

**BACHELOROPPGAVE:**

## **KAN DET VÆRE SMERTER?**

- om å identifisere smerter hos personer med alvorlig demens

**Forfattere:**

**Grethe Korsletten  
Mette Nybakk Sveen**

**Dato: 19.05.16**

**12HBSPLD  
NTNU i Gjøvik  
Avdeling for helse, teknologi og sykepleie  
Seksjon sykepleie**

## SAMMENDRAG

Tittel:	Kan det være smerter – om å identifisere smerter hos personer med alvorlig demens	Dato: 19.05.16
Deltaker(e)/	Grethe Korssletten Mette Nybakk Sveen	
Veileder(e):	Solveig Struksnes	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Demens, smerter, nonverbal kommunikasjon, sykehjem	
Antall sider/ord: 44/ 12507	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: ja
<p>Innledning: Personer med alvorlig demens som mangler verbalt språk kan ha risiko for å ha smerter som ikke blir oppdaget. Av og til blir adferd som vandring, aggresjon eller mange oppvåkninger på natt tolket som angst eller uro og innimellom medisert i forhold til det.</p> <p>Hensikt: Finne ut hvordan sykepleier kan identifisere om personer med alvorlig demens opplever smerter som ikke blir oppdaget</p> <p>Metode: Dette er en litteraturstudie. Det er søkt i databasene Cinahl, Ovid, SveMed og PubMed.</p> <p>Resultat: Det er utfordrende å identifisere smerter hos personer med alvorlig demens som mangler språk. Det trengs kunnskaper om demenssykdommen og dens utvikling. Sykepleier må kunne identifisere nonverbale uttrykk som forteller om smerter og ha gode kommunikasjons- og relasjonskompetanse. Personsentrert omsorg gjør sykepleieren i stand til å være sensitiv for og lete etter gjenværende kommunikasjonsferdigheter i stedet for personens svikt.</p> <p>Konklusjon: Sykepleier må ha kunnskap om demenssykdommer og sykdomsutvikling. Adferd hos personer med alvorlig demens som ses i sammenheng med smerter kan være vandring, generell rastløshet, verbale klagelyder, repetisjon av handlinger, tilbaketrekking eller konstant søken etter oppmerksomhet. Ansiktsuttrykk viser seg å være en god smerteindikator hos personer med demens. Personsentrert omsorg gjør sykepleieren i stand til å lete etter gjenværende kommunikasjonsferdigheter.</p>		

## ABSTRACT

Title:	Could it be pain – identifying pain in persons with severe dementia.	Date: 19.05.16
Participants	Grethe Korssletten	
	Mette Nybakk Sveen	
Supervisor	Solveig Struksnes	
Employer:		
Keywords (3-5)	Dementia, pain, nonverbalkommunikation, nursing home	
Number of pages/words: 44/ 12507   Number of appendix: 1   Availability: open		
<p>Introduction: Non-verbal people with severe dementia might be in risk of suffering from undetectable pain. Sometimes behavior like wandering, aggression or frequent night-time awakenings, is interpreted as anxiety or distress, and is sometimes thus medicated.</p> <p>Aim: How nurses can identify whether people with severe dementia is experiencing undetected pain.</p> <p>Method: This is a literature review. Searching for relevant literature has been conducted in the databases Cinahl, Ovid, SweMed og PubMed.</p> <p>Results: It is challenging to identify pain in people with severe dementia, not able to express themselves verbally. It takes knowledge of dementia disease and its development. It is therefore necessary for nurses to be able to identify non-verbal expressions that signify pain, and to possess a certain quality of skills within communication and therapeutic relation. Person-centered care enable nurses to be sensitive and aware of remaining communicational skills, rather than the patients lack thereof.</p> <p>Conclusion: Nurses must have knowledge about dementia and its development. Behavior that can be seen in context of pain in people with severe dementia might be wandering, withdrawal or constant quest for attention can be such expressions. Facial expressions proves to be good indicator of pain in people with severe dementia.</p>		

## INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag .....	2
Abstrakt .....	3
<b>1.0 BAKGRUNN .....</b>	<b>5</b>
1.1 Adferdsendring hos personer med demens .....	6
1.2 Smerter hos personer med demens .....	7
1.3 Å arbeide med personer med demens .....	8
1.3.1 Kartlegging av smerter .....	10
1.4 Sykepleierelevans og sykepleierperspektiv .....	11
1.5 Problemstilling og hensikt .....	14
<b>2.0 METODE .....</b>	<b>15</b>
2.1 Litteraturstudie som datainnsamling .....	15
2.2 Søkeprosess .....	16
2.2.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier .....	16
2.2.2 Søkeord og database .....	16
2.3 Utvalgsprosess .....	17
2.4 Kritisk granskning av utvalg .....	20
2.5 Analyseprosess .....	21
<b>3.0 RESULTATER .....</b>	<b>23</b>
3.1 Å ha kunnskap om sykepleie til personer med demens .....	23
3.2 Å identifisere kommunikasjonsuttrykk ved smerter hos personer med alvorlig demens .....	25
3.2.1 Å ha kjennskap til smertekartleggingsverktøy .....	27
3.3 Å ha kommunikasjonferdigheter og relasjonskompetanse .....	28
<b>4.0 DISKUSJON .....</b>	<b>31</b>
4.1 Hvilken kunnskap trenger sykepleiere om personer med demens .....	31
4.2 Hvordan kan sykepleier identifisere kommunikasjonsuttrykk hos personer med alvorlig demens .....	33
4.2.1 Hvordan kan sykepleiere få kjennskap til smertekartleggingsverktøy .....	35
4.3 Hvordan kan sykepleiere utvikle kommunikasjon og relasjonskompetanse .....	37
<b>5.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>40</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>41</b>

**Antall ord: 12 507**

**VEDLEGG 1. Resultatmatriser med kritisk granskning av utvalgte artikler**

## 1.0 BAKGRUNN

Denne oppgaven omhandler sykepleie til personer med alvorlig demens som har problemer med å produsere meningsfullt språk og konsekvensen det får med hensyn til å gjøre seg forstått når disse personene opplever smerter. I litteratur og forskningartikler er personer med demens omtalt forskjellig. Vi velger å holde oss til personer med demens og pasient med demens, etter som hva som faller seg naturlig ut fra tekstene.

Begrepet demens defineres noe forskjellig. Både som en sykdom, en samling symptomer og et syndrom. Vi velger å holde oss til det de enkelte forfatterne bruker, så det mest brukte vil være "demenssykdommen". Bakgrunnen for at vi begynte studere dette temaet er at begge forfatterne av Bacheloren har arbeidet med personer med alvorlig demens i sykehjem. Av og til blir adferd som vandring, aggresjon eller mange oppvåkninger på natt tolket som angst eller uro og innimellom medisiner i forhold til det. Men kan det være slik at endring i adferd heller er et uttrykk for smerte? Bjørø og Torvik (2010) sier at nesten hver tredje nordmann over 60 år lider av langvarig smerte.

World Health Organization (2016) definerer demens som et syndrom som fører til svikt i hukommelse, tenkning, påvirker adferd og evnen til å utføre dagligdagse aktiviteter. På verdensbasis anslår WHO at det er 47,5 millioner personer med demens. Demensplan 2020 (2015) viser til Selbæk (2014) som sier at det samlede tallet på personer med demens i Norge er over 70 000. Men trolig er estimatet for lavt da det i mange land, også Norge, er en betydelig andel av personer med demens som ikke er diagnostisert. En økning i antall eldre i årene fremover vil føre til at flere får demens, fordi forekomst av demens øker med alderen. I demensplan 2020 er det også påpekt at selv om demens er sjelden før pensjonistalderen, er det sannsynligvis over 4000 personer under 65 år med en demensdiagnose i Norge.

Berentsen (2010, s.20) viser til Engedal og Haugen (2004) som beskriver demens hos eldre personer som en ervervet hjerneorganisk sykdom. "Demenssykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon" (Berentsen, 2010, s.20). 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.

Begrepet kognitiv svikt vil i denne oppgaven referere til de som har ervervet dette på grunn av demenssykdom. Den kognitive svikten vi for det meste vil referere til er vanskeligheter med språk. Vi har tenkt oss at slike språkproblemer også kan være ordflom. Gjentakelse av enkelte fraser kan også være uhensiktsmessig kommunikasjon. Endringer i stemningsleie, tilbaketrekking, eufori eller aggresjon vil også være uttrykk hos pasienten som kan fortelle oss noe om hvordan pasienten har det.

I følge Berentsen (2010) vil pasienter med alvorlig grad av demens kun huske bruddstykker fra tidligere i livet. Pasienten husker ikke lenger sin egen familie og kan ikke huske stemme eller ansikt til sine nærmeste. Pasienten er ikke orientert for tid og sted. Ordforrådet er meget begrenset og pasienten kan ikke forstå hva som blir sagt. Pasienten har ofte en opplevelse av kaos og kan ha problemer med å utføre handlinger. Han er avhengig av hjelp døgnet rundt. Berentsen (2010) viser til Engedal og Haugen (2004) som slår fast at ved demens svikter de kognitive funksjonene, men ikke alle som har kognitiv svikt har demens. Språkevne er en kognitiv funksjon. Engedal (2016) sier at språkfunksjonen ofte, men ikke alltid, er redusert hos personer med demens. Engedal (2016) understreker at demenssykdom er kronisk. Det må ikke kalles demens når akutt sykdom eller legemiddeloverdosering hos gamle mennesker gir forbigående svikt i hukommelse eller andre intellektuelle funksjoner, om denne tilstanden brukes begrepet delirium, sier Engedal (2016).

### **1.1 Adferdsendring hos personer med demens**

Berentsen (2010) skriver at mange pasienter med demens vil før eller senere i sykdomsforløpet få adferdsmessige symptomer. Det kan være følelsesmessige svingninger, irritabilitet, apati og unyansert adferd. Engedal (2016) beskriver at den vanligste endringen av væremåte i startfasen av en demenssykdom er passivitet og noen ganger en samtidig rastløshet og mistenksomhet. Sviktende intellektuelle evner og sviktende mestring gir en økende tendens til primitive reaksjoner i samhandling med andre. Engedal (2016) sier vi må huske at personen med demens som endrer sin personlige fremferd i samhandling med andre, sjelden eller aldri har forståelse for dette selv. Irritabilitet og sinne er heller ikke uvanlig og heller ikke uforståelig hos personer med demens. Mye av dette kommer av at personer med demens ikke har det filteret som er nødvendig for å holde tilbake følelser eller “dannelsesfilter” som Engedal (2016) kaller det. Hummelvoll (2012) sier at pårørende til

personer med demens ofte beskriver slik sykdomsutvikling som en personlighetsforandring eller en forsterkning av personlighetstrekk. De kan føle det som pinlig når dette kommer til uttrykk som aggressiv fremtreden med uhemmet roping eller uttalt bruk av skjellsord. Engedal (2016) sier at motoriske endringer på grunn av demenssykdom er sviktende evnen til å koordinere bevegelser og dårligere balanse. På et sent stadium av sykdommen tilkommer ustø gange, treghet, stivhet og skjelvninger. Slike motoriske endringer øker også falltendensen hos personer med alvorlig demens, det er ingen gruppe som faller så mye som demenspasienter i sykehjem i følge Engedal (2016).

## **1.2 Smerter hos personer med demens**

Berntzen, Danielsen og Almås (2011, s. 357) definerer smerte som “en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse”. De viser til International Association for Study of Pain som mener at smerte alltid er subjektiv. Det er bare den som selv kjenner smerten som kan vite noe om hvordan den føles, hvor intens den er og hvor lenge den varer. Ved sterke smerter kan man finne symptomer fra det autonome nervesystemet. Det kan være rask puls, blekhet og svette, sier Berntzen, Danielsen og Almås (2011). Men ved mange smertetilstander, særlig kroniske, har pasienten ingen observerbare tegn på smerte og må bli trodd på det denne forteller. Det er umulig å etterprøve og verifisere holdbarheten i pasientens opplevelse av smerter og Berntzen, Danielsen og Almås (2011) mener at sykepleiere derfor ikke kan vite om pasienten faktisk har smerter. Når sykepleier tolker andres smerter vil de i følge Berntzen, Danielsen og Almås (2011) gjøre dette ut fra sin egen erfaring og sitt eget skjønn. Og at pasientens reaksjoner på samme måte er avhengig av hans tidligere erfaringer og hvilken kultur denne har vokst opp i. For at sykepleier skal kunne jobbe kunnskapsbasert må denne sette seg inn i nyere smerteforskning og kunne vurdere bruken av forskningslitteraturen. Berntzen, Danielsen og Almås (2011) viser til en undersøkelse av Stubhaug og Ljoså (2008) som beskriver at en god forståelse krever at man bruker forskning som beskriver pasientens perspektiv. Hos personer med alvorlig demens uten evne til et adekvat verbalt språk vil dette være vanskelig og det er derfor nødvendig å finne ut hvilke andre metoder som gir valide tilbakemeldinger om smerter.

Personer med alvorlig demens vil ha problemer med å sette ord på de kroppslige plagene. Bjørø og Torvik (2010) viser til at det er gjort internasjonale studier (Ferrell et al. 1995, Fox et al. 1999) som viser at forekomsten av smerte blant gamle i sykehjem er mellom 41 og 83 %.

Berntzen, Danielsen og Almås (2011) viser til en studie i Nederland (Boerlage et al. 2008) som viste at blant de eldste eldre (83-92 år) var det 69 % som hadde smerter og at 93 % av dette var kroniske smerter. Berntzen, Danielsen og Almås (2011) viser til at både den nederlandske studien av Boerlage et al. (2008) og Bjørø og Torvik (2008) som sier at det kan se ut til at smerter hos eldre er svært underdiagnostisert. Bjørø og Torvik (2010) mener også at fordi mange gamle i sykehjem har kognitiv svikt vil det være vanskelig å si noe nøyaktig om forekomsten av smerte. De sier også at smerteforekomsten minker med i takt med grad av kognitiv svikt. Dette henger antagelig sammen med at kognitiv svikt medfører problemer med å uttrykke smerte. Videre sier Bjørø og Torvik (2010) at konsekvensene av at smerter hos gamle ikke blir behandlet effektivt gir alvorlige helsemessige konsekvenser og medfører redusert livskvalitet. Husebø (2009) har gjort en doktoravhandling med fokus på smerteevaluering hos personer med demens hvor hun slår fast at de sykehjemspasientene som hadde en demensdiagnose får i mindre grad smertestillende behandling enn kognitivt friske pasienter med samme smertebelastning og at årsakene til dette er mange og sammensatte. Hun trekker frem de med langtkommet demens som på grunn av redusert hukommelse, svekket språkbeherskelse og manglende refleksjonsevne ikke er i stand til å uttrykke smerte. Siden de fleste beboere i norske sykehjem har en form for demens må lindrende behandling med tanke for å redusere alt ubehag være høyt prioritert (Ranhoff, 2010).

### **1.3 Å arbeide med personer med demens**

I arbeid med pasienter som har redusert kognitive evner, sier Eide og Eide (2011) at gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter viktig. Kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare* og betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i eller ha forbindelse med. Både non verbale og verbale uttrykk må fortolkes. For eksempel i kommunikasjon med personer med demens vil kanskje den nonverbale kommunikasjonen ha sterkere gjennomslag enn den verbale.

