept for sine vurderinger. Spesielt gjaldt dette når pasienten ikke responderte godt nok på den behandlingen de allerede fikk. Som et eksempel fikk en pasient maksimal døgndose av Paracet men fortsatte å være veldig urolig. Pasienten motsatte seg hjelp fra personalet og kunne i enkelte tilfeller slå etter hjelperen. Pleierne på avdelingen mente at pasienten fortsatt var smertepåvirket, noe som ble tatt opp med tilsynslegen. «(...) Vi så jo at pasienten hadde det vondt og vi forsøkte å finne ut av det. (...) Legen nektet å gi noe mer smertelindring. Det var i hodet det satt, mente legen.» I dette tilfellet ble pasientens demenssykdom sett på som årsaken til atferden og tilstanden ble ikke undersøkt nærmere. Det ble ikke gjort noen forandringer av medisineringen før det kom en legevikar til sykehjemmet. Denne legen undersøkte pasienten og det ble tatt diverse prøver som resulterte i diagnosen Temporalarteritt. På tross av at pasienten var dement og hadde et mangelfullt språk, klarte pasienten i ettertid å gi uttrykk for hvor vondt hun hadde hatt det.

«Legen prøvde ut en Prednisolonkur ... Smertene ble så å si borte. (...) Jeg husker at pasienten satt i en stol, jeg satt på den ene siden og en assistent satt på andre siden. Pasienten holdt oss i hendene, og sa: Åh, tusen takk, har hatt det så vondt og nå bra.» Pasienten fungerte etter denne behandlingen bedre i hverdagen.

Informantene mente at det kunne være spesielt vanskelig å få forståelse for å øke påbegynt smertelindringen til pasientene:

«Jeg har et inntrykk av at mange ganger så stopper legene opp i forhold til smertelindring... Vi har hatt

mange eksempler der legene sier: ... det her skal være god nok smertelindring(...) smertelindringen pasienten har nå, er omtrent normalt. Da føler jeg at mine vurderinger ikke blir tatt til følge.»

Informantene hadde ulike erfaringer avhengig av hvilket sykehjem de arbeidet på. De som hadde et godt samarbeid med tilsynslegen, mente at det førte til en bedre forståelse for hverandres faglige synspunkter, som igjen førte til en bedre smertebehandling til pasientene. «Vi har opparbeidet oss ei erfaring slik at vi i samråd med tilsynslegen finner en behandling som vi vurderer er det beste for pasienten..»

Samtidig viser dataene at dårlig kommunikasjon innad i pleiegruppa kunne føre til manglende rapportering og til uenighet omkring pasientens behov for smertelindring. Denne uenigheten kunne føre til at legen mottok sprikende opplysninger. Informantene opplevde at legen ble usikker, noe som kunne resultere i at pasienten ikke fikk behandling. En sa det slik: «Fordi jeg ikke har fått beskjed har jeg ikke kunnet gjøre noe med pasientens smerter.» Manglende samarbeid i pleiegruppa resulterte da i at sykepleieren først på rapporten, etter endt vakt, ble gjort oppmerksom på at en pasient hadde smerter.

Pårørende ble sett på som en viktig samarbeidspartner fordi det som regel er de som kjenner pasienten best. En av informantene fortalte at når det oppsto vanskeligheter med å vurdere behovet for smertelindring, var pårørende en viktig ressurs. «Er vi fryktelig usikre på om det er smerteproblematikk inne i bildet, så er egentlig pårørende ganske klar.» Informantene mente at pårørende forsto noen gang bedre hva pasienten uttrykte og var veldig klar på om pasienten hadde smerter eller ikke.

Faglig kunnskap er forutsetning for god smertebehandling

Informantene vektla faglig kunnskap som en viktig forutsetning for å gjøre gode vurderinger av pasientenes tilstand. De mente at generell kunnskap om sykdommer, medisiner og gode kunnskaper om demens og utviklingen av sykdommen var en forutsetning for å forstå pasientenes signaler.

