

Line Grina Raassum  
Karoline Røren Oseberg

# Hvordan kan sykepleier identifisere og vurdere smerter hos pasienter med langkommen demenssykdom?

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Solveig Struksnes  
Mai 2019



Line Grina Raassum  
Karoline Røren Oseberg

# Hvordan kan sykepleier identifisere og vurdere smerter hos pasienter med langkommen demenssykdom?

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Solveig Struksnes  
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



## SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleier identifisere og vurdere smerter hos pasienter med langtkommen demenssykdom?	Dato:	16.05.19
Deltakere:	Line Grina Raassum Karoline Røren Oseberg		
Veileder:	Solveig Struksnes		
Stikkord/nøkkelord: (3-5 stk)	Demens, kroniske smerter, sykehjem, sykepleier og vurdering.		
Antall sider/ord: 36/9216	Antall vedlegg: 0		
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p><i>Bakgrunn og hensikt:</i> Det vil i fremtiden være et økt behov for helsepersonell med kompetanse innen demens, da det blir flere eldre i befolkningen med sykdommen. Sykepleiere bør ha god kunnskap om smertekartlegging, og god vurderingsevne. Noe som kan være spesielt viktig når det gjelder pasienter med nedsatt kognitiv funksjon. «Hvordan kan sykepleier identifisere og vurdere smerter hos pasienter med langtkommen demenssykdom?»</p> <p><i>Metode:</i> Litteraturstudie.</p> <p><i>Resultat:</i> Selvrapportering er ikke nok alene for å identifisere smerter hos pasienter med langtkommen demenssykdom. Det kommer frem at sykepleiere har behov for god kompetanse innen demenssykdom for å kunne identifisere smerter.</p> <p><i>Diskusjon:</i> Pasienter med demens kan ha utfordringer med å gjøre rede for sine smerter, det vil da være sykepleiers ansvar å identifisere og vurdere. Hvorfor er det så utfordrende å identifisere smerter hos denne pasientgruppen? Er det mangel på kunnskap hos sykepleierne? Er det for dårlig dokumentasjon, eller ingen klare retningslinjer for bruk av smertekartleggingsverktøy?</p> <p><i>Konklusjon:</i> Det er viktig at kunnskapen hos sykepleieren er oppdatert og relevant. Det kommer frem at god dokumentasjon, tverrfaglig samarbeid, kommunikasjon med pårørende og bruk av smertekartleggingsverktøy er viktig.</p>			

## ABSTRACT

Title:	Identifying and assessing pain in patients with advanced dementia	Date:	16.05.19
Participants:	Line Grina Raassum Karoline Røren Oseberg		
Supervisor:	Solveig Struksnes		
Keywords (3-5)	Dementia, chronic pain, nursing home, nurse and assessment.		
Number of pages/words: 36/9216	Number of appendix: 0		
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p><i>Background and purpose:</i> The future will bring about an increased need for medical personnel with adequate knowledge about dementia. Nurses will also be required to become adept at identifying and assessing pain. These skills are highly important when dealing with patients that suffer from advanced dementia and cognitive impairment. This thesis will delve into the question of identifying and assessing pain in patients with advanced dementia.</p> <p><i>Method:</i> Literature review.</p> <p><i>Results:</i> Identifying pain in patients with advanced dementia cannot solely rely on the patients' own assessment. Our study into this question has led us to determine that nurses or nurses-to-be need to have, or must acquire, knowledge and insight into both pain and dementia in order to effectively assess their patients' condition and whether they are experiencing pain.</p> <p><i>Discussion:</i> Patients with dementia may experience problems notifying others when they are in pain. In such cases, the responsibility to identify and assess their condition will fall on the nurse. Pertinent questions with regard to this problem are many. Why is it challenging to identify pain in patients with this particular pathology? Possible causes may include a lack of knowledge or awareness among nurses, insufficient documentation practices or no clear guidelines on the use of pain measurement tools.</p> <p><i>Conclusion:</i> Constantly keeping up-to-date on is crucial for nurses and others taking care of this group of patients. Documentation, proper guidelines, interdisciplinary co-operation, communication with the patients' next of kin and use of measurement instruments to assess have all been proven to be valuable and important tools.</p>			