Berentsen (2010) beskriver at flere demenssykdommer gir språkproblemer og at det ene eller begge språksentrene i venstre hjernehalvdel kan være skadet. Bråten (2004) beskriver at svikt eller forstyrrelser i evnen til å finne eller forstå ord og formuleringer beskrives som forskjellige former for afasi. Hos Berentsen (2010) kan vi lese at disse kategoriseres som motorisk, sensorisk, anomisk eller global afasi. Ved global afasi er alle språkfunksjoner redusert og hos pasienter med alvorlig demens er dette svært fremtredende. Berentsen (2010)



sier at de med alvorlig demens har en opplevelse av kaos og manglende evne til å sortere sanseinntrykk som gjør det usikkert om pasienten kan tolke sanseinntrykk. Eide og Eide (2011) viser til at nonverbal kommunikasjon formidles på ulike måter og gjennom flere kanaler. De deles inn i grupper som: ansikt, blick, kropp, stemme, berøring, stillhet og tempo.

Eide og Eide (2011) viser til Bredley og Edinberg (1986), Egan (1990), Burgoon et al. (1996), Burgoon og Bacue (2003) og Eide og Eide (2004) som mener gode kommunikasjonsferdigheter er å ha øyekontakt, å ha en mottagende åpen kroppsholdning, å lene seg mot den andre, å følge den andres utsagn nært med forstående blick, bekreftende “mm” eller også beroligende berøring, å være avslappet og naturlig i stemme og bevegelser og la ansiktet uttrykke ro, tilstedeværelse og interesse.

Eide og Eide (2011) sier at åpne spørsmål, hvor en må formulere egne setninger, vil by på problemer for en person med demens uten verbalt språk. Det er en utfordring for sykepleieren å vite hva hun skal formidle og på hvilken måte det skal formidles, slik at pasienten skjønner hva som menes. Med en kombinasjon av lukkede spørsmål og ferdigheter med å speile følelser og parafrasere, vil det kunne være lettere å tydeliggjøre det pasienten ønsker å formidle, sier Eide og Eide (2011) Om kommunikasjon med pasienter som har lite eller ingen ordforråd sier Berentsen (2010) at pasientens navn må sies først og sikre at han har oppfattet at vi ønsker kontakt. Å ha øyekontakt er en fordel. Pleier må snakke langsomt, tydelig og gi pasienten tid til å oppfatte. Vår oppgave som sykepleiere er at vi må lære oss å kommunisere tydelig og understreke det vi sier med kroppsspråk. Når pasienten sier lite mener Berentsen (2010) at det er desto viktigere å være oppmerksom på hva de formidler med kroppsspråk, ansiktsuttrykk og mimikk (Berentsen, 2010). Anvendelse av klinisk blick er en fundamental forutsetning og Kristoffersen (2012) påpeker at et viktig komponent i det å forstå pasienten er det å tolke og forstå de tegn som sansene gir informasjon om. “Det som gir mening og innhold til observasjonene, er den teoretiske kunnskapen og den erfaringen en har” sier Kristoffersen (2012, s. 178). I denne Bacheloroppgaven vil det stort sett henvises til sykepleier, men det vil også bli brukt mer generelle benevnelser som helsepersonell og pleier.

### 1.3.1 Kartlegging av smerter

Det er i de senere årene utviklet kartleggingsverktøy som har som mål å kartlegge smerte hos personer uten evne til å til å uttrykke seg verbalt (Bjørø og Torvik, 2010).

Observasjonskjemaene CNPI og Doplus-2 omtales av Bjørø og Torvik (2010) og de baserer seg på observasjon av adferd. Men hvis en velger å bruke disse kartleggingsmetodene hos gamle som har et mindre vanlig adferdsmessig uttrykk mener Bjørø og Torvik (2010) at det er fare for at smerten ikke blir oppdaget. “Det er viktig at sykepleiere følger med i den raske utviklingen og vurderer kritisk om aktuelle skjemaer er relevante, valide og reliable i forhold til den aktuelle pasientgruppen” (Bjørø og Torvik, 2010 s. 342). Berntzen, Danielsen og Almås (2011) viser til Dihle et al. (2006) som mener at sykepleiere er for dårlige både til å forstå betydningen av og ta i bruk systematiske hjelpemidler som vurderingskjemaer eller skalaer for å kartlegge smerte hos pasienter. Grunnen til at det finnes motstand til dette oppgis å være at sykepleiere da er redde for at det individuelle perspektivet i omsorgen kan bli borte eller at kartlegging krever mye tid. Berntzen, Danielsen og Almås (2011) sier om nytteverdien av skjemaer og skalaer at vurderingene da blir systematisk utført og dessuten sammenlignbare fra gang til gang. Men at det byr på spesielle utfordringer å skulle kartlegge smerter hos mennesker som ikke kan beskrive smertene sine med ord og at fysiologiske tegn og atferdsendringer får større betydning i smertevurderingen hos disse enn hos andre pasienter. Sykepleierne bør kunne bruke ulike typer smertekartleggingsinstrumenter som er tilpasset forskjellige pasientgrupper. Sykepleiers ansvarsområder omfatter datainnsamling, observasjon, kartlegging og vurdering av pasienters smerte, sier Berntzen, Danielsen og Almås (2011).

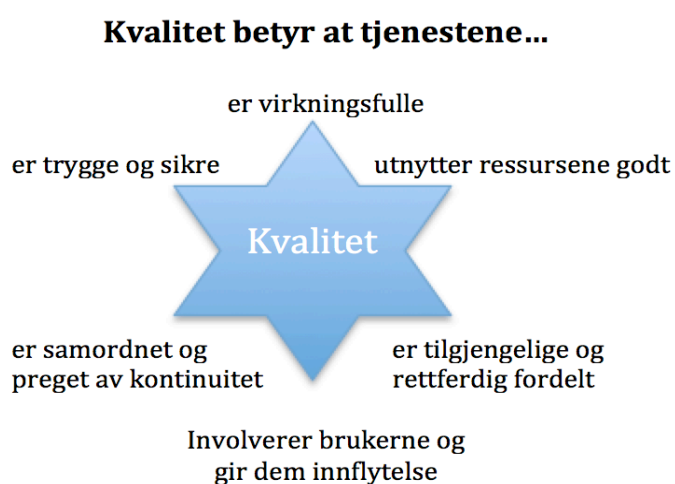
Chan et al. (2014) beskriver at på grunn av sin subjektive natur er smerter vanligvis vurdert etter hva pasienten selv uttrykker verbalt, men at hos eldre personer med demens er dette komplisert på grunn kognitiv svikt og problemer med verbalt språk. At vurdering og behandling er vanskelig på grunn av pasientens reduserte hukommelse, språk og problemer med uttale påpeker også Husebø, Ostelo og Strand (2014). Chan et al. (2014) sier at oppmerksomheten rundt ubehandlede smerter har ført til at det i det siste tiåret blitt utvikle flere kartleggingsverktøy for å oppdage smerter hos personer med demens. En forskergruppe i Canada har utviklet Pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). I arbeidet med å videreutvikle dette kartleggingsverktøyet (PACSLAC-II) har de sammenlignet det med andre registreringsverktøy som bruker pasientens nonverbale språk

for å oppdage smerte. Husebo, Ostelo og Strand (2014) har sett på effekten av å bruke MOBID-2 for å administrere smertelindring til personer med demens, sammenlignet med kontrollgruppe som fikk pleie og omsorg som ellers. Noen adferdsendringer som agitasjon, klaging, rastløshet eller vandring kan være relatert til smerte. Smerte intensitet er et annet fenomen enn hyppighet av adferdsforstyrrelser. Derfor vil endring i disse ikke være mer enn moderat samsvar.

Det er i denne Bacheloroppgaven omtalt kartleggingsverktøy for smerter. Det presiseres at det ikke vil vises til hva som gjøres med disse etter kartleggingen er foretatt. Men har fokus på at strukturert kartlegging er en metode for å identifisere smerter hos personer med demens.

#### 1.4 Sykepleierelevans og sykepleierperspektiv

Dette temaet faller inn under forskningsområdet *kvalitet i sykepleie*. Seksjon for sykepleie ved NTNU Gjøvik (2016) beskriver forskning på dette området studerer forutsetninger for og innhold i praksisrettet sykepleie sammen med pasienten, familien, andre profesjoner samt erfaringer med å leve med sykdom og uhelse som pasient og pårørende. Bjøro og Kirkevold (2011) viser til Sosial- og helsedirektoratet (2005) som har beskrevet seks egenskaper eller krav til kvalitet i helsetjenesten som bygger på lovverk, samfunnets føringer og faglige krav til kvalitet (Figur 1).



Kilde : Sosial- og helsedirektoratet (2005)/Bjøro og Kirkevold (2011)

Fig. 1. Kjennetegn på kvalitet helsetjenesten

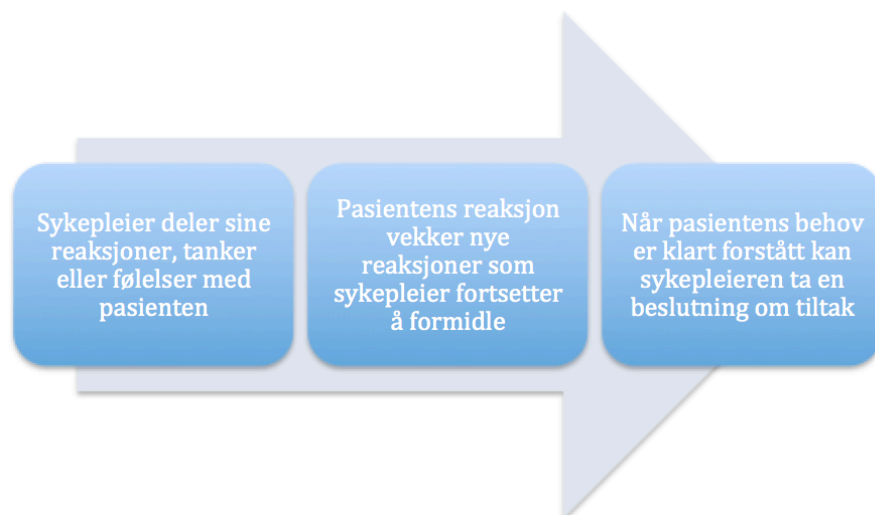
God sykepleie kjennetegnes av disse seks tegn, men Bjøro og Kirkevold (2011) peker på det Sosial- og helsedirektoratet (2005) sier om at sykepleiere har et selvstendig ansvar for å sikre at beslutninger om tiltak baseres på pålitelig kunnskap innenfor profesjonens ansvarsområder. I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) står det at sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert. Derfor stilles det krav til at sykepleieren må holde seg oppdatert om hva som er den beste kunnskapen, sier Bjøro og Kirkevold (2011) og de mener slik kunnskap skapes gjennom forskning, utdanning og erfaring. At sykepleier har plikt til å utøve en fagligforsvarlig yrkesutøvelse er nedfelt i helselovgivningen. Dette er i følge Bjøro og Kirkevold (2011) grunnlaget for kvalitet i i sykepleie. Lov om Helsepersonell (1999) §4 sier at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Om god kvalitet sier Bjøro og Kirkevold (2011) også at dette forutsetter at sannsynligheten for feil og uheldige hendelser er redusert til et minimum og at god sykepleie handler om å beskytte pasienten mot risikoforhold ut fra den aktuelle situasjonen.

Ranhoff (2010) beskriver de skrøpelige gamle med demens som den pasientgruppen som har dårligst prognose. Dette gjelder overlevelse, men også på grunn av deres stadig økende funksjonstap. De fleste beboere i Norske sykehjem tilhører denne gruppen pasienter. Når de er så hjelpetrengende at de trenger plass i institusjons så blir de prisgitt helsepersonellet siden de er avhengige av hjelp døgnet rundt. Husebø (2009) sier at pasienter med alvorlig demens er avhengige av at pleiepersonalet kan tolke både verbale og nonverbale uttrykk for smerter og at det må følges opp. Bjøro og Torvik (2010) viser også til studier av American Geriatrics Society (2002), Feldt et al. (1998), Morrison et al. (2003) og Morrison og Siu (2000) som viser at eldre med kognitiv svikt og demens som bor i sykehjem er sårbare pasienter som er utsatt for mangelfull smertevurdering. De vil være avhengige av at sykepleier observerer og tolker deres smertetegn som oftest vises ved nonverbale uttrykk. En god samhandling mellom sykepleier og pasient vil gi resultater i forhold til pasientsikkerhet. Derfor handler pasientsikkerhet om flere forhold. Bjøro og Torvik (2011) sier at dersom smerter hos gamle ikke blir oppdaget eller behandlet effektivt, kan dette få alvorlige helsemessige konsekvenser som inaktivitet, økt forvirring og søvnforstyrrelser.

Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge Hender-24/7" har flere satsningsområder. Blant annet å sikre riktig legemiddelbruk i sykehjem og å forebygging av fall i institusjoner. I følge

Engedal (2016) vil personer med alvorlig demens ofte ha behov for en sykehjemsplass. Derfor vil identifisering av smerter hos personer med demens være nært knyttet til disse pasientsikkerhetstiltakene.

Det teoretiske perspektivet som legges til grunn for denne Bacheloroppgave er hentet fra Orlando (1961) som sier om sykepleieprosessen at den er en reflekterende og rådgivende prosess. Eide og Eide (2011) sier om slike sykepleieteorier at de ser på sykepleie som en samhandlingsprosess med sykepleieren på den ene siden og pasient, pårørende eller andre på den andre siden. Sykepleiers ansvar er å dekke pasientens behov, og så vidt det er mulig sikre pasientens fysiske og psykiske velbefinnende. Schmieding (2011) viser til Orlando (1961) som sier om pasienten at denne har en umiddelbar evne til å kommunisere sitt behov for hjelp, nonverbalt når de ikke er i stand til å kommunisere verbalt. For Orlando (1961) er sykepleieprosessen en hermeneutisk prosess hvor hovedvekten er lagt på samspillet mellom pasient og sykepleier. Når Eide og Eide (2011) presenterer begrepet sykepleieprosess legger de vekt på de kommunikative aspektene ved dette. Sykepleieprosessen består av en reflekterende dialog med pasienten, hvor de grunnleggende elementene er pasientens adferd, sykepleierens reaksjon og sykepleierens handling til fordel for pasienten. Målet med dialogen er å kunne yte profesjonell hjelp (Figur 2).



*Fig. 2. Orlando's sykepleieprosess beskrevet i tre klargjøringstrinn.*

Orlando (1961) mener det trengs en bevisstgjøring av sykepleierens kommunikasjon med pasienten. Sykepleierens forståelse og følelsesmessige reaksjoner kan være både relevante og irrelevante, de kan være rette eller gale, passende eller upassende. Det kan gjøre at sykepleieren handler til hjelp eller til skade for pasienten. Det viser at sykepleierens handlinger og reaksjoner må disiplineres. Schmieding (2011) viser til Orlando (1961) som antar at personer utviser så vel verbal som nonverbal kommunikasjon og at beviser for slik adferd er å observere endringer i pasientens adferd. Hun begrunner dette med at når et menneske ikke selv er i stand til å dekke sine behov så blir de “ille til mode”. Kommunikasjon foregår på ulike nivåer, både verbalt og nonverbalt.

Den reflekterende sykepleieprosessen har som mål å sikre sykepleiefaglig vurdering og tiltak ved hjelp av bedre forståelse for pasientens situasjon (Eide og Eide, 2011). I denne studien vil det være fokus på det som skjer i sykepleieprosessens første trinn.

### **1.5 Problemstilling og hensikt**

Med bakgrunn i ovenstående kunnskapsgrunnlag vil problemstillingen være knyttet til at personer med demens, uten språk har en risiko for å ha smerter som ikke blir oppdaget.

Hensikten med studien er å finne ut hvordan sykepleier kan identifisere om personer med alvorlig demens opplever smerter som ikke blir oppdaget.