«Personer med demenssykdom reagerer forskjellig, ikke bare reagerer den ene personen forskjellig fra den andre, men samme person kan reagere forskjellig i forskjellige situasjoner. De reagerer forskjellig ut fra dagsformen. Det gjør jo eldre personer ellers også, men de er ikke så uforutsigbare.»

Flere av informantene mente at sykehjemmene hadde lite fokus på kunnskapsutvikling av perso-

nalet og at det kunne være vanskelig å holde seg oppdatert på grunn av at arbeidsplassen ikke la til rette for faglig utvikling av personalet. «Jeg kunne ha tenkt meg kurs om smertebehandling til personer med demens. Mine kunnskaper om dette er fra de erfaringene jeg har gjort i mitt arbeid.» En av informantene mente at konsekvensen var at kun de pleierne som var spesielt interessert og var villig til å tilegnet seg faglige kunnskaper på sin fritid klarte å holde seg oppdatert.

Sykehjemmene sliter med å få tak i fagfolk, mangel på fagfolk og stor utskifting av personalet var derfor et problem. Mangelen på kvalifisert personell kunne føre til at pasienter med vekslende behov for smertelindring ble satt på fast smertebehandling. «Dersom vi tror at pasientene har smerter av og til så prøver vi å sette dem på fast medisin... Det blir veldig mye lettere for de ufaglærte enn å fange opp de vanskelige signalene.» Informantene var opptatt av at i høytider og når ferier skulle avvikles var det ikke nok fagfolk til å dekke opp turnusen på sykehjemmene. Dette kunne resultere i vakter der det kun var ufaglærte pleiere på avdelingen. En av informantene trakk fram et eksempel fra en episode der hun tilfeldig hadde kommet innom avdelingen og hvor en svært urolig pasient var gjenstand for stor diskusjon blant personalet. Denne pasienten hadde vansker med å kommunisere og var merkelig urolig. Informanten oppdaget at det var en spesiell urinlukkt fra pasienten og pleierne som var på jobb fortalte at det hadde luktet slik av pasienten i flere dager. Informanten fikk tatt urinprøver av pasienten som viste at det var en urinveisinfeksjon som plaget pasienten. Ifølge informanten forsto ikke de ufaglærte pleierne at «lukten» kunne komme av en urinveisinfeksjon. Pasienten døde noen dager senere av nyresvikt. Informanten påpekte at det var tvilsomt at dette alene var årsaken til at pasienten døde fordi pasienten i utgangspunktet var redusert pga. flere alvorlige diagnoser men illustrerte for henne hvor vesentlig faglig kunnskap er i omsorgen til pasienter med demens.

Diskusjon

Studiens resultater framhever at – smertelindring til pasienter med langtkommen demenssykdom forutsetter at det faglige teamet er godt kvalifisert, gode samarbeidsforhold og god kommunikasjon. De beskriver også hvordan usikkerheten omkring observasjoner innebærer noe prøving og feiling hvor primært fokus er å redusere pasientens lidelser. Språkvansker bidrar til denne usikkerheten fordi

man ikke kan få bekreftet eller diskutert observasjoner med pasienten, eller at smerteatferden rett og slett ikke ble oppdaget. Sykepleierne i denne studien ga uttrykk for usikkerheten rundt pasientens lindringsbehov. Undersøkelsen underbygger viktigheten av at det til enhver tid er sykepleiere som har gode faglige kunnskaper på avdelingen. Spesielt er dette viktig i omsorgen til denne pasientgruppen som er prisgitt pleierne som er på vakt fordi de ikke kan ivareta sine behov.

Ulike tilnærminger for å møte behovet for smertelindring

Prøving og feiling kunne resultere i en praksis der man ga pasienten smertelindring for å være på den sikre siden. Tanken bak er at det er bedre å gi smertelindring enn at pasientene skal lide. Usikkerheten kunne i verste fall føre til overmedisinering, noen pasienter fikk for mye og andre pasienter fikk smertelindring som de ikke hadde behov for. Pasientene kunne bli sløve, sov mye og eventuelle andre lidelser ville dermed ikke bli avdekket. Et annet utslag av denne usikkerheten var at pasientenes smerter ikke ble godt nok lindret. Denne usikkerheten oppsto når helsepersonell ikke med sikkerhet kunne fastslå om pasientens atferd skyldtes smerter. Liknende funn har kommet fram i en mastergradstudie om smertelindring til fortidligfødte barn (19). Selv om det er et helt liv imellom disse pasientgruppene så er fenomenet det samme.