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>4</b>
1.1 Sykepleiefaglig relevans	5
1.2 Begrunnelse for valg av tema	5
<b>2.0 BAKGRUNN</b>	<b>7</b>
2.1 Demens	7
2.2 Smerter hos personer med demens	8
2.3 Sykepleierens vurderingskompetanse	9
2.3.1 Identifisering av smerter hos personer med demens	10
2.3 Oppgavens hensikt og problemstilling	11
2.4 Avgrensning og presisering av oppgaven	11
<b>3.0 METODE</b>	<b>12</b>
3.1 Systematisk litteraturstudie som metode	12
3.2 Litteratursøk	13
3.3 Utvalgsprosessen	14
3.3.1 Kritisk gransking	15
3.3.2 Forskningsetiske prinsipper	16
<b>4.0 RESULTAT OG FUNN</b>	<b>17</b>
4.1 Litteraturmatrise	17
4.2 Analyse og sammenfatning av resultater	18
4.2.1 Utvikle kompetanse i datasamling og observasjon	19
4.2.2 Styrke sykepleierens vurderingskompetanse	21
<b>5.0 DRØFTING</b>	<b>22</b>
5.1 Utvikle kompetanse i datasamling og observasjon	22
5.1.1 Identifisere tidligere sykdommer og skader	22
5.1.2 Observere endret adferd	23
5.1.3 Samle inn informasjon fra pårørende	25
5.1.4 Anvende smertekartleggingsverktøy	25
5.2 Styrke sykepleierens vurderingskompetanse	26
5.2.1 Viktigheten av gode fagkunnskaper	26
5.2.2 Betydning av erfaring innen demensomsorg	27
5.2.3 Evne til å samarbeide med andre profesjoner og pårørende	29
5.3 Metodiske overveielser og kritisk vurdering	29
<b>6.0 KONKLUSJON</b>	<b>31</b>
<b>7.0 LITTERATURLISTE</b>	<b>32</b>

## 1.0 INNLEDNING

Ifølge Folkehelseinstituttet (2018) kan en anta at det er mellom 80 000-100 000 mennesker med en demenssykdom i Norge. Omlag 80 % av de som bor på sykehjem i Norge, har en demenssykdom. Demens er en samlebetegnelse på sykdommer som kan ramme ulike deler av hjernen, og symptomene som oppstår kan fortelle noe om hvilke deler av hjernen sykdommen har rammet.

Skovdahl og Berentsen (2014) skriver at demens er en sykdom som utvikler seg over tid, og de som rammes av sykdommen kan til slutt bli helt avhengig av hjelp fra andre.

Sykdomsforløpet kan variere veldig i lengde og intensitet, for noen pasienter kan det være snakk om opp mot 20 år. Det kan se ut til at dette er en pasientgruppe helsevesenet vil møte mer i årene fremover. Folkeinstituttet (2018) antyder at antallet personer med en demenssykdom på verdensbasis kan tre- eller firedoble seg frem mot år 2050.

Eldre mennesker med demens som bor på sykehjem, er særlig utsatt for mangelfull smertekartlegging og behandling. Smertekartleggingen hos pasienter med demens kan være utfordrende. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, blir språket dårligere og pasienten vil ikke lenger klare å formidle sine smerter verbalt. Da må sykepleieren observere atferd etter tegn på smerter. Pasienter som ikke kan uttrykke at de har smerter, er en sårbar gruppe som er avhengig av at sykepleieren observerer og tolker deres nonverbale smertetegn (Torvik og Bjøro, 2014).

Torvik og Bjøro (2014) rapporterer at pasienter med kognitiv svikt som bor på sykehjem sjeldnere gir uttrykk for smerter, sammenlignet med pasienter som har god kognitiv funksjon. I samme studie kommer det også frem at det er kartlagt høyere forekomst av smerter hos pasienter med nonverbal kommunikasjon, dersom det blir brukt et smertekartleggingsverktøy. Dette viser at sykepleiere vil kunne ha bruk for mer kunnskap og kompetanse om bruken av smertekartleggingsverktøy og smerter hos pasienter med kognitiv svikt. Studien viser at om lag hver 3. nordmann over 60 år lider av smerter som har vart mer enn 3 måneder, som vil si kroniske smerter. En norsk studie har avdekket at omlag 50 % av pasientene som kunne rapportere selv på sykehjem, har smerter (Torvik og Bjøro, 2014).



## **1.1 Sykepleiefaglig relevans**

Sykepleiere har et stort ansvar når det gjelder å kartlegge, dokumentere og behandle smerter hos pasienter. Danielsen, Berntzen og Almås (2016) hevder at den vanligste årsaken til at voksne tar kontakt med lege er smerter. Omlag 50 % av de som tar kontakt med lege opplever smerter, og 40 % har opplevd smerter som har vart over 3 måneder. Det kan være utfordrende for sykepleier å kartlegge smerter hos pasienter med en svekket kognitiv funksjon, da disse pasientene kan ha utfordringer med å gjøre rede for sine smerter. Det er da viktig at sykepleiere har kunnskap om smertekartlegging hos pasienter med nedsatt kognitiv funksjon.