## 2.0 METODE

For å få innsikt i kunnskap som belyser problemstillingen er det benyttet en litteraturstudie. Thidemann (2015) sier det er nødvendig å pendle frem og tilbake i kildematerialet for å få innsikt i kunnskapsområder som belyser problemstillingen. Ressurslitteratur som er anvendt som kildemateriale er pensumlitteratur og artikler som er presentert gjennom studiet. I tillegg ble det søkt etter relevante forskningartikler i ulike databaser. Ved å vurdere kritisk og diskutere kildematerialet og resultater i lys av problemstilling og hensikt demonstreres en kunnskapsforståelse. En litteraturstudie er en velegnet metode fordi det, som Thidemann (2015) beskriver det, systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. I NTNU Gjøvik's retningslinjer er dette beskrevet som den akademiske metoden som skal benyttes for innhenting av fag- og forskningsbasert kunnskap. Om forskningsbasert kunnskap sier Kristoffersen (2012) at dette er et av tre komponenter i kunnskapsbasert praksis.

Sykepleierstudenter ved NTNU Gjøvik oppfordres til å bli kritisk tenkende sykepleiere som anvender evidens-basert kunnskap i utøvelsen av sitt yrke. Det fordrer at man som sykepleier må kunne søke opp den nyeste vitenskapelige forskningen om konkrete kliniske problemer. Bjørø og Kirkvold (2011) sier at styrken ved denne tilnærmingen er at den vektlegger å samle, sammenligne, kritisk vurdere og dernest syntetisere tilgjengelig vitenskapelig kunnskap.

### 2.1 Litteraturstudie som datainnsamlingsmetode

Thidemann (2015) beskriver metode som en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. Metodebeskrivelsen skal være så presist formulert at andre skal kunne etterprøve det en har gjort og komme til samme konklusjon. I denne Bacheloroppgaven ble det anvendt litteraturstudie som metode.

Kristoffersen (2012) beskriver essensen i kunnskapsbasert praksis som at fagutøvelsen skal baseres på det beste innen forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. En definisjon Vandvik (2007) har gitt på kunnskapsbasert praksis er "Kunnskapsbasert praksis er å basere fagutøvelsen på forskningsbasert kunnskap integrert med klinisk erfaring (erfaringsbasert kunnskap) og pasientens preferanser" (Kristoffersen, 2012 s.166).

Aveyard (2014) definerer litteraturstudie som en omfattende studie og tolkning av litteratur som relaterer seg til et spesifikt tema. Hensikten med å gjennomføre en litteraturstudie er å finne svar på en problemstilling gjennom å analysere relevant litteratur på en systematisk måte. Det hevdes av Aveyard (2014) at litteraturstudier er viktig fordi de kan lede til ny innsikt når man ser forskjellige forskningstudier opp mot hverandre. Denne innsikten kommer ikke dersom man ikke undersøker alle tilgjengelige studier på et tema.

Et systematisk søk ved starten av en litteraturstudie vil bidra til å identifisere det mest relevante publiserte materialet. Ved å sette valgte MeSH (Medical Subject Headings) inn i en strukturert matrise som viser antall treff, blir materialet som er valgt for studien også tilgjengelig for leseren. Aveyard (2014) sier at en slik omfattende og grundig strategi vil sikre at man finner de artiklene som er relevant for valgte tema. For å komplementere søket kan det letes etter materiale ved å søke blandt artikler som har sitert til den aktuelle teksten eller man kan gjøre et kjedesøk ved å anvende kildene som er brukt i de valgte artiklene.

## **2.2 Søkeprosess**

Søket pågikk i perioden januar til april 2016. Etersom studien har pågått ble det søkt med nye søkeord og kombinasjoner. Søk som ikke ledet fram til funn av aktuelle artikler er ikke tatt med i søkehistorikken.

### 2.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det var ønskelig å inkludere artikler som er publisert i tidsskrifter som er godkjente som publiseringskanal for vitenskaplige artikler. I utgangspunktet var søket begrenset til de siste 5 år, men noen artikler ble funnet aktuelle selv om de er eldre enn 5 år. Det ble også tatt hensyn til hvilke land forskningen er gjort i slik at resultatene kunne overføres til eller var sammenlignbare med Norge. Inkluderte artikler skulle omhandle kommunikasjon og samhandling mellom pasient og sykepleier, eller smerteuttrykk hos personer med demens uten verbalt språk og ulike metoder for strukturert identifisering av smerter.

### 2.2.2 Søkeord og database

Av databaser ble det brukt Cinahl, Ovid, SweMed og Pub Med. For å få en strukturert oversikt over søkehistorikken ble det laget en tabell som viser søkeord og antall treff.



Første søk ble startet med søkeord som dementia, pain og nonverbal communication. Deretter ble disse søketermene kombinert med det som Thidemann (2015) refererer til som boolske operatører. De vanligste er AND, OR og NOT. Da problemstilling og hensikt i denne studien inneholder flere elementer ble det i søkeprosessen mest aktuelt å bruke bare AND. Fokuset var kroppsspråk og nonverbal kommunikasjon. Målet var å finne hvordan sykepleier kan identifisere om personer med alvorlig demens opplever smerter som ikke blir oppdaget. Derfor ble nurs\* lagt til som et av søketemene. Thidemann (2015) sier at bruk av et slikt trunkeringtegn betyr at det søkes på en ordstamme og resultatet vil bli et utvidet søk. Siden de fleste pasienter med alvorlig demens bor i sykehjem er også søketermen Nursing Homes tatt med i noen søk.

## 2.3 Utvalgsprosess

Database/ Søkemotor	Søk nr. +kombo	Søkeord/ Emneord	Antall treff	Kommentarer til søket/treffliste	
Cinahl (17.02.-16)	1a	Severe dementia	128	Full tekst/ 10 år	
	2a	Nonverbal communication	3091	Full tekst/ 10 år	
	1a+2a	<i>Funn: Artikkel 1</i>	3		
	3a	Dementia	15212	Full tekst/ 10 år	
	2a+3a	<i>Funn: Artikkel 2</i>	68		
				Full tekst/ 5 år	
	(25.04.-16)	1b	Dementia	7685	Full tekst/ 5 år
		2b	Nonverbal communication	1676	Full tekst/ 5 år
		3b	Nurs*	50788	Full tekst/ 5 år
		1b+2b+3b	<i>Funn: Artikkel 3</i>	11	
(29.04.-16)	1c	Dementia	7699	Full tekst/ 5 år	
	2c	Pain	21849	Full tekst/ 5 år	
	3c	Nurs*	87397	Full tekst/ 5 år	
	1c+2c+3c	<i>Funn: Artikkel 4</i>	55		
Artikkel 1: <b>The Sosial Function of Imitation in Severe Dementia.</b> <i>Infant and Child Development</i>				Årgang: 2006 NSD: Nivå 1 Kvalitativ studie	
Artikkel 2: <b>Effective communication with people who have dementia</b> <i>Nursing Standard</i>				Årgang: 2011 NSD: Nivå 1 Review	
Artikkel 3: <b>Quality care for persons experiencing dementia: The significance of relational ethics</b> <i>Nursing Ethics</i>				Årgang: 2013 NSD: Nivå 2 Kvalitativ studie	
Artikkel 4: <b>Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting</b> <i>International Journal of Palliative Nursing</i>				Årgang: 2015 NSD: Nivå 1 Kvantitativ studie	

Fig. 3 Søkehistorikk Cinahl

Artikkel 1 av Astell og Ellis (2006) ble valgt fordi de sa noe om personer med demens' evne og vilje til å kommunisere selv med mangefull evne til å produsere språk.

Artikkel 2 av Jootun og McGhee (2011) og artikkel 3 av Sellevold et al. (2013) ble valgt fordi de sa noe om hvordan sykepleiere bør forholde seg for å oppnå god kommunikasjon med personer med demens og hva relasjonskompetanse betyr for å identifisere smerte hos personer med demens.

Artikkel 4 av Burns og McIlfatric (2015) sier noe om sykepleiere sin kunnskap og holdning til smertevurdering hos personer med demens.

Artikkel 5 av Hodgson et al. (2014) forteller hvordan pårørende opplevde at personer med demens som de hadde omsorg for forandret kroppsspråk og uttrykk når de hadde smerter.

Database/ Søkemotor	Søk nr./ kombo	Søkeord/ Emneord	Antall treff	Kommentarer til søket/treffliste	
PubMed (19.02.-16)	1a	Severe dementia	2388	Full tekst/ 5 år	
	2a	Discomfort	9095	Full tekst/ 5 år	
	1a+2a	<i>Funn: Artikkel 4</i>	8	Full tekst/ 5 år	
	(25.04.-16)	1b	Dementia	41476	Full tekst/ 5 år
		2b	Nurs*	127293	Full tekst/ 5 år
		3b	Pain assessment	33876	Full tekst/ 5 år
1b+2b+3b		<i>Funn: Artikkel 5</i>	153	Full tekst/ 5 år	
Artikkel 5: <b>Caregivers's perception of the relationship of pain to behavioral and psychiatric symptoms in older residing adults with dementia</b> <i>The Clinical Journal of Pain</i>				Årgang: 2014 NSD: Nivå 1 Kvantitativ studie	
Artikkel 6: <b>Pain and Aggression in Nursing Home Residents with Dementia</b> <i>Nursing Research</i>				Årgang: 2015 NSD: Nivå 1 Kvantitativ studie	
Artikkel 7: (Kjedesøk fra artikkel 5) <b>The facial expression of pain in patients with dementia</b> <i>Pain</i>				Årgang: 2007 NSD: Nivå 2 Ekspriment	

Fig. 4. Søkehistorikk PubMed

Artikkel 6 av Ahn, Garvan og Lyon (2015) sier også noe om sammenhengen mellom aggressiv adferd og hvilke uttrykk som er mest aktuelle å sette i forbindelse med smerter hos personer med demens.

Artikkel 7 av Kunz et al. forteller om hvordan ansiktet kan brukes som indikator på smerte også hos en personer med demens uten verbalt språk.

Database/ Søkemotor	Søk nr./ kombo	Søkeord/ Emneord	Antall treff	Kommentarer til søket/treffliste
SweMed (29.04.16)	1	Smerte	4360	
	2	Demens	1794	
	1+2	<i>Funn: Artikkel 8</i>	29	
<b>Artikkel 8:</b> <b>Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer</b> <i>Vård i Norden</i>				Årgang 2013 NSD: Nivå Kvalitativ studie
Ovid (28.04.-16)	1	Dementia	7101	Full tekst/ 5 år
	2	Pain	13340	Full tekst/ 5 år
	3	Nurs*	63731	Full tekst/ 5 år
	1+2+3		47	
	4	Nursing Homes	3673	Full tekst/ 5 år
	1+2+3+4	<i>Funn: Artikkel 9</i>	27	
<b>Artikkel 9:</b> <b>The Response of Agitated Behavior to Pain Management in Persons with Dementia</b> <i>The American journal of geriatric psychiatry</i>				Årgang: 2013 NSD: Nivå 1 Kvantitativ studie

Fig. 5. Søkehistorikk SveMed og Ovid

Artikkel 8 av Lillekroken og Slettebø (2013) viser til at sykepleiere har best forutsetninger for å gjenkjenne hvordan personer med demens uttrykker smerte og hvordan den tolkes og vurderes. Utfordringer ved bruken av stadariserte smertekartleggingsverktøy er også inkludert.

Artikkel 9 av Husebø et al. (2013) står i forhold til artikkel 5 av Ahn, Garvan og Lyon (2015). Denne artikkel forteller noe om hvilken adferd som endret seg mest hos personer med demens når de fikk trinnvis smertebehandling.

Noen artikler ble valgt fordi de fortalte noe om hvilke uttrykk som ble satt i sammenheng med smerter hos personer med demens og språkvansker. Andre artikler var aktuelle fordi søkelyset ble satt direkte på hvilke egenskaper som var nødvendig for pleiepersonell som hadde omsorg for personer i denne pasientgruppen. Ved å bruke den boolske operatøren AND ble søket begrenset til overkommelig antall å se over titlene på. Når en tittel virket interessant ble abstraktet lest for å få innblikk i forskningsartikkelens hensikt og metode. Dette ledet frem til det utvalget av artikler som vises i matrise for søkehistorikk.

## 2.4 Kritisk granskning av utvalgte artikler

Ved kritisk gjennomgang av de valgte artiklene ble det først sett på metoden som ble brukt i undersøkelsen. Artiklene som ble valgt har fokus på samhandling og kommunikasjon mellom sykepleier og personer med demens eller hvordan smerter kommer til uttrykk hos pasienter med demenssykdom. Ved gjennomgang av hvilken metode som ble benyttet i studiene var det ønskelig at de skulle representere en bredde, med ulike perspektiv. Både sykepleierens, pasientenes og de pårørendes perspektiv er representert i de utvalgte artiklene. Problemstilling og hensikt var styrende for valg av artikler. Som det fremgår av tabell for søkehistorikk er alle artikler kontrollert slik at de er fagfellevurdert og publisert i godkjente publiseringskanaler i det aktuelle året de er utgitt. Ved å benytte søkefunksjonen i Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) er det sikkert at funnartiklene holder ønsket nivå. Nivå 1 viser til ordinære vitenskaplige publiseringskanaler og nivå 2 er de kanaler som har høyest prestige internasjonalt.

Det er både kvantitative og kvalitative artikler i utvalget. I følge Thidemann (2015) er kvantitative forskningsstudier målbare og objektive enheter, det vil si eksakt faktakunnskap. Som tabellen viser er fire av studiene kvantitative studier hvor målinger er gjort ved hjelp av standardiserte skjema. Kunz et al. (2007) har et eksperiment som metode, hvor det ble registrert om deltagere fra ulike grupper hadde sammenfallende reaksjoner under smertestimuli. Thidemann (2015) sier kvantitative studier blant annet kan vise hvordan flere forhold samvarierer og dette er aktuelt for vår problemstilling. Faren med kvantitative studier kan være at de står i fare for å generalisere og miste fokuset på det individuelle. Tre av de valgte studiene har en kvalitativ metode utført med ulike intervjueteknikker. Det verdifulle med disse studiene var at de hadde gode erfaringer og betraktninger fra personer som hadde erfaring i arbeidet med personer med demens og språkvansker, og gir derfor det Thidemann (2015) kaller dybdekunnskap. At en kvalitativ studie har kun få respondenter kan få konsekvens for forskningsresultatet. Det er derfor hensiktsmessig å ha artikler med begge metoder. Jootun og McGhee's (2011) artikkel er ikke en egen forskningstudie, men den var bygget opp etter IMRaD-struktur og fagfellevurdert. Den ble valgt med fordi den viser til mye av den kunnskap som er viktig for sykepleiere som skal kommunisere med personer med demens.

Verdens legeforening (WMA, 2013) vedtok i 1964 Helsinkideklarasjonen som er en erklæring om etiske prinsipper for forskning som omfatter mennesker, menneskelig materiale og

identifiserbare data. Den retter seg primært mot leger, men oppfordrer andre som forsker på mennesker til å rette seg etter de samme prinsipper. WMA (2013) omtaler at grupper og enkeltpersoner som er spesielt sårbare for å bli urettmessig behandlet eller påført skade. Personer med demens er en slik gruppe. I de utvalgte artiklene er de fleste observasjoner og undersøkelser gjort ved å observere pasienten i sitt vante miljø. Kunz et al. (2007) har gjort testing på personer med demens ved å utsette de for et trykkstimuli. Forskerne som har utført denne studien hevder at alle personer med demens som er med i studien fortsatt hadde samtykkekompetanse og at de har gitt sin godkjenning til å delta etter nøye og tilpasset få forklart hva de skulle være med på.

Det presiseres at de steder det står noe om medikamentell behandling så er dette et legeansvar.