Det kom fram i studien vår at det kunne være vanskelig å få pasienten til å samarbeide under utredningen noe som igjen kunne føre til mangelfull diagnostisering. For å bøte på dette ble pasienter unødvendig satt på sterk smertelindring. Smertelindrende medikamenter kan gi bivirkninger og interaksjon med andre medikamenter. Derfor vil smertebehandling som pasienten ikke har behov for kunne påføre pasienten unødvendige plager. En undersøkelse basert på litteraturgjennomgang indikerer at både somatisk sykdom og legemiddelbruk er viktige årsaker til atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (20). I tillegg øker stigende alder faren for flere typer lidelser som må behandles medikamentelt (21). Dermed øker faren for bivirkninger og legemiddelinteraksjoner. Uheldige konsekvenser med for eksempel opioid behandling kan bl.a. føre til redusert aktivitet, falltendens og en ytterligere reduksjon i pasientens kognitive tilstand (22). For å gjøre medisineren mindre tilfeldig er det viktig at også pasienter med demens



blir utredet slik at pasienten får riktig type smertelindring. Bruk av standardiserte smertekartleggings skjemaer er et hjelpemiddel som kan være med på å redusere prøving og feiling. Samtidig er det viktig at virkningen av påbegynt medisinerer blir vurdert og eventuelt seponert.

Vi vet også at sykehjemspasienter med demens sjeldnere får smertelindrende behandling enn kognitiv friske pasienter (23, 11, 24, 14). For dårlig behandling av smerter hos gamle mennesker ser ut til å være et utbredt problem (12). Manglende eller inadekvat utredning kan medføre at pasienter blir dårligere smertelindret. Vi fant at pasientens urolige atferd kunne bli sett på som et resultat av demensutviklingen og ikke av for lite smertelindring. Sykepleierne antydte også at legene var restriktive når smertebehandling ikke ga ønsket effekt.

Et annet moment er at for dårlig smertelindring til personer med demens gir seg ofte utslag i en forandring av atferden (6, 22). En slik feiltolkning av symptom kan resultere i medisinerer av atferden og ikke av smertene. Antipsykotiske midler blir i sykehjem gitt for å modifisere atferdsproblemer og psykologiske symptomer ved demens (25). Interaksjonen med andre medikamenter er stor og kan føre til ubehagelige bivirkninger hos pasienten. I denne sammenhengen er bivirkningene av smertelindring mindre alvorlig enn bivirkninger av antipsykotika (22). Overnevnte studier viser behovet for å bedre kartlegging og behandling av smerter til pasienter med kognitiv svikt. Manglende dokumentasjon kan gjøre det vanskeligere for sykepleierne å vurdere pasientens behov og vanskeliggjør muligheten til å kommunisere observasjoner videre i teamet. Følgelig

vil også legen da ha mindre faktakunnskaper for å vurdere medisinerer til pasienten. God dokumentasjon og bruk av smertekartlegging vil være med på å bedre vurderingsgrunnlaget for medisinerer av smerter til pasienter med langtkommen demens. Noe som også andre undersøkelser har vist (9, 26, 27, 14). Det kan tenkes at manglende forståelse hos ledelsen for behovet for å avsette tid til faglig oppdatering av personalet, samt å gi bedre mulighet for kursing, kan være en medvirkende årsak til at nødvendig kartleggingsutstyr ikke var tatt i bruk.