Danielsen, Berntzen og Almås (2016) omtaler en norsk undersøkelse som avdekket at kun 10 % av intensivsykepleierne som ble spurt brukte en smerteskala i sine vurderinger av pasienters smerter. Dette viser at det er et tema som er viktig å sette fokus på, slik at flere sykepleiere kan få økt kompetanse i hvordan kartlegge smerter på en mer hensikts- og rutinemessig måte. «Sykepleierens ansvar for å dekke pasientens grunnleggende behov for velvære omfatter datasamling, klinisk observasjon, kartlegging og vurdering av pasientens smerte, administrering av medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindrende tiltak» (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016 s. 382). Dette kommer også frem i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere § 2.9, «sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse» (Norsk sykepleierforbund, 2019).

En viktig sykepleieroppgave er å kartlegge og vurdere pasientens smerter. For å gjøre dette må sykepleiere samle informasjon om hvor smerten er, grad av smerte, intensitet og hvor lenge smerten har vært tilstede. Dersom sykepleieren møter en pasient med en kognitiv svikt og som har utfordringer med å gjøre rede for sine smerter, kan et smertekartleggingsverktøy benyttes. Ved å bruke et slikt smertekartleggingsverktøy kan det gjøre dokumentasjon og videre rapportering mer pålitelig. Noe som kan føre til at pasienten vil få tilfredsstillende smertelindring (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

## **1.2 Begrunnelse for valg av tema**

Dette temaet ble valgt da vi har arbeidet med pasienter som har en langtkommen demenssykdom. Dersom pasienter endrer atferd kan dette oppfattes som angst og uro, og ikke som smerter. Mange av disse pasientene blir da satt på beroligende preparater som i noen tilfeller kan gi motsatt virkning. Kan atferdsendringer som aggresjon eller dårlig søvnkvalitet tolkes som tegn på smerter? Vi ønsker med denne litteraturstudien å belyse at det er viktig at

sykepleiere har kunnskap og kompetanse når sykepleieren skal identifisere og vurdere smerter hos pasienter med demenssykdom. Vi har opplevd i praksis at sykepleiere har lite kunnskap om demens og smerter. Derfor kan tegn som kan være smerter blir tolket som utagering. Det er viktig at sykepleiere har kunnskap, og kompetanse om dette tema for å kunne gi god pleie til denne pasientgruppen.

## 2.0 BAKGRUNN

I denne delen av oppgaven skal det gjøres rede for hva demenssykdom er, og hvordan den kan utarte seg. I tillegg gjøres det rede for ulike aspekter ved smerter, hvordan smerter kan identifiseres og vurderes hos pasienter med en langtkommen demenssykdom.

### 2.1 Demens

Det finnes flere definisjoner på demens, denne omfatter de fleste aspekter av sykdommen.

Demens er en hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid (Berentsen, 2008 s. 45).

Skovdahl og Berentsen (2014) skriver som nevnt tidligere at symptomer på en demenssykdom varierer ut ifra hvilken del av hjernen som er rammet av sykdommen. Et tidlig og ganske vanlig symptom på demens er svekket hukommelse. Skovdahl og Berentsen (2014) nevner at andre symptomer på en demenssykdom kan være utfordringer knyttet til det å lære nye ting, orientere seg, apraksi og agnosi. Phil (2014) nevner at personer med en demenssykdom kan ha utfordringer med oppfattelsen, som vil si at de kan ha utfordringer med å kjenne igjen personer eller steder.

Det finnes flere ulike demenssykdommer. Skovdahl og Berentsen (2014) skriver at det kan deles inn i primær degenerativ demens, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer. Kjennetegnet på en primær degenerativ demenssykdom er at mange hjerneceller skades og dør, den mest vanlige demenssykdommen Alzheimers sykdom hører til denne gruppen. Vaskulær demens oppstår gjerne etter et eller flere hjerneinfarkter, mens sekundære demenssykdommer kan forekomme dersom pasienten har for eksempel sykdommer som AIDS, eller etter langvarig rus og alkoholmisbruk (Skovdahl og Berentsen, 2014).

Winger og Leegaard (2016) påpeker at forandringer i språkferdighetene til pasienten kan være en del av demenssykdommens utvikling. Dette er noe som kan påvirke pasientenes evne til å uttrykke eller gjøre rede for sine smerter. Berentsen (2008) skiller mellom ulike former for

afasi: motorisk afasi, sensorisk afasi, anomisk afasi og global afasi. Fellestrekk for afasi er at pasienten har utfordringer med språket. Eksempelvis har pasienter med motorisk afasi utfordringer med å uttrykke seg, men har evne til å oppfatte hva som blir sagt. Derimot er alle språkfunksjonene redusert dersom pasienten har en global afasi. Afasi kan oppstå dersom det er en skade i hjernen, som for eksempel en demenssykdom (Berentsen, 2008).