## **2.5 Analyseprosess**

Etterhvert som aktuelle artikler ble funnet ble de fordelt mellom forfatterne av denne Bacheloroppgaven. Det ble vurdert relevans og faglig kvalitet. For å skaffe oversikt over innholdet ble det laget en resultatmatrise for hver enkelt artikkel (Vedlegg 1). Å lese abstraktet til en artikkel er en rask og effektiv måte for å bli kjent med en vitenskapelig artikkel. Den gir ofte et sammendrag over de ulike elementene i IMRaD. For å bli godt nok kjent med materialet til at det skal danne grunnlaget for denne studie ble alle artiklene lest og diskutert. Tidemann (2015) kaller dette reflekterende og kritisk lesing. Å skrive resultatmatrisen var en god måte å bli kjent med arbeidet som forskerne hadde gjort. Det ga et godt overblikk over artiklene og mulighet til å se de opp mot hverandre. Figur 6. viser eksempel på en slik resultatmatrise som ble brukt under kritisk granskning og analyse av artiklene.

Etter endt analyse var det hensiktsmessig å dele inn resultatet i tre kategorier:

1. Sykepleierens behov for kunnskap
2. Sykepleierens behov for å identifisere kommunikasjonsuttrykk
3. Sykepleierens behov for å ha kommunikasjons- og relasjonskompetanse

Artikkel 3.

<b>Forfatter</b> <b>Artikkel</b> <b>Land, år</b>	Sellevoll, G. S., Egede-Nissen, V., Jakobsen, R og Sørlø, V. <i>Quality care for persons experiencing dementia: the significance of relational ethics.</i> Norge, 2013
<b>Introduksjon</b>	Flere og flere personer over hele verden får en demenssykdom. Det er gjennom forskning godt dokumentert at pleie til personer med demens er utfordrende. Likevel viser det seg at det er vanskelig å gi god pleie. En personsentrert tilnærming kan understeke behovet for individuell tilnærming og føre til en verdiendring hos sykepleiere som jobber med personer med demens.
<b>Hensikt</b>	Dette er en artikkel fra en større studie. Denne artikkelens hensikt er å beskrive helsearbeideres erfaringer med det etisk vanskelige og mulighetene i forhold til personer med demens, og hvordan det virker inn på kvaliteten i pleien.
<b>Metode</b>	Dette er en kvalitativ tilnærming basert på analyse og tolking av individuelle åpne intervju. Deltagerne var 9 kvinnelige og 3 mannlige helsearbeidere som jobber ved to forskjellige sykehjem i Norge.
<b>Resultat</b>	De kom frem til 3 hovedpunkter med underpunkt. Det er å sense pasientens uttrykkform, å forstå pasientens uttrykksform og gjensidighet i uttrykksform
<b>Konklusjon</b>	Det overordnede mål i demensomsorgen er å beskytte og opprettholde best mulig livskvalitet. For å handle i beste mening er det påkrevet med oppmerksomhet og bli berørt av en persons situasjon, for å skjønne hva han trenger. Resultatene viser at en sansende tilstedeværelse er en forutsetning for god behandling og for å nå og forstå de pasientene det er viktig å ta utfordringen med å forstå hvordan de uttrykker seg og hva de prøver å uttrykke.
<b>Relevans til tema</b>	Erfaringsbasert kunnskap fra helsearbeidere som viser viktigheten av å ha fokus på person og ikke sykdom i samhandling med personer med demens for å identifisere behov.
<b>Kritisk granskning</b>	Troverdig da forfatterens navn, arbeidssted og kontaktinformasjon er beskrevet. I artikkelen beskrives sykepleierens subjektive oppfatninger og meninger om hva som er god pleie. I artikkelen vises det til referanser som understøtter funnene i artikkelen. Egnert for denne oppgave da den beskriver sykepleierens egne tanker og erfaringer med hva som er kvalitet i pleie til personer med demens.

Fig. 6. Eksempel på resultatmatrise med kritisk granskning

### 3.0 RESULTAT

Kan vi stole på resultatene? Dette er et vanlig spørsmål i forskningsprosjekter. Særlig i kvalitative forskningsprosjekter. Bjørk og Solhaug (2008) viser til Kvale (1997) som mener en vanlig kritikk ved kvalitative forskningsprosjekter er tolkning av intervjuer, det er fordi en kan finne ulike meninger i samme utvalg ettersom hvem som tolker resultatet. En oppsummering av talldata, tema, kategorier, prosesser eller teorier som ble funnet i løpet av studien skal komme frem i resultat. Det skal her gis noen svar på problemstillingen (Bjørk og Solhaug, 2008). Ut fra analysen var det naturlig å dele inn resultatene i følgende kategorier. Å ha kunnskap om sykepleie til personer med demens, å identifisere kommunikasjonsuttrykk ved smerter hos personer med alvorlig demens samt å ha kjennskap til kartleggingsverktøy og å ha kommunikasjonsferdigheter og relasjonskompetanse.

#### **3.1 Å ha kunnskap om sykepleie til personer med demens**

Burns og McIlfratrick (2015) ønsket å undersøke hvor mye kunnskap sykepleiere hadde om vurdering av smerter hos personer med demens. Halvparten av sykepleierne som svarte på undersøkelsen mente at smerter ikke var en naturlig konsekvens av aldring, selv om dette ikke var statistisk markant. Majoriteten mente personer med demens tydeliggjorde sine smerter ved å endre adferd. Oppfatningen av smerte var også anderledes hos disse pasienten enn hos kognitivt friskere personer. Alle som deltok i undersøkelsen mente fysiske indikatorer var viktig for å identifisere smerter og at vurderinger gjort av blant annet familiemedlemmer var viktig.

Jootun og McGhee (2011) sier det er viktig at pleiepersonell har god kunnskap om utviklingen av demenssykdom og andre aldersrelaterte forandringer som kan påvirke kommunikasjon. De må bruke passende strategier for å kunne gi individuell pleie. De viser til Kitwood's (2001) personsentrerte tilnærming til pasienten. Slik individuell pleie fokuserer på empowerment, velvære og autonomi. Personsentrert omsorg gjør sykepleieren i stand til å være sensitiv for og lete etter gjenværende kommunikasjonsferdigheter i stedet for svikt. Dermed kan personen med demens oppmuntres til å kommunisere på den måten som passer han best og som er tilpasset hans evner (Jootun og McGhee, 2011). Sellevold et al. (2013) har funnet at omsorg til personer med demens med god kvalitet har mange av de samme

elementene ved seg som personsentrert omsorg. Sykepleiere må kjenne viktigheten av å være gode på kommunikasjon. Det gir muligheten til å bygge en god og trygg relasjon med pasienten. Det er sykepleierens sin plikt å hjelpe pasienten til å kommunisere og det forutsetter kjennskap til demens og hvordan sykdommen påvirker kommunikasjonsevnen.

Ahn, Garvan og Lyon (2015) viser til Chang et al. (2011), Hadjisstravropoulos et al. (2011) samt Wall og White (2012) som sier at en pasientsentrert tilnærming kan forbedre pasientens velbefinnende og redusere sannsynligheten for aggressiv adferd. Derfor kan sykepleiere, som jobber nær pasienten, spille en viktig rolle i forebygging, kartlegging og behandling av smerte i sykehjemsbeboere, spesielt de pasientene med demens som ikke kan uttale sine smerter.

Ahn, Garvan og Lyon (2015) mener det er viktig for sykehjemmene å lære opp helsepersonellet i at aggressiv adferd kan være forårsaket av mange faktorer, som for eksempel smerte. I tillegg bør helsepersonellet ha tilgang på adekvate kartleggingsverktøy og opplæring i bruken av dem.

Burn og McIlfratrick (2015) viser til at de fleste av sykepleierne mente det er hensiktsmessig med ikke-medikamentelle metoder for behandling av smerter hos personer med demens. Flere av sykepleierne hadde deltatt på kurs eller egen utdanning om smertelindring til personer med demens. De som hadde fått slik opplæring for mindre enn to år siden følte seg sikrere i sine avgjørelse om smertevurdering enn de som ikke hadde fått undervisning. Barrierer for å oppnå en optimal smertebehandling var dårlig bemanning. Eller at pasientene nektet å ta medisin når de ikke forstod sammenhengen mellom behandling og sin egen situasjon. Manglende støtte fra lege ble også oppgitt som en årsak til at adekvat smertebehandling var en utfordring.

Sellevold et al. (2013) har funnet at relasjonen mellom sykepleier og pasient er av avgjørende betydning for kvaliteten på pleien til personer med demens. Gjennom narrative dybdeintervju med 12 helsearbeidere fra to ulike sykehjem i Norge har de summert opp hva disse ansatte mente var viktig for å oppnå god kommunikasjon med personer med demens. Dette ble strukturert ved å ha tre hovedtema for analysen. Hvordan de senset pasientens uttrykk, hvordan disse uttrykkene skulle forstås og gjensidighet i samhandling med pasientene. Det er viktig for kvaliteten på omsorgen at de ansatte har med seg en forståelse for konsekvensen demenssykdommen har på tap av språk og språkforståelse, på orienteringsevne og kognitive



evner. I møte med pasientene ble det fokusert på gjenværende ressurser og og ikke begrensninger. De brukte verbal kommunikasjon bevisst for å oppnå kontakt med pasientene.

Noen opplevde at de fikk en eller annen form for respons som svar som kunne indikere at pasienten forstod hva som ble sagt. Informantene vektla at de brukte sitt eget kroppsspråk bevisst i kommunikasjon med personer med demens. Ved å ta på pasientene mens de snakket til dem opplevde informantene at de fikk respons fra pasienten ved at de blunket, løftet blikket eller forandret sin kroppsholdning. Det er nødvendig for å oppnå god kvalitet på pleien at de som yter omsorg har en individuell tilnærming. Sellevold et al. (2013) viser til at sykepleierne mente det var viktig at de som yter omsorg for personer med demens ikke hadde negative holdninger til pasientens følelsesmessige utbrudd. Derimot måtte de forstå at dette var tegn på at pasienten ikke ble forstått, hadde smerter eller hadde andre behov. De måtte også forstå forskjellige verbale og nonverbale uttrykk. Blant annet kunne pasientene fortelle noe om sine følelser med øynene.

Lillekroken og Slettebø (2013) understreker at systematisk smertevurdering og dokumentasjon vil være vesentlig for å fremme kvalitet i demensomsorgen og utøve faglig forsvarlighet. For at helsepersonell skal kunne gjøre dette betinges det en klinisk kunnskap. Personellet trenger tid til å bli kjent med pasienten og ha tid til å reflektere med kollegaer for å foreta en så nøyaktig smertevurdering som mulig. Tegn på smerte kan være vandring, aggressiv adferd, roping, gråting og endret adferd. Pasientens adferd og eventuell behov for medisiner dokumenteres. Om det avdekkes behov for smertelindring skal det velges smertestillende tiltak som er tilpasset pasientens behov. Lillekroken og Slettebø (2013) påpeker også i sin konklusjon at sykepleiere har ansvar for egen fagutvikling og å jobbe kunnskapsbasert.

### **3.2 Å identifisere kommunikasjonsuttrykk ved smerter hos personer med alvorlig demens**

Ahn, Garvan og Lyon (2015) sier at selvrapporing, som er gullstandaren for vurdering av smerte hos kognitivt friske personer, ikke er passende til å bruke hos personer med demens. Det er fordi disse personene har nedsatt evne til å huske, vurdere og svare på hvordan smerten er eller var. Astell og Ellis (2006) har gjort en case studie på en 79 år gammel dame, Jessie, med alvorlig demens og språkvansker med det utgangspunktet at de mener alle mennesker har

en medfødt evne til å kommunisere ved å speile seg i ansiktsuttrykkene til sin samtalepartner. Jessie's ønske om å ha en kommunikasjon med en annen ble understreket ved at samtalepartneren utførte det som Astell og Ellis (2006) kaller et nøytralt ansikt. Dette er da et uttrykksløst ansikt som ikke inviterer motparten til noen som helst handling. Under periodene med nøytralt ansikt gjorde Jessie ulike forsøk på å få i gang igjen samtalen, som å snakke direkte til eller flytte seg nærmere samtalepartneren. Kun ved 3 av 13 tilfeller med nøytral ansikt gjorde hun tegn til å reise seg å gå. Resultatet viste at Jessie fortsatt hadde viljen til å kommunisere og delta i sosiale sammenhenger, selv om hun manglet evne til å produsere et forståelig verbalt språk. Hun hadde et repertoar av kommunikative gester og adferd som var forståelige i en sosial setting (Astell og Ellis, 2006). Studien til Astell og Ellis (2006) viser at selv om personer med alvorlig demens har et språk som er vanskelig å forstå skal vi ikke utelukke at de har evne til å fortelle noe om seg selv. Sykepleier kan oppfordre til kommunikasjon ved å speile både ansiktsuttrykk og gester. Astell og Ellis (2006) viser til Phillipot, Feldman og Coats (1998) som sier at slik "speiling" og reflektering tilbake er anerkjente teknikker for formidling av empati og vedlikehold av et positivt miljø for kommunikasjon.

Hodgson et al. (2014) henviser til tidligere studier av Benedetti et al. (2004) som viser sammenhengen mellom smerte og adferdsforstyrrelser. De mener at når smerten øker så øker også symptomene på adferdsforstyrrelser. De sier at pårørende også oppdaget at det ble økning i adferdssymptomer som agitasjon, angst, vrangforestillinger og rastløshet når personen hadde mer intens smerte. Ahn, Garvan og Lyon (2015) viser til studier av Ahn og Horgas (2014), Kunik et al. (2010), Norton et al. (2010) som viser at smerte kan være medvirkende årsak til aggressive adferdssymptomer hos pasienter med demens. Dette er noe som samsvarer bra med Burns og McIlfatric (2015), Kunz et al. (2007), Husebø et al. (2013), Lillekroken og Slettebø (2013) og Sellevold et al. (2013) som alle sier noe om at det er en sammenheng mellom smerter og nonverbale uttrykk.

Ahn, Garvan og Lyon (2015) viser til Enmarker, Olsen og Hellzen (2011), Karlsson et al. (2013) og Long (2013) som mener personsentrert tilnærming kan forebygge eller dempe Adferdssymptomene og Brorson et al. (2014) som sier at pleiepersonell for eksempel kan bli trent i å gjenkjenne tegn på smerte hos pasienter med demens som ikke kan kommunisere verbalt. Husebø et al. (2013) har undersøkt hvilke former for utagerende adferd hos personer med demens som hadde størst nedgang ved at pasientene fikk ulike former smertestillende.

Ved å bruke Choen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), ved fire og åtte ukers intervensjon, som screeningsverktøy. En gruppe fikk smertestillende, mens en kontrollgruppe fikk pleie og omsorg som før. Størst nedgang så Husebø et al. (2013) i verbal aggitasjon. Slik adferd ble beskrevet som klaging, konstant søken etter oppmerksomhet, repeterende spørsmål og negativisme. Det neste som viste en forandring var fysisk nonaggressive adferd som for eksempel vandring, prøve å komme seg et annet sted, generell rastløshet og upassende oppførsel (f.eks ved å kle av seg), eller repeterende manier. Også hos de med aggressive adferd som førte til at de slo, sparket, klorte, dyttet, bet, spyttet, ødela ting eller seg selv eller ropte hadde en klar forskjell i score etter åtte uker i følge CMAI. Resultatet viste dessuten at kontrollgruppen fremdeles lå tilsvarende høyt på scoringen som ved baseline. Husebø et al. (2013) mener at når denne og andre lignende undersøkelser blir satt inn i kontekst så er det klart at det er en sammenheng mellom disse adferdssymptomene og smerter hos personer med demens. Helsepersonell og pårørende må være oppmerksomme på forandringer i adferd som kan settes i sammenheng med smerter.