Samspill i helsefaggruppa og med pårørende

Hvorfor sykepleierne både på sykehjem og sykehus føler at deres vurderinger ikke blir tatt på alvor av legen er et interessant spørsmål som ikke denne studien gir noe entydig svar på. Vi ser imidlertid at når samarbeidet ikke fungerer fikk dette konsekvenser for sykepleierne smertevurderinger. Mangelfull kommunikasjon både med pleiepersonalet på avdelingen og tilsynslegen påvirket resultatet av smertelindringen pasientene fikk. Datamaterialet viste også hvor tilfeldig smertelindringen kunne bli ut fra om den ansvarlige legen tok sykepleierne vurderinger på alvor. En tilsvarende problematikk finner man igjen innenfor smertelindring til nyfødte barn (19). Dette viser hvor vanskelig vurderingen av behovet for smertelindring er når pasientene ikke kan formidle sine smerter til omverden. I en studie foretatt av Rostad og Vatne (28) kom det fram at systematisk refleksjon i personalgruppa førte til økt bevisstgjøring og utvikling av praksis. Kanskje kan faglige refleksjoner bidra til å styrke sykepleierne observasjoner og dermed bidra til bedre kommu-

nikasjon med tilsynslegen. Ved å avsette tid for at personalet kan reflektere sammen rundt erfaringer som gjøres i avdelingen bidra til å bedre samarbeidet på avdelingen.

I tillegg viser funnene at godt samarbeid med pårørende kan være viktig for å sikre god smertevurdering. Dette bekreftes gjennom en studie som viste at samarbeid med sykehus, pårørende og andre var en av betingelsene for å bedre kvaliteten på pleien til pasientene (29). Pårørendes kunnskap om pasienten er viktig bidrag for å forstå pasienter med demens viser en studie foretatt av Bourbonnais og Ducharme (30) Grunnlaget for å oppdage smerter hos pasienter med langtkommen demens og språkvansker ligger i den daglige pleien med nærhet og kjennskap til pasienten. I denne sammenhengen utgjør pårørendes kunnskap om pasienten en viktig ressurs.

Smerteforskning har vist at smerter hos gamle mennesker, kan ha høy intensitet før de gir utslag som kan måles, for eksempel høyt blodtrykk (24). Videre viser undersøkelser at smerterelaterte diagnoser er sjeldnere dokumentert i sykehjemsjournaler hos ikke-kommunikative pasienter (9). Når pasienten ikke verbalt er i stand til å uttrykke behovet for smertelindring og sykepleierne ikke har god nok bakgrunns kunnskaper om pasientens tilstand påvirker dette sykepleierens vurderinger. Dette indikerer viktigheten av at også personer med reduserte språklige evner blir godt utredet slik at årsaken til uroen fastsettes og at pasienten får adekvat behandling (7).

Faglig innsikt

Videre er det også viktig at all personal som arbeider på avdelingen har gode faglige kunnskaper slik at de kan videreformidle relevante opplysninger om pasienten til sykepleieren og legen.

Informantene i studien hevdet at mangel på fagfolk førte til at ufaglært personell ble satt inn i sykepleierens vakter. Ut fra de forutsetningene ufaglærte har gjør de en god jobb i dagens helsevesen og antakelig er det kommunale helsevesenet avhengig av deres arbeidskraft. Imidlertid viser denne studien at uten å kunne gjøre gode faglige observasjoner blir ikke behovet for smertelindring til pasientene ivaretatt godt nok. Mangel på fagfolk ble uttrykt som en reell fare for at pasientens lidelser kan forbli uoppdaget og som i verste fall kan føre til død. Dette samsvarer med en undersøkelse som ble gjennomført i Norge hvor ressursene i eldreomsorgen ble kartlagt (31). Undersøkelsen baserte seg på spørreskjemaer, som ble sendt ut til leger