Når sykepleieren skal kommunisere med en pasient som har en demenssykdom er det viktig å være pasientsentrert og tilpasse kommunikasjonen til et nivå som pasienten vil ha forutsetninger for å forstå (Heyn, 2015). Ved tilfeller hvor pasienten har en redusert språkforståelse vil det være viktig at sykepleieren klarer å lese pasientens nonverbale kommunikasjon som for eksempel ansiktsuttrykk (Heyn, 2015). I slike situasjoner kan det være verdifullt for sykepleiere å ha god kommunikasjon med pårørende, da dette er personer som har mye informasjon om sine nærmeste, som for eksempel vil pårørende kunne se atferdsmessige forandringer veldig godt.

## **2.2 Smerter hos personer med demens**

Begrepet og fenomenet smerte er vanskelig å definere, da det er et begrep som vil kunne oppleves forskjellig fra person til person. For hva er egentlig smerte? Smerte kan defineres slik: «smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse» (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016 s. 383). Danielsen, Berntzen og Almås (2016) skriver at dersom pasienten har sterke smerter, kan det oppstå symptomer som rask puls, blek hud og svette. Noen pasienter som har kroniske smerter har ingen observerbare tegn til smerte, da vil det kunne være viktig at sykepleieren kan kartlegge hvor smerten kommer fra og intensiteten på smerten (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Torvik og Bjøro (2014) skriver at smerter kan påvirke den kognitive tilstanden til en eldre pasient. Dermed øker risikoen for blant annet delirium, søvnforstyrrelser og depresjoner.

Dette viser hvor viktig det er at sykepleiere har kunnskap om å observere, identifisere og kartlegge smerter hos pasienter som har en demenssykdom. Kan den nyoppståtte atferdsendringen egentlig komme av smerter? Ranhoff (2014) omtaler delirium som en akutt hjernesvikt. Dersom en pasient som har en demenssykdom går inn i en delirisk tilstand, vil dette kunne forverre pasientens allerede kognitive svikt. Dette vil være svært viktig dersom pasienten ikke har mulighet til å gjøre rede for smerten selv. Ifølge Danielsen, Berntzen og

Almås (2016) er det viktig at sykepleieren bruker sin kunnskap, erfaringer og skjønn i en slik smertevurdering.

Danielsen, Berntzen og Almås (2016) deler smerte inn i akutte smerter og kroniske smerter. I denne litteraturstudien skal det kun fokuseres på kroniske smerter. Det vil si smerter som har vart lengre enn 3 måneder. Torvik og Bjøro (2014) skriver at de vanligste årsakene til langvarige smerter hos eldre pasienter kan være slitasjegikt, kreft, nevrologiske sykdommer eller en konsekvens av en operasjon. Hos pasienter med en langtkommen demenssykdom, kan det tenkes at smerter kan komme som en følge av tidligere sykdommer eller skader.

Utvikling av demenssykdommen og langtids sengeleie med påfølgende trykksår, kan øke faren for sengeleiekomplikasjoner og inaktivitet. Dette viser hvor viktig det er at sykepleier klarer å identifisere smerter hos denne pasientgruppen tidlig, slik at pasienten kan få tilfredsstillende lindring. Smerter over en lang periode vil kunne være med på å påvirke den enkeltes opplevelse av livskvalitet. Hos pasienter med en demenssykdom vil dette kunne påvirke de grunnleggende behovene, som for eksempel ernæring (Torvik og Bjøro, 2014).

### **2.3 Sykepleierens vurderingskompetanse**

Hvordan kan sykepleieren bruke sin vurderingskompetanse til å identifisere og vurdere smerter hos pasienter med langtkommen demens? Når en sykepleier står overfor denne problemstillingen, vil det være lønnsomt å bruke sykepleieprosessen, hvor det vil være nødvendig å observere, samle informasjon og formulere en sykepleiediagnose. Ida Jean Orlando utviklet sykepleieprosessen som et arbeidsverktøy for sykepleiere i 1945. Hensikten med sykepleieprosessen er, «å støtte sykepleierne i å arbeide målrettet, systematisk og metodisk, og å bidra til en individualisert sykepleie av god kvalitet» (Rotegård, Solhaug og Grov, 2015 s. 246).

Sykepleieprosessen er delt inn i 5 faser: datasamling, diagnostisering, planlegging, implementering og evaluering. Når en sykepleier bruker sykepleieprosessen for å identifisere smerter hos en pasient med en demenssykdom, vil sykepleierens erfaring og vurderingskompetanse være avgjørende. Det vil kunne være viktig at sykepleieren kjenner pasienten godt fra før. Sykepleieren bør også inneha god kunnskap om sykdommen, og smerter. Winger og Leegaard (2016) skriver at for at en sykepleier skal kunne utføre faglige

vurderinger er det viktig at sykepleieren har kunnskap om generell anatomi, sykdomsprosesser og kommunikasjon.