Sellevold et al. (2013) sine informanter fortalte at ulike tonelag, i for eksemple roping, sa noe om pasientens følelser og behov for omsorg. Informantene sa også at kroppspråket til pasienten kunne fortelle noe om behovet for pleie. Forskjellige typer av uro, som vandring, sitte urolig eller bevegelser i hender eller ansiktet. Den negativ situasjonen skapte en form for angst hos pasientene og god omsorg var da å prøve å hjelpe dem ut av det.

Kunz et al. (2007) konkluderer i sin artikkel "The facial expression of pain in patients with dementia" at ansiktet hos en person med demens og redusert evne til selvrapportering og kognitiv svekkelse viser smerte og grad av smerte minst like bra som hos friske personer. Derfor mener de kan ansikts uttrykk være et godt alternativ for å vurdere smerte hos personer med demens som mangler verbalt språk.

### 3.2.1 Å ha kjennskap til smertekartleggingsverktøy

Burns og McIlfatric (2015) sier at smertekartlegging er utfordrende siden personer med demens kanskje ikke kan huske smerten, tolke sin smerte og har problemer med å formidle den. Det finnes flere kartleggingsverktøy for å vurdere smerte hos personer med demens men det er diskusjoner rund nytten og kvaliteten på dem. De fleste informantene i denne studien synes det er vanskelig å identifisere smerte hos personer med demens. De visste om ulike

kartleggingsverktøy men var usikre på bruken av dem og hadde heller ingen rutiner for bruk av slike smertekartleggingsverktøy. Lillekroken og Slettebø (2013) fant også at sykepleierne i sin studien syntes det er utfordrende å jobbe med smertekartlegging hos personer med demens. Det er en rekke forhold det må tas hensyn til ved smertekartlegging og smertebehandling hos denne pasientgruppen. Det er pasientens høye alder, comorbiditet og polyfarmasi, rutiner for smertekartlegging og smertelindring og etiske betraktninger ved behandling av pasientens smerter. Sykepleierne som ble intervjuet fortalte at de sjelden eller aldri benyttet smertekartleggingsverktøy. De hadde kunnskaper om kartleggingsverktøyene men var usikre på om de kunne benyttes hos personer med demens. Informantene mente at en er avhengig av graden av kognitiv svikt når en skal benytte kartleggingsverktøy som forutsetter verbal tilbakemelding. De mener all behandling av pasienter med demens må igangsettes på bakgrunn av en systematisk kartlegging. Informantene ytret ønske om rutiner og felles retningslinjer for smertekartlegging.

### **3.3 Å ha kommunikasjonsferdigheter og relasjonskompetanse**

Jootun og McGhee (2011) viser til ferdigheter som er nødvendig for god kommunikasjon med personer med demens. Personer med demens kan ha vansker med å uttrykke seg på en forståelig måte og sykepleiers evne til å identifisere pasientens behov blir påvirket. Det vises til Miller (2002) som sier at pasienter med demens får stadig dårligere evne til å kommunisere og dette kan skape utfordringer for sykepleiere som kan gå på bekostning av kvaliteten på omsorgen. Omstendighetene rundt, for eksempel hvor en befinner seg når en skal ha samtale, har også innvirkning på kommunikasjonen og hvordan den oppfattes.

Sykepleiere kan møte mange utfordringer når de har omsorg for personer med demens. Jootun og McGhee (2011) viser til Egan (2002) som foreslo å bruke forkortelsen SOLER når en skulle kommunisere non-verbalt:

**S-** Sit- en skal sitte mot pasienten ansikt til ansikt

**O-** Open- å ha en åpen holdning

**L-** Lean- å sitte litt foroverlent

**E-** Eyecontact- holde øyekontakt

**R-** Relaxed- ha en avslappet holdning

Dette er teknikker som kan være nyttige når en skal kommunisere med personer med demens. Det er likevel viktig å huske på at det må tas hensyn til at det ikke er like passende når en har med personer med alvorlig demens som kan oppleve psykose-symptomer.

Jootun og McGhee (2011) mener at sentrum for all pleie er en relasjonen med et annet menneske uansett hvor kort eller langt møtet varer. Sykepleiere trenger gode kommunikasjonssevner for å kunne innlede en relasjon med pasienter og fremme et terapeutisk relasjon. Det henvises til Morris og Morris (2010) som argumenterte for at dette er en kompleks dynamikk som viser kvalitet i sykepleier-pasient relasjonen og er betydelig påvirket av hver parts evne til å kommunisere. Jootun og McGhee (2011) mener også at å etablere et terapeutisk forhold til pasienten vil gjøre dem trygge nok til å uttrykke sine behov. Det er bare gjennom god kommunikasjon og å bygge opp en god terapeutisk relasjon at sykepleiere kan identifisere og møte hver enkelt pasient sitt unike behov. Astell og Ellis (2006) viser at selv om personer med alvorlig demens har et språk som er vanskelig å forstå skal vi ikke utelukke at de har evne til å fortelle noe om seg selv.

Jootun og McGhee (2011) mener det er grunnleggende krav til god kommunikasjon. Det er at innholdet skal referere temaet som det ønskes kommunisert om. Og strukturen, hvordan senderen setter sammen setningen, skal være forståelig. Setningen skal være grammatisk riktig og det skal brukes et passende språk som forstås av både sender og mottager. Sykepleiere trenger også en forståelse av hvordan språklige variasjoner har innvirkning på hvordan flyten i kommunikasjonen blir og det kan påvirke meningen med setningen. Dette er for eksempel volum, om vi snakker høyt eller lavt. Tonehøyde, som brukes for å understreke meningen. Hvor raskt vi snakker, som brukes for å uttrykke forskjellige følelser og holdninger. Stemmeleiet, som er kombinasjon av volum, tonehøyde og hastighet brukes for å formidle forskjellige beskjeder. Småord som brukes under samtale slik som “mm”, “jeg skjønner” og “riktig” indikerer om lytteren er interessert og om han er enig. Dette er også kjent som sosiale forsterkere. Valg av ord og hvordan disse understrekes kan også indikere om en virker interessert eller ikke.

Jootun og McGhee (2011) konkluderer med at sykepleiere som har omsorg for personer med demens må ha forståelse for at god kommunikasjon har stor innvirkning på pasientenes velbefinnende og livskvalitet. Evnen til å tilpasse kommunikasjonen for at en skal kunne samhandle med personer med demens eller å adoptere noen av strategiene som de har skrevet om gir grunnlag for et godt samarbeid og en god relasjon med pasienten. Disse strategiene er

å nærme seg pasienten fra foran når en skal ha kontakt med vedkommende. Å være vendt mot pasienten når en skal snakke til vedkommende og gjerne gi tegn som et stryk på armen eller å bruke personen sitt navn når en skal innlede en samtale. En bør sikre at miljøet er fritt for distraksjoner. Når en snakker med pasienten bør en bruke et enkelt språk og snakke langsomt med korte, enkle setninger. Pasienten skal snakkes til som en voksen person og det skal ikke snakkes over hodet på pasienten. Under samtalen må en gi tid til pasienten så han kan forstå informasjonen som er gitt og gi respons uten at den en kommuniserer med prøver å gjette seg til hva pasienten prøver å si. Pasienten må få fullføre sine egne tanker og få tid til å lete etter ord. Etter pasienten har sagt noe kan setningen repeteres med tydelig stemme, for å sikre at vi har forstått. Om pasienten har problemer med å uttrykke seg kan han oppmuntres til å skrive ned ordet han prøver å si og be han om å lese det høyt. Det kan være nyttig å bruke bilder. Pasienten kan finne nytteverdien ved å si “jeg trenger”, “jeg ønsker” og lignende og peke på passende bilde. Ikke korriger pasienten om han gjør feil og ikke presse han til å gi svar. Pasienten bør oppmuntres til å bruke den måten å kommunisere på som passer vedkommende best. Berøring kan brukes for å hjelpe til å holde fokus og for å etablere en annen kommunikasjonsmetode og tilby trygghet og oppmuntring. En skal alltid unngå å diskutere med og motsi pasienten. Resultatet i studien til Astell og Ellis (2006) viste at Jessie fortsatt hadde viljen til å kommunisere og delta i sosiale sammenhenger, selv om hun manglet evne til å produsere et forståelig verbalt språk. Hun hadde et repertoar av kommunikative gester og adferd som var forståelige i en sosial setting.

I studien av Sellevold et al. (2013) fortalte informantene at de kunne se på ansiktsuttrykkene og kroppsbevegelser til pasienten om det virket som de hadde det bra. De hadde opplevd glede og øyne som viste at pasienten følte seg bra. Pasientene ble også med å prøve å løfte på beina eller snu seg i sengen selv om de var så langt kommet i sykdomsutviklingen sin at de ikke lenger kunne flytte på kroppen sin selv. Dette merket sykepleierne ved at pasienten skiftet tyngdepunkt.

## 4.0 DISKUSJON

Når personer med alvorlig demens får problemer med språket er de avhengige av sykepleiere som er lydhøre for andre måter å uttrykke seg på. Husebø (2009) viser til at tradisjonell vurdering av smerter til en stor grad er avhengig av selvrappotering fra pasienten.

Lillekroken og Slettebø (2013) mener vurdering av smerter hos personer med demens er utfordrende og stiller store krav til sykepleierens vurderingsevne og kompetanse. Det har i de siste årene vært forsket mye på smerter hos personer med demens, men fortsatt er denne pasientgruppen utsatt for under- og feilbehandlinger. Burns og McIlpatrick (2015) viser til Husebø et al. (2011) som har funnet at smerten ikke bare forblir uoppdaget, men det dekkes over ved at anti-psykotiske legemidler ofte kan være førstevalget ved adferd som oppfattes aggitert.

### 4.1 Hvilken kunnskap trenger sykepleiere om personer med demens

Orlando's (1961) sykepleieprosess er utviklet for å passe inn i sykepleierens kliniske hverdag, der hovedkomponenten er en sanselig forståelse for og et ønske om et samarbeid med pasienten. Schmieding (2011) beskriver hennes teori som en praksisteori. Dette står i forhold til det Kristoffersen (2012) beskriver som fundamentale forutsetninger for at sykepleiere skal kunne gjøre gode kliniske observasjoner. En person med demens uten språk vil stå i fare for å ha smerter som ikke blir oppdaget, om sykepleier ikke har et godt utviklet klinisk blikk. For at de observasjoner som gjøres via sansene skal gi mening og innhold må de sees i lys av teoretisk kunnskap og den erfaring som sykepleieren har (Kristoffersen, 2012).

Jootun og McGhee (2011) påpeker at sykepleiere trenger god kunnskap om utviklingen av demenssykdom og andre aldersrelaterte forandringer som kan påvirke kommunikasjon. Engedal (2016) viser til den britiske teologen og psykologen Tom Kitwood (2001) som la grunnlaget for en omsorgskultur der det ble fokusert på personen fremfor diagnose og pleie. Dette kalles for personsentrert omsorg og verdien i dette er at det er selve *mennesket* som skal sees og behandles. Slike verdinormer beskriver Engedal (2016) som respekt for mennesker uavhengig av deres sykdom, funksjonstilstand og uavhengig av denne personens preferanser gjennom livet.

Hos Jootun og McGhee (2011) blir det også vist til Kitwood (2001) og Department of Health (2009) som mener personsentrert omsorg er viktig for å forstå det unike og individuelle hos personers evne til kommunikasjon. Personsentrert omsorg er også trukket frem av Ahn, Garvan og Lyon (2015), som mener dette forbedrer pasientens velbefinnende og kan redusere sannsynligheten for aggressiv adferd. Dette fordrer at sykepleieren har det Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug (2012) kaller innlevelsessevne, som også kalles empati. Det er dette som gjør at sykepleieren forstår hvordan pasienten har det. Derfor må sykepleier hele tiden gjøre bruk av sansene sine.

Helsepersonellet som Sellevold et al. (2013) intervjuet fortalte hvordan de brukte sansene sine, slik som øyne og ører for å prøve å forstå hva pasienter uten språk mente eller ville. Å se pasienten inn i øynene kunne fortelle mye og gjorde at de fikk fokus på pasientens non-verbale uttrykk. Å yte en personsentrert pleie tydeliggjør personligheten og mulighetene hos mennesker og fører til en holdningsendring hos dem som yter omsorg for personer med demens, sier Sellevold et al. (2013). Det kreves visse ferdigheter av sykepleiere som ønsker å virkeliggjøre idealet om personsentrert sykepleie. De må være oppmerksomme, selvkritiske og benytte pasient og pårørendes erfaringer og refleksjoner. Oppmerksomhet må være tilstede hele tiden for kontinuerlig å observere og samtale med pasienten for å vite hvordan han har det og hva han trenger. Sykepleierne må være selvkritiske for å vurdere om det de gjør er riktig og evaluere seg selv og ta lærdom av erfaringene. Det å ta nytte av pasient og pårørendes erfaringer og refleksjoner blir i altfor liten grad brukt selv om det er en viktig kilde for kompetanseutvikling (Kirkevold, 2010). Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug (2012) sier at bevisst bruk av sansene og empatievnene utgjør en svært viktig del av sykepleierens faglige kompetanse, og at slik innlevelse og sanselig forståelse må sykepleieren bruke for å skaffe seg informasjon. Dessuten må sykepleier bruke hendene bevisst. Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug (2012) sier at vi med hendene kan formidle både omsorg og skaffe informasjon. I tillegg til slike sanselige egenskaper er det viktig at sykepleier jobber kunnskapsbasert. Lillekroken og Slettebø (2013) mener sykepleiere har ansvar for egen fagutvikling og å jobbe kunnskapsbasert. Kristoffersen (2012) beskriver at kunnskapsbasert praksis er når vi tar i bruk vitenskaplig kunnskap, erfaringskunnskap og pasientens egen kunnskap og erfaring. I yrkesetiske retningslinjer er det beskrevet angående det å jobbe kunnskapsbasert at sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor eget fagområde, i tillegg til å bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Slik kunnskap er også viktig å ta med inn i et tverrfaglig samarbeid. Kristoffersen (2012) sier at



sykepleieren må ha kunnskap til å vurdere når pasienten har behov for et flerfaglig samarbeid, og at man generelt kan si at dette er når pasientens situasjon er sammensatt eller uavklart. Identifisering av smerter hos en person med demens vil for eksempel innebære at alle som jobber rundt denne personen har observasjoner som er aktuelle i forhold til pasienten. Det kan for eksempel være sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere, fysioterapeuter og lege. Kristoffersen (2012) beskriver at mennesket sees som en helhet gjennom å anlegge et tverrfaglig samarbeid, og at de ulike sidene ved pasientens livssituasjon blir sett i sammenheng. I fellesskap skapes en syntese der yrkesgruppens ekspertise og ressurser utnyttes i utvikling av løsninger til pasientens beste sier Kristoffersen (2012). Schmieding (2011) viser til Hilton (1997) som sier Orlando (1961) oppfattet sykepleie som et selvstendig fag, adskilt fra legevitenskapen. Legens instruks er til pasienten, og sykepleieren er den som hjelper pasienten med de tiltak som legen har forordnet. I lys av dette er samarbeid mellom lege og sykepleier nødvendig for å yte omsorg med god kvalitet til personer med demens.