og sykepleiere med arbeidssted både i sykehus og på sykehjem. Resultatet av undersøkelsen viser at manglende kompetanse gjør helsepersonell mindre kritisk til polyfarmasi. Videre viste undersøkelsen at ressursmangel og nedprioriteringer medfører en betydelig belastning for de ansatte. Dette medfører redusert kvalitet på utredning, diagnostikk, dårlig hygiene og ernæring til pasienten (31). En litteraturstudie av Knudsen og Larsen (14) trekker også fram viktigheten av at personalet må ha gode faglige kunnskaper og kunnskaper om pasientens levde liv for å kunne oppdage smerter hos pasienter med demenssykdom. Ifølge Wannebo og Sagmo (32) er det også et stort behov for mer kunnskap om legemidler og legemiddelhåndtering blant sykepleiere i sykehjem. Grunnlaget for adekvate smerteobservasjoner blir mangelfullt, dersom kunnskap, nærhet og kommunikasjon eller kjennskap til pasienten blir redusert. Kontinuitet blant pleierne er av stor betydning for å kunne vurdere pasientens signaler og følge opp tiltak. Faglig kompetanseheving og godt samarbeid ser ut til å være med på å bedre smertevurderingen av pasientene og sparer dem for unødvendige lidelser.

Kontinuerlig fokus på mulige smerter hos pasientene kan minske faren for manglende vurdering av smertelindring.

Metodologiske refleksjoner

Denne undersøkelsen omfatter få sykepleiere som kom fra forskjellige kommuner og forskjellige sykehjem. Materialet er derfor preget av ulike miljøer,

«Lederne må prioritere kompetanseoppbygging til personalet.»

strukturer og ulik tilgang på kompetanse, som kan være en styrke i studien. Flere informanter kunne ha bidratt med ytterligere erfaringer og styrket funnene. Imidlertid ser det ut til å være enighet blant informantene omkring utfordringer som framkommer i materialet. Funnene kan ikke generaliseres men de gir en indikasjon på problemer som er felles for informantene og sykepleiere på andre sykehjem kan ha liknende opplevelser

Konklusjon

Vurdering og oppdagelse av smerter hos pasienter med demens har usikkerhetslementer pga. vanske-

ligheter med å tolke pasientens uttrykk. Problemet forsterkes av manglende faglige basiskunnskaper, manglende spesifikke kunnskaper om demenssykdom samt manglende samarbeid innad i helsefaggruppen. Følgen kan være at smertebehandlingen kan bli tilfeldig med både over- og underbehandling som konsekvens.

Det å øke kunnskapen omkring oppfølging og behandling av smerte vil det kunne gi bedre livskvalitet for den enkelte person som har en demenssykdom. Sykepleiernes sensitivitet for smerter hos pasienter med demens kan utvikles gjennom faglig etterutdanning. Kartleggingsverktøy kan bidra,

men også at teamene setter av tid til å diskutere sine erfaringer med pasienter, samt samarbeid og fagkunnskaper. Et felles begrepsapparat vil også kunne bidra til bedre intern kommunikasjon. Det forutsetter at institusjonene legger til rette for at sykepleierne får mulighet til fagutvikling. Videre må lederne forvise seg om at ufaglært helsepersonell får nødvendig opplæring innenfor demens. Det flerfaglige samarbeid og samarbeid med pårørende er vesentlig, men kartleggingsverktøy kan også være et godt objektivt hjelpemiddel å ta med i vurderingen av smerter hos pasienter med langtkommen demens. ■

Referanser:

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2015 «den gode dagen». Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet, 2007.
2. Engedal K, Haugen P K. Demens- fakta og utfordringer. Tønsberg: Aldring og Helse, 2005.
3. Rokstad AM. Hva er demens? I: Rokstad AM, Smebye K L. (red.), Personer med demens. Møte og samhandling. (s. 39). Akribe AS: Oslo, 2008.
4. Leder D. The absent body. Chicago London, The University of Chicago press, Ltd, 1990.
5. Merleau-Ponty M. Kroppens fenomenologi, Oslo: Pax Forlag A/S, 1994.
6. CIPHER DJ, Clifford PA, Roper KD. Behavioral Manifestations of Pain in the Demented Elderly. Journal of the American medical 2006 vol. 7 PT s.335-365.
7. Engedal, K. God medisinsk behandling ved demens – utfordringer og muligheter. Omsorg 2013 (1): 33–37
8. Shega JW, Hougham GW, Stocking C.B, Cox-Hayley D, Sachs G.A. Management of Noncancer Pain in Community-Dwelling Persons with Dementia. The American Geriatrics Society. 2006;54:1892-1897.
9. Nygaard H.A, Jarland M. (2005). Kroniske smerter hos sykehjemspasienter –selvrapportering og sykepleiers vurdering. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1349–1351.
10. Nygaard H, Naik M, Ruths S, Straand J. Nursing home residents and their drug use: a comparison between mentally impaired residents. The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. Eur J Clin Pharmacol, 2003; 59: 463–9.
11. Kovach C R, Noonan P E, Schlidt A M, Reynolds S, Wells T. The Serial Trial Intervention. An Innovative Approach to Meeting Needs of Individuals with Dementia. Journal of Gerontological Nursing, 2006; April, 32, 18–25.
12. Kongsgaard UE, Bruun Wyller T, Breivik H. Eldre trenger bedre smertebehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 590–1.
13. Nortvedt L, Wiborg AG, Nitteberg IJ, Romsland G I. Bruk av kartlegging sinstrument førte til at sykepleierne reflekterte mer over pasientens opplevelse av smerte. Sykepleien 2013 101(07):38–41
14. Knudsen LB, Larsen TA. Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter – en litteraturgjennomgang. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2010; 2, 6. årgang
15. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Universitetsforlaget, Oslo, 2003.
16. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2468–2472.
17. Dahlberg K, Drew N, Nystrom M. Reflective Lifeworld Research. Studentlitteratur: Sweden, 2001.
18. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo Gyldendal Akademisk, 2007.
19. Landsem I P. Sykepleierens tilgang til det smertefulle hos det svært for tidlig fødte barnet. Masteroppgave, Universitetet i Tromsø/ Tromsø, 2007.
20. Selbæk G. Atferdforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 12: 2954–2955.
21. Randhoff A H, Børdaahl B. Eldre og legemidler. I: Kirkevold M, Brodtkorb M, Ranhoff AH.(red.). Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten. (s. 157-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2008.
22. Shega J, Emanuel L, Vargish L, Lvine SK, Bursch H, Herr K, Karp J.F, Weiner D.K. Pain in Persons With Dementia: Complex, Common, and Challenging. The Journal of Pain, 2007; Vol 8, No 5, pp 373–378.
23. Songe-Møller S, Saltvedt I, Hølen J.C, Loge J.H, Kaasa S. Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1838–40.
24. Scherder E, Oostermann J, Swaab D, Herr K, Ooms M, Ribbe M, Sergeant J, Pickering G, Benedetti F. Recent developments in pain in dementia. BMJ 2005; 330; 461–464.
25. Ruths S, Straand J. Antipsykotiske midler mot uro ved demens – medisinsk behandling eller kjemisk atferdsregulering? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1672–5.
26. Sawyer P, Lillis JP, Bodner EV, Allman RM. Substantial Daily Pain Among Nursing Home Residents. Journal of American Medical Directors Association 2007; 8 PT 3 PP 158–165.
27. Leone AF, Standoli F, Hirth V. Implementing a Pain Management Program in a Long-Term Care Facility Using a Quality Improvement Approach. Journal of American Medical Directors Association 2009; vol 10 PT 1 PP 67–73.
28. Rokstad AM, Vatne, S. Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling. Sykepleien Forskning 2011; 6:28–34
29. Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T, Nygård L. Bemanning og kvalitet i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1500–1502.
30. Bourbonnais A, Ducharme F. The meanings of screams in older people living with dementia in a nursing home. International Psychogeriatrics 2010; 22, 7: 1172–1184
31. Førde R, Pedersen R, Nortvedt P, Aasland OG. Får eldreomsorgen nok ressurser? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 12: 1913–1916.
32. Wannebo W, Sagmo L. Stort behov for mer kunnskap om legemidler blant sykepleiere i sykehjem. Sykepleien Forskning 2013; 1,8: 26–34