Kirkevold (2015) skriver at Patricia Benner i sin studie avdekket at uavklarte og ustabile situasjoner kunne utvikle seg til krise, dersom sykepleier eller lege ikke klarte å tolke situasjonen på rett måte. Benner (2004) skriver at en sykepleier skaper seg en rik erfaring gjennom flere år, og dette vil være med på å påvirke hvordan sykepleieren tolker nye situasjoner. Hun understreker i sin studie *Fra novise til ekspert* at arbeidserfaring har stor betydning for sykepleieutøvelsen. Hvor novisen ikke hadde erfaring i situasjoner det ble forventet at de kunne ha erfaringer, og dermed bruke standardiserte kartleggingsverktøy og kanskje overså viktige detaljer. Derimot har ekspertsykepleieren gjennom lang erfaring fått et godt trent klinisk blikk, og ser problemstillingen relativt fort og kanskje velger å ikke bruke et kartleggingsverktøy (Benner, 2004).

### 2.3.1 Identifisering av smerter hos personer med demens

En viktig sykepleieoppgave er å kartlegge og vurdere smerter, for å kunne gi pasienten tilfredsstillende smertelindring. Det er viktig at sykepleieren i slike situasjoner, kan observere og kartlegge smerten den enkelte pasient kan oppleve. Opplevelsen av smerter er individuell. Noe et menneske synes er uutholdelige smerter, kan andre synes er moderate smerter. Hvordan kan sykepleier måle smerter og gi tilstrekkelig smertelindring, når opplevelsen av smerter kan være så forskjellig? Smertevurdering hos eldre med demens er utfordrende. De fleste kan uttrykke sine smerter med ord i en tidlig fase av sykdommen. Etter hvert vil demenssykdommen utvikle seg og evnen til å kommunisere vil bli svekket. Pasienten klarer ikke lenger å formidle sine smerter til sykepleieren verbalt. Med sviktende språk, må man observere atferd som et tegn på smerter (Torvik og Bjøro, 2014). Det er utviklet selvrappporterende kartleggingsverktøy som for eksempel VAS (Visuell Analog Skala) og NRS (Numeric Rating Scale) som er skalaer fra 0-10, hvor 0 er ingen smerter og 10 er uutholdelig smerte (Winger og Leegaard, 2016). Vil dette fungere når det kommer til pasienter med en langtkommen demenssykdom?

Det er utviklet flere observasjonsbaserte kartleggingsverktøy, et eksempel på dette er MOBID-2. MOBID- 2 står for mobilisation, observation, behaviour, intensity og dementia. Helsepersonell kan kartlegge smerter under systematiske øvelser og stell. Ved å observere «ansiktsuttrykk, verbalisering og vokalisering, kroppsbevegelser, endringer i

mellommenneskelig samhandling, endring i aktivitetsmønster eller endringer i mental status» (Winger og Leegaard, 2016 s.185). MOBID- 2 har blitt testet på en gruppe personer med alvorlig demens, og ga gode resultater i å avdekke smerter hos personer med en alvorlig demenssykdom (Torvik og Bjøro, 2014).

### **2.3 Oppgavens hensikt og problemstilling**

Litteraturstudiens hensikt er å finne ut hvordan sykepleiere kan identifisere og vurdere smerter, hos pasienter med en langtkommen demenssykdom i sykehjem. Det vil bli lagt vekt på ulike faktorer som gjør identifisering og vurdering av smerter utfordrende, men også hva som er viktig for å kunne gjøre nettopp dette. Det vil også være viktig å trekke inn betydningen av sykepleierens kompetanse, ved identifisering og vurdering av smerter hos denne pasientgruppen.

Oppgavens problemstilling er:

«Hvordan kan sykepleiere identifisere og vurdere smerter hos pasienter med en langtkommen demenssykdom?»

### **2.4 Avgrensning og presisering av oppgaven**

Denne litteraturstudien kommer til å ta for seg kroniske smerter hos pasienter med en langtkommen demenssykdom som bor på sykehjem. Medikamentell behandling er ikke inkludert i denne oppgaven. Denne oppgaven vil gi et innblikk i hvordan sykepleiere på et sykehjem, kan identifisere og vurdere kroniske smerter til pasienter med en langtkommet demenssykdom. Det vil i fremtiden kunne være et økt behov for helsepersonell som har bred kompetanse og kunnskap om smertekartlegging og vurdering. Noe som kan være spesielt viktig når det gjelder pasienter med en nedsatt kognitiv funksjon.

## 3.0 METODE

I denne delen beskrives planlegging og gjennomføring av systematisk kildesøk, utvalgsprosessen og kritisk granskning av utvalgte artikler samt analyseprosess.

### 3.1 Systematisk litteraturstudie som metode

Metode kan defineres som en «systematisk framgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander» (Støren, 2016 s. 38-39). Denne oppgaven er en litteraturstudie, ifølge Thidemann (2017) er en litteraturstudie en systematisering av allerede kjent kunnskap. Det betyr at det ikke kommer frem ny kunnskap, men man kan ved å sammenligne kunnskap fra flere vitenskapelige artikler kommer frem til nye erkjennelser. Litteraturstudie er en «systematisering av kunnskap, det vil si å søke den, samle den, vurdere den og sammenfatte den» (Støren, 2016 s. 39).