For å sikre et godt tverrfaglig samarbeid er det vesentlig med god dokumentasjon. Alt helsepersonell som deltar i helsehjelp har i henhold til helsepersonelloven (1999) kap. 8 plikt til å føre journal og denne skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Denne journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell i følge krav til innhold. Det er viktig å tenke over om alt trenger dokumenteres. Det er ikke all uakseptabel adferd som det er etisk riktig å journalføre. I følge Lov om pasient- og brukerrettigheter § 5-1 har pasienten rett til innsyn i journal. Dette gjelder også pårørende når pasienten ikke har samtykkekompetanse etter §4-3 eller etter pasientens død. I følge Dahl og Skaug (2012) skal sykepleier gjøre seg kjent med om hvorvidt pasienten ønsker å være med og utforme det som skal utgjøre pleie og behandling. Når pasienten av ulike grunner, som for eksempel ved demens, ikke har forutsetninger til å delta skal pasienten ivaretas som den personen han er og hvilke ønsker han hadde uttrykt om forutsetningene var tilstede.

#### **4.2 Hvordan kan sykepleier identifisere kommunikasjonsuttrykk hos personer med alvorlig demens**

Flere forfattere, som Bjøro og Torvik (2010), Hodgson et al. (2014), Ahn, Garvan og Lyon (2015) og Lillekroken og Slettebø (2013), uttrykker at gullstandarden for smertevurdering er selvrapporing av sine smerter. Hos personer med alvorlig demens som ikke kan kommunisere verbalt vil dette bli vanskelig. I følge Bjøro og Torvik (2010) er disse

pasientene helt avhengige av at sykepleieren kan observere og tolke når de gir uttrykk for sine smerter på andre måter enn å kommunisere dem ut verbalt. De viser til American Geriatrics Society (2002) som har kategorisert smerteindikatorer hos gamle med demens som:

- Ansiktsuttrykk, som grimasering, rynket panne, lukkede øyne
- Verbalisering, som sukking, jamring, stønning og grynting
- Kroppsbevegelser, som beskyttende kroppsbevegelser, urolige og nervøse bevegelser
- Forandring i mellommenneskelig samhandling som aggresivitet, minkende sosiale interaksjoner
- Forandring i aktivitetsmønster og rutiner som endring i matlyst, endring i søvnmønster og økt vandring
- Forandring i mental status som økt forvirring, irritabilitet og gråtetokter

Hodgson et al. (2015) skriver om BPSD (Behavioral and psychiatric symptoms of dementia), som er spekteret av symptom som oppstår iløpet av demensutviklingen. De mest vanlige symptomene er målløs vandring, roping og skriking, fysisk uro, søvnforstyrrelser, vrangforestillinger og sosial uakseptabel adferd. De fant også en sammenheng mellom fysisk uro og smerter. Det kan tyde på at dersom personer med demens og språkvansker opplever smerter kan det resultere i både verbal og fysisk utagering. Pasienter som opplevde smerte eller ubehag på noen måte kunne bryte ut i sinne. Helsepersonellet som Sellevold et al. (2013) har intervjuet mente det var viktig at slike følelsesutbrudd ikke skapte negative følelser hos dem selv. Men at de derimot forstod at dette var en måte personer med demens ga uttrykk for at de ikke følte seg forstått eller hadde smerter. Ahn, Garvan og Lyon (2015) viser også til at aggressive adferds symptomer kan være tegn på smerter. De viste gjennom sin studie at personer som kunne selvrappotere sin smerte også ble verbalt utagerende når de hadde smerter, mens hos personer som manglet språk såg de en større økning i fysisk utagering. Lillekroken og Slettebø (2013) beskriver vandring, aggressiv adferd, roping, gråt og brått endret adferdsmønster som tegn på smerte. Hodgson et al. (2014) viser til at de pårørende som hadde omsorg for familiemedlemmer med demens opplevde en økning i angst og forvirring når disse hadde smerter. De ble også kranglete og rastløse i slike perioder.

Viktig er det å legge merke til at Husebø et al. (2013) påpeker at det de så mest av hos personer med demens som opplevde smerter er non-aggressiv fysisk utagering. Dette kan bety at adferd som er truende for personell og andre pasienter ikke er det som oftest settes i

sammenheng med smerter. Det de fant mest vanlig var at pasientene stadig søkte kontakt, laget klagende lyder eller repeterende fraser. Den fysiske adferden var heller ikke aggressiv i utgangspunktet, men kunne være oppførsel som var sosialt uakseptert, ubehagelig eller gjorde at personen kunne komme til å blamere seg. Pasienten vandret, prøvde å komme seg ut eller var generelt rastløs. Kunz et al. (2007) har hatt en studie med hensikt å se på ansiktsuttrykk hos kognitivt friske personer og personer med demens med og uten verbalt språk. Det viser seg at personer med demens viser like mye, og kanskje bedre, tegn på smerte ved ansiktsuttrykk som kognitivt friske. De mener ansiktsuttrykk kan brukes som alternativ smerteindikator også hos personer med alvorlig demens uten verbalt språk. Burns og McIlfatric (2015) sier også at sykepleierne beskriver forandring i adferd som indikator på smerte. De mener at ubehandlet smerte kan føre til psykisk ubehag som sosial isolasjon, endring i appetitt og søvnforstyrrelser.

Personer med demens som går med uoppdagede smerter kan stå i fare for å heller ikke få dekket sine grunnleggende behov. Kristoffersen (2012) viser til Henderson (1961) som sier at en person har behov for sykepleie når han mangler de nødvendige ressursene til selv å utføre gjøremål forbundet med å dekke grunnleggende behov. Henderson (1961) sier at sykepleieren må skaffe seg kjennskap til hvordan den enkelte pasienten opplever sine behov og hvordan disse best kan tilfredstilles. Det vil være vanskelig og krevende, men helt avgjørende at sykepleieren skaffer seg en slik forståelse, sier hun (Kristoffersen, 2012). Om personer med demens uten verbalt språk ikke blir forstått gjennom sine uttrykksformer og blir gående med uoppdagede smerter kan det få helsemessige konsekvenser i form av inaktivitet, forsinket mobilisering og sengeleiekomplikasjoner som pneumoni og dyp venetrombose. Det vil også kunne gi tap av selvstendighet da personen ikke vil kunne utføre handlinger han tidligere har gjort. Den kognitive og emosjonelle tilstanden kan også bli påvirket. Det kan være i form av konsentrasjonsvansker, delirium, depresjon og søvnforstyrrelse (Bjørø og Torvik, 2010). Lillekroken og Slettebø (2013) fant gjennom sine intervjuer at sykepleierne ser viktigheten av å ha kunnskaper om demenssykdommen sin utvikling. I tillegg kunne skille mellom adferd relatert til demenssykdommen og adferd som er relatert til oppstått sykdom eller skade.

#### 4.2.1 Hvordan kan sykepleiere få kjennskap til smertekartleggingsverktøy

Det er i de senere årene utviklet kartleggingverktøy som har som mål å kartlegge smerte hos personer uten evne til å til å uttrykke seg verbalt (Bjørø og Torvik, 2010).

Likevel svarer flere av sykepleierne som har vært med i studiene til Burns og McIlfatric (2015) og Lillekroken og Slettebø (2013) at de har liten kjennskap til disse og at de sjelden eller aldri bruker dem. De kom frem til at sykepleierne ønsker mer opplæring i bruken av smertekartleggingverktøy.

Det stilles store krav til sykepleiernes kompetanse og evne i forhold til kartlegging og smertevurdering hos pasienter med demens, sier Lillekroken og Slettebø (2013). Deres studie viste at sykepleierne hadde gode kunnskaper om smertebehandling, men at det var lite kunnskaper om kartlegging av smerter. De hadde heller ingen rutiner med bruken av slike verktøy. Noen hadde derimot kjennskap til døgnskjema for kartlegging av uro. Dette kan være en av forklaringene til at anti-psykotika ofte er førstevalget ved agitert adferd. Burns og McIlfatric (2015) sier også at sykepleierne som de intervjuet omtalte ressursmangel og tid som en vanlig hindring for å kunne vurdere smerte hos pasientene. Det vises til Nygaard og Jarland (2005) som også skriver at smerte hos personer med demens ofte kan være uidentifisert og at dermed antipsykotiske midler kan være brukt for å behandle utfordrende adferd. Også Husebø et al. (2013) viser til en studie som slår fast at 75 % av sykehjemspasientene bruker psykotropiske medikamenter jevnlig.

I følge Bjørø og Torvik (2010) er det viktig å gå ut fra den enkelte gamle sin kognitive funksjon når en skal velge kartleggingsskjema. De viser også til at personer med kognitiv svikt og demens er særlig utsatt for ikke å bli smertevurdert. Hos denne pasientgruppen er det nødvendig å observere adferd som kan være tegn på smerte. De mener det er viktig for sykepleiere å følge med i den raske utviklingen som skjer ang utvikling av kartleggingsverktøy og vurdere kritisk om de er pålitelige i forhold til pasientgruppen. Det er fordi denne gruppen av pasienter er helt avhengige av sykepleiere som er gode på å observere og tolke deres uttrykk for smerte når de ikke kan selvrappørere.

Berntzen, Danielsen og Almås (2011) sier at det er en utfordring å få implementert vurderingsskjemaer til daglig bruk. Sykepleiere kan vise motstand fordi de er redde for at den individuelle perspektivet blir borte og at kartleggingen skal ta for mye tid. Berntzen, Danielsen og Almås (2011) anbefaler mer bruk av kartleggingsverktøy i smertevurderingene. I Burns og McIlpatrick (2015) sin studie kom det frem at det i mange sykehjem er mangel på tid og ressurser som gjør at sykepleierne ikke føler de får gjort det de ønsker i forhold til kartlegging og kommunisering med pasientene. Det vil da oppstå en etisk vanskelig situasjon. En etisk vanskelig situasjon oppstår når det står verdier på spill som kan være vanskelig å

realisere i den gitte situasjonen. Sykepleierne ytret ønske om å vurdere og lindre smerte hos sine pasienter, men følte de ikke hadde den tid og de ressurser som trengtes for å gjøre det optimalt.

Chan et al. (2014) sier om det smertekartleggingsverktøyet de har utviklet at testen kun skal benyttes av kvalifisert helsepersonell og det står om de fleste kartleggingsverktøyene. Selv om det er både etiske og faglige argumenter blant sykepleier mot å bruke standardiserte kartleggingsverktøy kan de bidra til å øke fokuset på hva sykepleiere må rette oppmerksomheten mot for å oppdage smerter hos personer med demens. En sykepleier i Chan et al. (2014) sin studie mente at selv om kartleggingsverktøy PACSLAC-II på noen måter kunne være uegnet, så økte fokuset på at agitert adferd kunne ha sammenheng med smerter. Hun hadde lagt merke til at når pasienten ble urolig og ville hjem, kunne dette ofte settes i sammenheng med hodepine. Pleiepersonellet som hadde vært med å prøvd ut PACSLAC mente det bodro til en økt bevissthet rundt smerteadferd og fremmet en mer grundig observasjon av beboerene, i tillegg til at det styrket den tverrfaglige diskusjonen.

#### **4.3 Hvordan kan sykepleiere utvikle kommunikasjon og relasjonskompetanse**

Burns og McIlfratrick (2015) sier noe om personer med demens og manglende evnen til selv å fortelle om sine smerter. De formidler da smertene gjennom adferd og kroppsspråk. Det er sykepleierens oppgave å identifisere og hensiktsmessig vurdere smerter og hva som er effektiv behandling. Som Jootun og McGhee (2011) sier er relasjon med et annet mennesket sentrum for all pleie. Kirkevold (2010) mener at det forutsettes en anerkjennende relasjon mellom sykepleier og pasient når sykepleie skal utføres med utgangspunkt i den enkeltes behov og verdier. For at det skal være en god relasjon baserer det seg på gjensidig respekt og at en kan ha en god og åpen kommunikasjon. Dette setter igjen krav til sykepleiere om å inneha gode kommunikasjonsferdigheter og evne til å føre en dialog. Det sies også at det ikke bør være en ekspertdominert monolog, noe det kan virke som ofte kan finne sted innen helsevesenet.

Jootun og McGhee (2011) sier at sykepleiere må ha gode kommunikasjonsferdigheter for å kunne samhandle med pasienter og skape en terapeutisk relasjon. Og de påpeker at selv om verbal kommunikasjon er regnet som nøkkelkomponenten, så er det non-verbale hovedessensen i kommunikasjon mellom mennesker. Astell og Ellis (2006) viser i sin studie av Jessie at imitasjon og speiling er en medfødt evne vi mennesker har. Sykepleiere kan bruke

dette bevisst i samhandling med pasienter for å invitere til kommunikasjon. Når den som Jessie samtalte med utførte det som kalles “nøytralt ansikt” var det slik at hun gjorde forsøk på å få i gang igjen “samtalen”. Dette kan vi også tolke som at hun hadde et ønske om å delta i en form for samtale, selv om hun ikke lenger kunne produsere et forståelig språk. Om Hendersons omsorgsteori sier Kristoffersen (2012) at en pasients behov for sykepleie er definert ut i fra manglende kunnskaper, krefter eller vilje. Jessie`s reaksjon kan tolkes slik at hun har både krefter og vilje, men på grunn av den kognitive svikten har hun manglende kunnskap. Kristoffersen (2012) viser til at Henderson sier om sykepleierens rolle at det er å hjelpe pasienten med det de ellers ville ha gjort selv om de hadde hatt ressurser til det. Sykepleierens rolle er avhengig av hvilken kontekst det foregår innefor. En viktig del av sykepleien til personer med alvorlig demens er å bidra til at de ikke blir isolert på den måten at de ikke får formidlet sine behov. Når sykepleier skal identifisere om en person med demens har smerter vil vi analysere adferd og uttrykk, for så å søke bekreftelse hos pasienten. Hummelvoll (2012) sier validering er bekreftelse av individets verdi. Jootun og McGhee (2011) sier for at samhandling mellom sykepleier og pasient skal ha form av kommunikasjon må senderen ha en mottager og dersom sender ikke får feedback så har kommunikasjonen feilet. Berentsen (2010) viser til Feil (1992) som sier at et av hovedbudskapene i validering er å forsøke å forstå hvilke følelser pasienten uttrykker gjennom adferd eller utsagn. Ved å lytte uten fordommer aksepterer vi pasientens måte å se verden på. Sellevold et al. (2013) beskriver hvordan sykepleiere påpekte at når pasienten uttrykte verbal eller fysisk aggresjon så var et viktig at ikke dette skapte negative holdninger hos dem selv, men de forstod det som en måte for pasienten å kommunisere behov eller smerter. En forutsetning for god behandling er å kunne forstå de ulike verbale og ikke-verbale emosjonelle uttrykk. I følge Eide og Eide (2011) er Orlando`s sykepleieprosess avhengig av en reflekterende dialog. Denne reflekterende dialogen innebærer kommunikasjon på flere nivåer, både verbale og nonverbale. Slik Eide og Eide (2011) beskriver det, mener Orlando (1961) at sykepleieren skal dele sin reaksjon på en situasjon med pasienten og invitere ham til å bekrefte eller avkrefte. I følge Jootun og McGhee (2011) så er det å kunne kommunisere med å bidra til å ha en følelse av tilhørighet. Når en relasjon skal bygges mellom sykepleier og pasient så er det å kunne ha en god kommunikasjon og gode kommunikasjonsevner til stor hjelp. Når smerter uttrykkes forskjellig fra individ til individ kreves det av sykepleieren en individuell tilnærming til personer med demens, sier Jootun og McGhee (2011). Dette understrekes også av Sellevold et al. (2013) hvor helsepersonellet påpekte at for å oppnå god kvalitet på pleien så måtte de

fokusere på individuelle behov. Sykepleiere kan oppfordre pasienter til kommunikasjon. Dette mener Jootun og McGhee (2011) at kan gjøres ved å være sensitiv og oppmuntre til kommunikasjon på den måten som passer pasienten best. Eide og Eide (2011) mener at ved en kombinasjon av lukkede spørsmål og ferdigheter med å speile følelser og parafrasere, vil det kunne være lettere å tydeliggjøre det pasienten ønsker å formidle. Jootun og McGhee (2011) påpeker at kulturelle forskjeller gjør at uttrykk som forteller om smerter eller ubehag, slik som for eksempel gråt, kan ha ulik verdi. Noen kulturer verdsetter en mer stoisk holdning, mens andre inviterer til mer følelsesmessige uttrykk.

Ahn, Garvan og Lyon (2015) sier også at demens har en betydelig påvirkning på pasientens evne til å uttrykke sin smerte. Det kan i følge Jootun og McGhee (2011) få konsekvenser for behandlingen og pleien om pasienten har manglende evne til kommunikasjon. Dette kan gi unødig angst og frustrasjon for pasienten. Når vi ser dette sammen med Eide og Eide (2011) som sier at det er sykepleier sitt ansvar å dekke pasientens behov og så langt som råd sikre at pasienten har fysisk og psykisk velbehag og Jootun og McGhee (2011) som sier det er sykepleierens ansvar å hjelpe pasienten til å kommunisere på den måten han ønsker, så stilles det store krav til sykepleiere. Sykepleierne som Lillekroken og Slettebø (2013) har intervjuet ytret at det trengs både mer tid og ressurser for å møte pasientene på best mulig måte, da for eksempel mye av kommunikasjonen tar lang tid. Jootun og McGhee (2011) sier at sykepleier skal se etter personens gjenværende formidlingsevne i stedet for å fokusere på manglende kommunikasjonsevner. Sellevold et al. (2011) sier at helsepersonellet ser det som viktig del av behandlingen å ha fokus på pasienten sine ressurser og evner i stedet for å bare se begrensningene. Eide og Eide (2011) tar for seg det å øve opp kommunikasjonsferdigheter. Vi tar her for oss sykepleierne sin måte å oppøve gode kommunikasjonsferdigheter. Det er forskjellige metoder for å finne ut effekten av slik kommunikasjonstrening, men egentlig så er det kun pasienten og eventuelt pårørende som kan si noe om kommunikasjonen er god eller ikke. For å øve kommunikasjon kan man trene på enkeltferdigheter som å lytte aktivt, øve bekræftende teknikker både verbalt og non-verbalt, man kan øve på å stille spørsmål, strukturere en samtale og det kan øves samspill. Likevel er det situasjonene vi er borti i praksis som gir best læringsutbytte.

## 5.0 KONKLUSJON

Hovedkomponenten i Orlando's sykepleieprosess er en sanselig forståelse for og et ønske om et samarbeid med pasienten. For å kunne identifisere smerter hos personer med alvorlig demens uten verbalt språk må sykepleieren kombinere slike sanselig egenskaper med vitenskaplig og erfaringsbasert kunnskap. Sykepleiere som jobber med personer med alvorlig demens må også ha god kunnskap om demenssykdommer og sykdomsutvikling.

Sykepleieren må kunne skille mellom adferd relatert til utvikling av demenssykdommen og adferd relatert til smerte. Adferd som ofte er satt i sammenheng med smerter hos personer med alvorlig demens kan være vandring, generell rastløshet, verbale klagelyder, repetisjon av handlinger, tilbaketrekking eller konstant søken etter oppmerksomhet. Ansiktsuttrykk viser seg å være en god smerteindikator hos personer med demens som har problemer med å uttrykke seg verbalt.

Sykepleiere må være sensitive overfor individuelle forskjeller i uttrykksform hos pasienter med demens. Vurdering av smerter må bli en del av rutinene rundt om på avdelinger som har omsorg for personer med demens. Standardiserte metoder for smertekartlegging må ikke være til hinder for individuelle tilnæringsmetoder. Personsentert omsorg gjør sykepleieren i stand til å være sensitiv for og lete etter gjenværende kommunikasjonsferdigheter i stedet for personens svikt. Sykepleieren må ha tid og vilje til å bli kjent med pasientens individuelle kommunikasjonsuttrykk.



## LITTERATURLISTE

Ahn, H., Garvan, C., og Lyon, D. (2015) "Pain and aggression in nursing home residents with dementia", *Nursing research*, 64 (4), s. 256-263.

Astell, A. J. og Ellis, M. P. (2006) "The sosial Function of imitation in Severe dementia", *Infant and Child Development*, 15, s. 311-319.

Aveyard H. (2014) *Doing a literature review in health and social care*. 3. utg. Berkshire: Open University Press.

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

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

Bjørk, I. T. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. Oslo: Akribe.

Bjøro, K. og Kirkevold, M. (2012) Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red) *Grunnleggende sykepleie, Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Bind 1. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 343-380.

Bjøro, K. og Torvik, K. (2010) Smerte I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk s.350-382.

Brinchmann, B. S. (2012) *Etikk i sykepleien*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Burns, M. og McIlfratrick, S. (2015) "Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting", *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10), s. 479-487.

Bråten, S. (2004) *Kommunikasjon og samspill - fra fødsel til alderdom*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Chan S., Hadjistavropoulos, T., Williams, J. og Lints-Martindale, A. (2014) "Evidence-based development and initial validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate-II (PACSLAC-II)", *Clinical journal of pain*, 30 (9), s. 816-824.

Dahl, K. og Skaug, E.A. (2012) Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red) *Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov*. Bind 2. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 15-60.

Eide, H. og Eide, T. (2011) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engedal, K. (2016) *En bok om demens-Husk meg når jeg glemmer*. Oslo: Pax Forlag.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Demensplan 2020*. Tilgjengelig fra URL: [https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet (Hentet 09.mars 2016)

Hodgson, N., Gitlin, L.N., Winter, L. og Hauck, W. (2014) "Caregiver's perceptions of the relationship of pain to behavioral and psychiatric symptoms in older community residing adults with dementia", *Clinical journal of pain*, 30 (5), s. 421-427.

Hummelvoll, J. K. (2012) *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7.utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Husebo, B.,S., Ostelo, R., og Strand, L.I. (2014) “The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia”, *European journal of pain*, 18 (2014), s. 1419-1430.

Husebø, B. S. (2009) “Smertevaluering ved demens”, *Tidsskrift for den norske legeforening*, 19 (129), s. 1996-8.

Jootun D., McGhee, G. (2011) “Effective communication with people who have dementia”, *Nursing standard*, 25(25), s. 40-46.

Kirkevold, M. ( 2010) Individuell sykepleie I: Kirkevold, M., Brodtkorp, K. og Ranhoff, A. H. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 100-112.

Kristoffersen, N. J. (2012) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red) *Grunnleggende sykepleie, Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Bind 1. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 207-280.

Kristoffersen, N. J. (2012) Sykepleie - kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red) *Grunnleggende sykepleie, Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Bind 1. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 161-206.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A (2012) Om sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red) *Grunnleggende sykepleie, Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Bind 1. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 15-29.

Kunz, M., Scharmann, S., Hemmeter, U., Schepelmann, K. og Lautenbacher, S. (2007) ”The facial expression of pain in patients with dementia”. *Pain*, 133 (1-3), s. 221-228.

Lov om helsepersonell (1999) [online] Lovdata. URL:

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell> (07.mars 2016)

Lillekroken, D og Slettebø, Å. (2013) “Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer”, *Vård in Norden*, 33 (3), s. 29-33.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) [online] Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjenesteloven> (07.mars 2016)

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) [online] Lovdata.

URL:<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+bruker> (07.mars 2016)

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra

URL: <https://www.nsf.no/Content/1486680/seefile> (Hentet 09.mai 2016)

NTNU Gjøvik-seksjon for sykepleie (2016) *Forskning*. Tilgjengelig fra URL:

<https://www.ntnu.no/hos/forskning-sykepleie> (Hentet: 26. april 2016).

Ranhoff, A.H. (2010) Den gamle pasienten. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal s.75-86.

Schmieding, N. J. (2011) Teorien om sygepleje processen. I: Tomey, A. M. og Alligod, M. R. (red.) *Sygeplejeteoretikere - bidrag og betydning i moderne sykepleje*. 1. utg. København. Munksgaard Danmark. s. 381-403.

Thidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter - den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo. Universitetsforlaget.

World Health Organization (2016) *Dementia-Fact sheet*. Tilgjengelig fra URL:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/> (Hentet 20.april 2016)

## VEDLEGG 1. Resultatmatrise med kritisk granskning av artikler

### Artikkel 1

<b>Forfatter</b> <b>Artikkel</b> <b>Land, år</b>	Astell, A. J. og Ellis, M. P. <i>The sosial function of imitation in severe dementia.</i> Skottland, 2006
<b>Introduksjon</b>	Undersøker om en hypotese om at personer med demens som har blitt helt avhengige av hjelp i dagliglivet og mistet evnen til å snakke og delta i dagliglivet, også har mistet viljen til å delta i samtaler og sosiale situasjoner.
<b>Hensikt</b>	Undersøke om primitiv non-verbal adferd man finner hos barn også er tilstede hos personer med Alzheimer demens. Det forslås at en medfødt evne til sosial kontakt er tilstede hos mennesker hele livet.
<b>Metode</b>	En casestudie av en 79 år gammel dame med alvorlig demens som bor på sykehjem. De gjennomførte to sesjoner med en samtalepartner for Jessie hvor de så på hennes verbale og ikkeverbale adferd, inkludert imitasjon og vente på tur. I samtale nr. 2 ble det også brukt "nøytralt fjes" for å se på om Jessie da fortsatt hadde vilje og sosial kompetanse til å fortsette samtalen.
<b>Resultat</b>	For å forstå hvilken konsekvens alvorlig demens har på evnen til å kommunisere ble verbal og nonverbal adferd undersøkt hver for seg. Jessies følesemessige uttrykk var nøytralt det meste av tiden, mens 15-16 % av tiden var hun glad. Under nøytralt ansiktperiodene viste Jessie helt klart at hun prøvde å fortsette samtalen.
<b>Konklusjon</b>	Disse funnene støtter teorien om at imitasjon er en medfødt evne hos oss mennesker. Den legger basis for både tidlig og sen sosial adferd. I motsetning til nyfødte og barn med autisme har de eldre med alvorlig demens hatt en livslang erfaring i å delta i sosialt samspill. Men imiterende adferd er en måte å som gjør at vi kan få dem til å fortsette å delta i sosiale sammenhenger og fortsette å være kommunikative.
<b>Relevans til tema</b>	Vi ser av denne studien at Jessie fortsatt har vilje til å kommunisere. Hun har fortsatt medfødte evner som gjør at hun kan forstå et sosialt samspill, selv om språket hun kan produsere ikke er forståelig. Hun har en form for sosial kompetanse.
<b>Kritisk granskning</b>	Forfattere med tilknytning til School of Psychology, University of St. Andrews i Skottland. Forskere som i utgangspunktet jobber med barn, men viser kunnskap også om personer med demens. Objektiv med hensyn til at forskningen er utført på nøytral måte, men bærer noe preg av at forskerne ønsker å bekrefte sin egen hypotese. Studien er gjort på kun en person så nøyaktigheten kan være diskuterbar. Egnert fordi det omhandler personer med demens sin vilje og evne til å kommunisere selv om de mangler verbalt språk

## Artikkel 2

<b>Forfatter</b>	Jootun, D og McGhee, G
<b>Artikkel Land, år</b>	<i>Effective communication with people who have dementia.</i> Storbritannia, 2011
<b>Introduksjon</b>	Utforsker hvilke ferdigheter er som trengs for at sykepleiere skal ha en effektiv og terapeutisk kommunikasjon med personer med demens.
<b>Hensikt</b>	Være til opplæring for sykepleiere og belyse at kommunikasjon er essensiell i god omsorg til personer med demens.
<b>Metode</b>	Beskriver kommunikasjonsprosessen og belyser noen utfordringer som kan ha innvirkning på sykepleier-pasientforholdet.
<b>Resultat</b>	Etter å ha lest artikkelen og gjennomført noen øvelser mener forfatterne at leseren skal kunne være i stand til å ha tilfredsstillende kommunikasjonsferdigheter og anerkjenne kommunikasjon som en metode for å fremme en terapeutisk relasjon.
<b>Konklusjon</b>	Sykepleiere som har omsorg for personer med demens må ha en forståelse for hva effektiv kommunikasjon kan gjøre for pasientens velvære og livskvalitet. De må også ha evnen til å tilpasse kommunikasjonen så den passer den enkelte personen med demens. Må også ta til seg noen av de strategiene som er belyst i denne artikkelen for å få god samhandling med pasientene.
<b>Relevans til tema</b>	Dette er en sammenfatning fra ulike kilder om hvilke ferdigheter som er viktig ved terapeutisk kommunikasjon.
<b>Kritisk granskning</b>	Troverdig artikkel bygget opp etter IMRaD og publisert i godkjent vitenskapelig publiseringskanal. Kontaktinformasjon og yrke til forfatterne er oppgitt. Objektivitet er god da det vises til både generell kommunikasjon og spesielt til personer med demens. Nøyaktig ved at den viser til flere studier som går på kommunikasjon, demens og sykepleierens utfordringer. Egnet for oppgaven for den tar for seg viktige kunnskap som sykepleiere bør ha for å bruke målrettet kommunikasjon som et verktøy for å identifisere smerte hos personer med demens og språkvansker.

### Artikkel 3.

<b>Forfatter Artikkel Land, år</b>	Sellevoll, G. S., Egede-Nissen, V., Jakobsen, R og Sørli, V. <i>Quality care for persons experiencing dementia: the significance of relational ethics.</i> Norge, 2013
<b>Introduksjon</b>	Flere og flere personer over hele verden får en demenssykdom. Det er gjennom forskning godt dokumentert at pleie til personer med demens er utfordrende . Likevel viser det seg at det er vanskelig å gi god pleie. En personsentrert tilnærming kan understøtte behovet for individuell tilnærming og føre til en verdiendring hos sykepleiere som jobber med personer med demens.
<b>Hensikt</b>	Dette er en artikkel fra en større studie. Denne artikkelens hensikt er å beskrive helsearbeideres erfaringer med det etisk vanskelige og mulighetene i forhold til personer med demens, og hvordan det virker inn på kvaliteten i pleien.
<b>Metode</b>	Dette er en kvalitativ tilnærming basert på analyse og tolking av individuelle åpne intervju. Deltagerne var 9 kvinnelige og 3 mannlige helsearbeidere som jobber ved to forskjellige sykehjem i Norge.
<b>Resultat</b>	De kom frem til 3 hovedpunkter med underpunkt. Det er å sette pasientens uttrykkform, å forstå pasientens uttrykkform og gjensidighet i uttrykkform
<b>Konklusjon</b>	Det overordnede mål i demensomsorgen er å beskytte og opprettholde best mulig livskvalitet. For å handle i beste mening er det påkrevet med oppmerksomhet og bli berørt av en persons situasjon, for å skjønne hva han trenger. Resultatene viser at en sansende tilstedeværelse er en forutsetning for god behandling og for å nå og forstå de pasientene det er viktig å ta utfordringen med å forstå hvordan de uttrykker seg og hva de prøver å uttrykke.
<b>Relevans til tema</b>	Erfaringsbasert kunnskap fra helsearbeidere som viser viktigheten av å ha fokus på person og ikke sykdom i samhandling med personer med demens for å identifisere behov.
<b>Kritisk granskning</b>	Troverdig da forfatterens navn, arbeidssted og kontaktinformasjon er beskrevet. I artikkelen beskrives sykepleiernes subjektive oppfatninger og meninger om hva som er god pleie. I artikkelen vises det til referanser som understøtter funnene i artikkelen. Eget for denne oppgave da den beskriver sykepleiernes egne tanker og erfaringer med hva som er kvalitet i pleie til personer med demens.