Det er vitenskapelige artikler som skal bli brukt til å besvare valgt problemstilling. Artiklene som er valgt i denne oppgaven skal være vitenskapelige og følge IMRaD- strukturen. Titlene eller tidsskriftet har blitt søkt etter i registeret for vitenskapelige publiseringskanaler. Der er artikkelen og tidsskriftene blitt delt inn i nivå 1 eller nivå 2 (Norsk senter for forskningsdata, 2018). Oppgaven baserer seg på primærkilder, men det er også brukt sekundærkilder som artikler og lærebøker.

Thidemann (2017) skriver at kvantitativ metode er forklarende, og bruker målbare enheter. Det er faktakunnskap. Når en skal gjennomføre en slik studie blir det ofte brukt spørreundersøkelser med faste svaralternativer. Kvalitativ metode er mer forstående metode. Her ønsker en å få kunnskap om menneskers meninger, opplevelser og erfaringer. En slik metode gjennomføres ved intervjuer, observasjoner og dokumentanalyse. Det som kjennetegner denne metoden er dybdekunnskap, man får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter. Måten forskning er gjennomført og organisert på, kalles forskningsdesign. Dette er et svar på hva som har blitt undersøkt og hvordan (Thidemann, 2017).



### 3.2 Litteratursøk

Et viktig utgangspunkt for litteratursøk er nøkkelord og temaet i problemstillingen. I tillegg styres søkene ut fra inklusjons- og eksklusjonskriterier. Disse er basert på avgrensninger som er beskrevet innledningsvis, og krav til vitenskapelig kvalitet. Søkene vil bli utført i databaser som er tilgjengelig fra biblioteket ved NTNU Gjøvik. Databasene som i hovedsak vil bli brukt er: Medline (ovid), Cinahl, PubMed og Svemed+. Databasene er tatt i bruk da de inneholder helsefaglig forskning. Tabell 1. viser en skjematisk oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriteriene i denne studien. Tabell 2. viser en oversikt over strukturerte søk.

Tabell 1: Oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Full tekst	Oversiktsartikler (ønsker primærkilder)
Språk: norsk, dansk, svensk eller engelsk	Andre språk enn: norsk, dansk, svensk eller engelsk
Vitenskapelige artikler	Ikke-vitenskapelige artikler
Kommunehelsetjenesten/sykehjem	Hjemmeboende eller sykehus
Artikler som er fagfelleurdert nivå 1 eller nivå 2	Ikke fagfelleurdert artikkel
Artiklene skal ha en IMRAD-struktur	Artiklene har ikke en IMRAD-struktur
Artikler skrevet de siste 10 årene	Artikler eldre enn 10 år
Demenssykdom	Andre sykdommer
Sykepleieperspektivet	Pårørendeperspektivet
Kroniske smerter	Akutte smerter
Kartlegging av smerter	Behandling av smerter

Tabell 2: Strukturerte søk

Søkeord:	Database:	Kombinasjoner:	Antall treff:	Artikler inkludert:
1.Dementia 2.Pain measurement 3.Pain assessment 4.Nursing	Medline (ovid)	1 AND 4 AND 2 OR 3	119389 72878 3790 135707 35	Chang, S.O, et.al (2011) Concept Analysis of Nurses' Identification of Pain in Demented Patients in a Nursing Home: Development of a Hybrid Model, <i>Pain Management nursing</i> , 12(2), s.61-69.
Dementia Nursing assessment Pain	Medline (ovid)	1 AND 2 AND 2	119210 21609 249660 47	Monroe, T.B., Parish, A., & Moin, L.C (2015) Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia, <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , Volum: 29, s. 316-320.
1.Chronic pain 2.Pain Assessment 3.Dementia 4.Nursing home	PubMed	1 AND 2 AND 3 AND 4	57348 73585 88372 24792 47	Malara, A. Et al. (2016) Pain assessment in elderly with behavioral and psychological symptoms of dementia, <i>Journal of Alzheimer's Disease</i> . Volum: 50(4), s. 1217-1225.
1.Smerte 2.Demens 3.Sykepleie	SweMed+	1 AND 2 AND 3	4644 1955 6086 6	Jensen, G-M, Tingvoll, W-A og Larem, G.F (2013) Smertebehandling til personer med langtkommen demens, <i>Geriatrisk sykepleie</i> . Volum:3 s. 26-34.
1.Dementia 2. Nursing interventions 3. Pain measurement 4. Pain assessment	Chinal	1 AND 2 AND 3 OR 4	61851 7362 23901 3227 12	Burns, M. og McIlfratrick, S.(2015) Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting, <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , Volum: 21(10), s.479-487.