#### Artikkel 4.

<b>Forfatter</b>	Bruns, M. og McIlfratrick, S.
<b>Artikkel</b>	<i>Nurses` knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting</i>
<b>Land, år</b>	Storbritannia, 2015
<b>Introduksjon</b>	Den stadig økende andel eldre mennesker i verden vil også gjøre at det blir flere personer med demens. Det er utfordrende for sykehjemmene å gi omsorg av god kvalitet til denne pasientgruppen. Dette fordrer at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap og øvelse i å vurdere og behandle smerter til pasienter med demens.
<b>Hensikt</b>	Kartlegge hvilken kunnskap sykepleiere som jobbet i sykehjem hadde om smertekartleggingsverktøy for personer med demens.
<b>Metode</b>	En tverrsnittsundersøkelse ved hjelp av et spørreskjema sent ut til 96 sykepleiere, hvor av 32 svarte.
<b>Resultat</b>	50% av sykepleierne mente at smerte ikke er en naturlig del av alderforandringene. Sykepleierne mente det er usikkerhet rundt bruk av smertekartleggingsverktøy. De såg viktigheten i pårørende og familie og deres tilbakemeldinger.
<b>Konklusjon</b>	Sykepleierne mente at tradisjonelle måter å vurdere smerte ikke var egnet for personer med demens, men at de måtte ta hensyn til slikt som endring i humør og adferd. Angående bruk av kartleggingsverktøy så hadde de liten kunnskap om det. Dårlig bemanning og stort arbeidspress ble sett på som hindringer for god smertevurdering.
<b>Relevans til tema</b>	Viser sykepleiers kunnskaper og holdninger til smertevurderinger hos personer med demens.
<b>Kritisk granskning</b>	Troverdig da forfatterens yrkestitler og kontaktinformasjon er beskrevet. Viser til andre kilder som underbygger funn. Egnet for studien da den tar for seg hvilken kunnskap sykepleiere har for smertekartlegging hos personer med demens



## Artikkel 5.

<b>Forfatter</b>	Hodgson, N., Gitlin, L. N., Winter, L. og Hauck, W. W.
<b>Artikkel</b>	<i>Caregivers perceptions of the relationship of pain to behavioral and psychiatric symptoms in older community residing adults with dementia.</i>
<b>Land, år</b>	USA, 2014
<b>Introduksjon</b>	Personer med demens har redusert evne til å kommunisere sine plager og ubehandlede smerter så derfor kan disse bli uttrykt i form av problemadferd og psykiske symptomer. Viser til en hypotese om at det er korrelasjon mellom grad av uønsket adferd og intensitet i smerte.
<b>Hensikt</b>	Undersøke sammenhengen mellom smerter og adferd samt psykiske symptomer hos eldre personer med demens fra perspektivet til pårørende som yter omsorg personer i denne pasientgruppen. I tillegg undersøke hvilke spesifikke adferdssymptomer som de pårørende mener har sammenheng med smerter hos personer med demens.
<b>Metode</b>	272 hjemmeboende personer med demens og deres pårørende var inkludert i kvantitativ studie. 16 av 21 punkter i et spørreskjema var hentet fra et standardisert skjema som brukes i kartlegging av uro (ABID).
<b>Resultat</b>	De pårørende oppga at det var høyere forekomst av agitasjon, angst, forvirring og rastløshet ved sterke smerter. Hos personer med alvorlig grad av demens hadde smerter større innvirkning på adferden enn hos de med mild eller moderat grad av demens. Smerter forklarte en liten men signifikant andel av uønsket adferd hos personene med demens.
<b>Konklusjon</b>	Når alle kontrolldata var lagt inn i studien viste det seg at smerter var forklaringen til en liten men betydningsfull prosent av de med adferdsproblemer. Adferd og psykiske symptomer kan være med å identifisere smerter hos personer med demens. Selv om kartleggingverktøy relatert til adferd har blitt utviklet til dette formålet er det fremdeles usikkert hvor effektive disse er.
<b>Relevans til tema</b>	Viser at personer med alvorlig demens har en atypisk måte å uttrykke smerter sammenlignet med kognitivt friskere personer. Diskuterer muligheten for at nonverbale uttrykk for smerte er en sosial prosess som er avledet av en sosial struktur. I individer som ikke forstår sosialt akseptert adferd, vil en kunne forvente at smerteuttrykket er forandret.
<b>Kritisk granskning</b>	Troverdig da det viser til at undersøkelsen er gjort på et relativt stort antall respondenter av forskere med kvalifisert faglig bakgrunn. Objektiv da resultatet av studien viser at flere forhold kan påvirke de pårørendes oppfattelse av hva som er uønsket adferd, som stress ved å være omsorgsperson til en pårørende samt egen helse og alder. Det er nødvendig med mer forskning for å finne en gullstandard for å identifisere smerter hos hjemmeboende demente som har problemadferd. Egnert ved at den har pårørendes perspektiv på smerteidentifisering, da det er de som best kjenner personens normale kroppsspråk språklige barrierer for å uttrykke smerte.

## Artikkel 6.

<b>Forfatter</b>	Ahn, H., Garvan, C. og Lyon, D.
<b>Artikkel</b>	<i>Pain and aggression in nursing home residents with dementia.</i>
<b>Land, år</b>	USA, 2015
<b>Introduksjon</b>	Det er estimert at smerte påvirker 80% av sykehjemsbeboere. Demens påvirker pasienten sin evne til å uttrykke smerte. Ubehandlet smerte vil ha negativ effekt på livskvaliteten til pasienten.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å bruke MDS 3.0 analyse, som inkluderer selvrapporing og kartlegge adferd for å undersøke sammenhengen mellom smerter og aggressive adferdssymptomer.
<b>Metode</b>	Oppfølgingsstudie foretatt mellom januar og mars 2012.
<b>Resultat</b>	Sammenheng mellom selvrapporingevne av smerte og aggressiv adferdssymptom Økt aggressiv adferd dess større kognitiv svikt. Fant mest verbal aggressiv adferd. Beboere som hadde alvorlige smerter hadde mer fysiske aggressive adferdssymptom sammenlignet med de med mindre smerter.
<b>Konklusjon</b>	Effektiv smertebehandling er fortsatt ikke tilstrekkelig for beboere i sykehjem, særlig hos de som ikke kan uttrykke sine smerter. Derfor bør helsearbeidere vurdere smerteuttrykk både verbalt og nonverbalt for å forbedre smertebehandling og redusere risikoen for aggressive adferdssymptomer.
<b>Relevans til tema</b>	Viser sammenheng mellom adferd og smerte i sykehjem.
<b>Kritisk granskning</b>	Forfatterens yrkestitler og kontaktinformasjon er beskrevet. Viser til andre lignende studier Egnet for oppgaven da sammenhengen mellom smerte og adferd blir diskutert.

## Artikkel 7.

<b>Forfatter</b>	Kunz, M., Scharann, S., Hemmeter, U., Schepelmann, K. og Lautenbacher, S.
<b>Artikkel Land, år</b>	<i>The facial expression of pain in patients with dementia.</i> Tyskland, 2007
<b>Introduksjon</b>	Det er godt kjent at evnen til å si ifra om smerte er redusert hos pasienter med demens og det er spesielt pasienter med moderat og alvorlig demens som har vanskeligheter iforhold til selvrappotering.
<b>Hensikt</b>	Hensikten er å undersøke ansiktsrespons hos pasienter med demens ved å teste tre hypoteser: 1: Pasienter med demens viser oftere og mer intens ansiktsrespons under potensiell farlig stimuli enn normalt friske individ. 2: Denne relative økningen skyldes en uspesifikk økning i ansiktsrespons hos pasienter med demens. 3: Ansiktsrespons til pasienter med demens koder intensiteten av potensiell skadelig stimuli mindre enn ansiktsrespons hos individer med god helse.
<b>Metode</b>	42 pasienter med demens og 54 friske over 65 år deltok i studien. Kontrollgruppen bestod av de 54 friske personene. Ingen av deltagerne i studien hadde tatt smertestillende siste 24 timer før testing. Gitte eksklusjonskriterier var satt. All testing ble gjort mellom kl 15 og kl 18 og varte rundt 2 timer. Derav 1 time til undersøkelse av potensiell eksklusjonskriterier og nevrologisk undersøkelse. Smertetesten varte ca 20 min, pause på 10 min og vurdering av autonome og motoriske reflekser i 30 min.(sistnevnte er ikke gjengitt i artikkelen) Smertetesten ble gjort med trykk stimuli fra 1kg til 5kg med Fisher algometer. I tillegg til videofilming av ansiktet. Rett etter hver trykk ble de spurt om å selvrappotere smerten på scala fra 1-6, som var ingen smerte, mild smerte moderat smerte, stor smerte , veldig mye smerte og eksterm smerte, FACS- facial action coding system var brukt for å analysere respons i ansiktsmuskulatur.
<b>Resultat</b>	Hypotese 1: Demens hadde en merkbar effekt på frekvens og intensitet på ansiktsresponsen på trykkstimuli. Dette blir bekreftet og er tilsvarende hypotese 1. Hypotese 2: Pasienter med demens hadde like god ansiktsrespons på stimuli-intensitet som friske. Dette er motsigende med hypotese 2. Hypotese 3: Dataene viser at de typiske ansikts responsene for smerte som kommer av potensiell skadelig stimuli er ikke nedsatt hos pasienter med demens. Ansiktsresponsene ble bevist å være passende hos pasienter med demens i lik grad som hos friske til å kode intensiteten for stimuli. Dette sier i mot hypotese 3. Demens hadde en stor innvirkning på selvrappoteringsevnen. Kontrollgruppen selvrappoterte 100% mens selvrappoteringen hos pasienter med demens var mellom 0 og 100%. Derimot hadde ikke demenssykdommen innvirkning på å rangere smerte. Når pasienter med demens hadde evne til å selvrappotere smerte så rangerte de smerten på samme nivå som de friske. Det ble vist en klar sammenheng mellom kognitiv funksjon (MMSE) og evne til selvrappotering.
<b>Konklusjon</b>	Konkluderer med at ansiktsresponsen for skadelig stimuli var tydelig økt hos pasienter med demens. Dataene viser tydelig at ansiktsresponen ikke er redusert hos pasienter med demens. Derfor kan ansikts uttrykk for smerte har et potensiale til å være et alternativ som smerte indikator hos pasienter med demens, selv om pasienten har alvorlig kognitiv svekkelse og redusert selvrappoteringsevne
<b>Relevans til tema</b>	Se om personer med demens uten språk fortsatt kan uttrykke smerte gjennom ansiktsuttrykk.
<b>Kritisk granskning</b>	Troverdigheten er tilfredsstillende da forfatterens yrkestitler og arbeidssted er beskrevet Objektivitet er funnet i orden da det er understøttet av funn fra andre studier Nøyaktigheten kan være litt usikker da kontrollgruppa var bemerket å være såkalt veldig spreke eldre. Det er vist til flere andre studier som understøtter deres funn. Egnet for oppgaven fordi den tar for seg ansiktsuttrykk som en måte å observere smerte hos personer med demens uten språk. Noe som var kritikkverdig som forfatterne av denne Bachelor har diskutert mye rundt er at det er brukt påført smerte som metode. Valgte likevel å bruke artikkelen.

## Artikkel 8.

<b>Forfatter</b>	Lillekroken. D og Slettebø, Å
<b>Artikkel Land, år</b>	<i>Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens, utfordringer og dilemmaer.</i> Norge, 2013
<b>Introduksjon</b>	Redusert organfunksjon og kognitiv svikt hos eldre kan gjøre smertediagnostikk og behandling krevende. Eksperimentelle og kliniske studier viser at endring i smerteopplevelsen hos eldre gjør at terskelen for akutt smerte reduseres, mens følsomheten for langvarig smerte øker med alderen.
<b>Hensikt</b>	Denne studien utforsker erfaringen sykepleierne har med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.
<b>Metode</b>	Fokusgruppeintervju og semistrukturert intervjuguide. Tre fokusgrupper med henholdsvis fem, seks og syv sykepleiere ansatt i to ulike sykehus og et kommunalt sykehjem på Østlandet.
<b>Resultat</b>	Kognitiv svikt på grunn av demenssykdom som gjør at pasienter ikke kan verbalisere sin smerte fører til en fare for over-, under, eller feilmedisinering. Som i sin tur kunne øke morbiditet og falltendens. Likevel er det viktig med adekvat smertelindring da det kan redusere faren for ytterlige patologiske tilstander. Sykepleierne benyttet sjelden eller aldri smertekartleggingsverktøy, men hadde anvendt skjema for uro. De ønsket felles retningslinjer for smertevurdering. Men noen mente evnen til verbal tilbakemelding og samarbeidsevne var hindringer. Individuelle forskjeller og behov ble også fremhevet som en utfordring.
<b>Konklusjon</b>	Denne kvalitative studien sier også at grunnlaget for vellykket smertelindring er når pasienten kan selvrapporere både behov for behandling og effekt. Når selvrapporeringsevnen er borte formidles smerte gjennom adferd/kroppsspråk. Informantene mente at grunnen til at personer med demens kan ha ubehandlede smerter er blant annet pga at det er vanskelig å smertekartlegge dem. Sykepleiere har ansvar for egen fagutvikling og å jobbe kunnskapsbasert. Viser til at det er behov for mer forskning
<b>Relevans til tema</b>	Undersøkelsen forteller noe om sykepleieres holdninger til smertevurdering hos personer med demens. Belyser også hvordan strukturert smertekartlegging kan komme i konflikt med behovet for individuell omsorg.
<b>Kritisk granskning</b>	Er funnet troverdig for forfattere med yrkestittel og kontaktinformasjon er beskrevet Egnert for oppgaven da det er en norsk studie, studie av utfordringer og dilemmaer i forhold til smertekartlegging og er av forholdsvis ny dato

## Artikkel 9.

<b>Forfatter</b>	Husebo, B.S., Ballard, C., Cohen-Mansfield, J., Seifert, R. og Aarsland, D.
<b>Artikkel</b>	<i>The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia.</i> 2013. The american journal of geriatric psychiatry. s.708-717
<b>Land, år</b>	USA 2013
<b>Introduksjon</b>	Adferdsforstyrrelser som aggresjon og agitasjon er vanlig hos sykehjems pasienter med demens.
<b>Hensikt</b>	Det er ønskelig å undersøke hvilken agitert adferd som er mottagelig for individuell smertebehandling og forbedre CMAI score
<b>Metode</b>	352 deltagere fra 18 sykehjem i Norge deltok. Ble undersøkt hvilke former for utagerende adferd som ble mest endret ved at noen skulle få smertebehandling og de andre fikk pleie og omsorg som tidligere. Ved å bruke Choen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), ved fire og åtte ukers intervensjon, som screeningsverktøy.
<b>Resultat</b>	Verbal aggressiv adferd hadde størst nedgang etter smertestillende behandling. Etterfulgt av fysisk ikke-aggressiv adferd og aggressiv adferd.
<b>Konklusjon</b>	Understreker ufordringene med å skille adferd relatert til smerte hos personer med demens og adferd som kan forklares som andre umøtte behov i demensomsorgen. Adferden kan virke ganske lik og det er helsearbeidere og familiemedlemmer som må legge merke til forandringer i adferd som kan være forårsaket av smerte.
<b>Relevans til tema</b>	Går egentlig på selve smertebehandlingen men er relevant iforhold til det å se adferdsendringer som kan være forårsaket av smerte.
<b>Kritisk granskning</b>	Forfatternes titler og kontaktinformasjon er beskrevet og de er anerkjente for forskning på smerter hos personer med demens. Viser til annen forskning, blant annet sin egen vedrørende smerter hos personer med demens. Studien er egnet for adferd som er relatert til smerte blir beskrevet. Det vises også til viktighet av å skille mellom adferd relatert til smerte og adferd relatert til andre behov