### 3.3 Utvalgsprosessen

Søkene ble utført i databaser som er tilgjengelige fra NTNU sitt bibliotek. Det ble valgt å bruke Medline (ovid), PubMed (ovid), Chinal og Swemed+, for å inkludere både nordisk og utenlandsk forskning. I denne studien ble det kun utført strukturerte søk med søkeord som passet til inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ble satt før søkene startet. Det ble brukt både AND og OR som kombinasjonsord, for å få et bredere søk. Søket ble avgrenset slik at

det kun var under 50 artikler igjen, dette for at det skulle være overkommelig å lese sammendragene til alle artiklene. Artiklene som var aktuelle ble søkt etter i NSD for å kontrollere om de er fagfellevurdert. Alle artiklene som ble inkludert i denne litteraturstudien er fagfellevurdert etter nivå 1 eller 2 og har en IMRAD-struktur. Fagfellevurdering er «kvalitetssikring av forskningsbidrag ved at eksperter innenfor faget kritisk vurderer bidraget før publikasjon» (Svartdal, 2018).

I første omgang ble det lest igjennom sammendrag til alle treffene som kom frem ved avgrensningen. Disse ble da satt opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ble satt tidligere. I andre omgang ble de utvalgte artiklene gjennomlest for å se om de passet til kriteriene. Mange av artiklene ble ekskludert på bakgrunn av blant annet årstall, at de handlet om andre sykdommer enn demens og fant sted på sykehus. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble brukt til å kritisk granske sammendragene til alle treffene. Ved et par av treffene ble det funnet 2 artikler som kunne passe til inklusjonskriteriene, disse ble da satt opp mot hverandre for å finne ut hvilken artikkel som passet best til valgt problemstilling. En artikkel ble valgt bort da den fokuserte på å sammenlikne smerter hos pasienter med og uten en demenssykdom, noe som ikke passer til hva denne litteraturstudien handler om. Ved ett av søkene ble det valgt å inkludere en artikkel som hadde «smertebehandling» i tittelen, selv om dette er et eksklusjonskriterium. Dette fordi selve artikkelen passet godt til hva litteraturstudien handler om. Artiklene som er valgt ut tar for seg både identifisering av smerter hos pasienter med demens og sykepleiers vurderingskompetanse.

### 3.3.1 Kritisk gransking

Artiklene ble gransket nøye for å komme frem til de 5 artiklene som har blitt inkludert som resultatartikler. Deretter analyserte vi hva formålet med studien var og resultatet av den. Første punkt i analyseprosessen til Aveyard (2014) er å sette opp en artikkelmatrise, for å systematisk få frem en problemstilling, metode og resultat. I denne litteraturstudien ble valgt å bruke en artikkelmatrise fra Thidemann (2017). Aveyard (2014) skriver at punkt to i prosessen er å analysere artiklene og identifisere temaer fra resultatene i artiklene. Det ble satt opp stikkord over temaer som ble tatt opp i artiklene. For å se om det var temaer som gikk igjen, og passet til valgt problemstilling. Temaene som har kommet frem i denne litteraturstudien er: utvikle kompetanse i datasamling og observasjon og styrke sykepleierens vurderingskompetanse.

### 3.3.2 Forskningsetiske prinsipper

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015) skriver at forskningsetikk «viser til et sett av verdier og normer som skal bidra til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet».

Dette kommer også frem i Helseforskningsloven (2009) §1, hvor formålet er å fremme etisk forskning innen medisin og helsefag. De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015) skriver at forskningsetiske normer kan deles inn i tre kategorier, dette er normer som er knyttet til individer, samfunnsansvar og forskningsetikk knyttet til forskningens sannhetssøken. Førde (2014) omtaler et eksempel på etiske retningslinjer som blir mye brukt, dette er

Helsinkideklarasjonen. Den sier blant annet at forskning skal følge «aksepterte vitenskapelige prinsipper og utføres av vitenskapelig kvalifiserte personer» (Førde, 2014).

## 4.0 RESULTAT OG FUNN

I denne delen blir resultatene i de 5 artiklene presentert i en litteratormatrise, det vil også komme frem en sammenfatning av resultatene.

### 4.1 Litteratormatrise

	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Forfattere Publiserings år Tidsskrift Land	Chang, S.O, <i>et. al.</i> (2011) <i>Pain Management nursing.</i> Sør-Korea	Monroe, T.B., Parish, A., og Moin, L.C (2015), <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> USA	Malara, A. <i>et.al.</i> (2016) <i>Journal of Alzheimer's Disease.</i> Italia	Jenssen, G-M, Tingvoll, W-A og Larem, G.F (2013) <i>Geriatrisk sykepleie.</i> Norge	Burns, M. og McIlpatrick, S.(2015) <i>Journal of Palliative Nursing.</i> United Kingdom
Tittel	Concept Analysis of Nurses' Identification of Pain in Demented Patients in a Nursing Home: Development of a Hybrid Model	Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia	Pain assessment in elderly with behavioral and psychological symptoms of dementia	Smerte behandling til personer med langtkommen demens	Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting
Hensikten med studien	Hensikten med studien er å få klarhet i hvordan sykepleier identifiserer smerter hos pasienter med en demens sykdom.	Målet med studien var å undersøke sykepleierens praksis for å identifisere og lindre smerter hos pasienter med demens på sykehjem.	Målet med denne studien var å definere forekomsten av smerter hos pasienter med demens ved hjelp av både selvrappoterings skalaer og observasjons-verktøy.	Artikkelen fokuserer på sykepleierens erfaringer fra å vurdere smerter hos pasienter med en langtkommet demenssykdom og språkvansker.	Hensikten med studien var å avdekke sykepleierens kunnskap og holdninger til smertevurdering hos pasienter med en demenssykdom i sykehjem.
Metode	En kvalitativ metode.  I denne studien ble det brukt en hybridmodell, gjennom deltaker-observasjoner og intervjuer.	En kvalitativ metode.  I denne studien ble det brukt fokusgruppe intervju.	En kvantitativ metode.  I denne studien ble det brukt observasjonsstudier.	En kvalitativ metode.  I denne studien ble det foretatt intervjuer av sykepleierne som var med i studien.	En kvantitativ metode.  I denne studien ble det brukt en tverrsnittsundersøkelse.

	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Utvalg/ populasjon	Denne studien inkluderte 13 sykepleier fra 3 sykehjem.	Denne studien inkluderte 29 sykepleiere.	Denne studien tok for seg 233 pasienter.	I denne studien inkluderte 5 sykepleiere som jobbet på sykehjems avdelinger tilrettelagt for personer med demens.	Denne studien tok for seg 96 sykepleiere på 17 sykehjem.
Hovedfunn/ Resultater	De kom frem til at identifisering av smerter hos pasienter med en demenssykdom er en kompleks prosess, og det er behov for mer forskning for å formulere et vurderingsverktøy.	Det kom frem i studien at sykepleiere har vanskeligheter med å finne ut om en pasient med demens har smerter og bedømme intensiteten av smerten.	Studien bekreftet at selvrapportering alene ikke er tilstrekkelig til å vurdere smerter hos eldre med demens.	Studien avdekket at sykepleier kan ha vanskeligheter med å tolke pasientens uttrykk, manglende faglige basiskunnskaper, kunnskap om sykdommen og samarbeid innad i helsefaggruppen.	Mange av sykepleierne hadde gode kunnskaper, men mange sykepleiere var usikre når det kom til smertestillende, sikkerheten knyttet til opioidbruk ved demens.
Kvalitets vurdering	Det er bra at de har valgt å inkludere forskjellige sykehjem, men 13 sykepleiere kan være litt lite for å få et representativt svar.	Det kommer ikke frem om disse sykepleierne tilhører forskjellige sykehjem.	Det er bra at studien har valgt å inkludere mange pasienter.	5 sykepleiere kan være litt lite for å få frem om dette er en reell konklusjon. Dette blir også omtalt i studien.	Det er bra de har valgt å bruke forskjellige sykehjem og mange sykepleiere.
Redegjort for etiske overveielser	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.

(Thidemann, 2017).

#### 4.2 Analyse og sammenfatning av resultater

Her beskrives prosessen med å analysere og sammenfatte resultatene som er relevante for problemstillingen. Ved å analysere og sammenfatte disse resultatene får oppgaven en tolkning av resultatene i artikkelen. Det vil da komme frem forskjeller og likheter i de ulike artiklene (Aveyard, 2014).

For å komme frem til to hovedtemaer er artiklene nøye gjennomlest og fellestrekkene i artiklene er markert. For å finne likheter og ulikheter, er resultatene delt inn i to temaer. De temaene som er relevante er: «Utvikle kompetanse i datasamling og observasjon» og «Styrke

sykepleierens vurderingskompetanse». Alle artiklene i denne oppgaven har nevnt etiske prinsipper i henhold til Helseforskningsloven (2009).

Tema	Kategorier
Utvikle kompetanse i datasamling og observasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifisere tidligere sykdommer og skader</li> <li>• Observere endret atferd</li> <li>• Samle inn informasjon fra pårørende</li> <li>• Anvende smertekartleggingsverktøy</li> </ul>
Styrke sykepleierens vurderingskompetanse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viktigheten av gode fagkunnskaper</li> <li>• Betydning av erfaring innen demensomsorg</li> <li>• Evne til å samarbeide med andre profesjoner og pårørende.</li> </ul>

#### 4.2.1 Utvikle kompetanse i datasamling og observasjon

De fleste studiene har til felles at de mener det er en kompleks og komplisert prosess å identifisere smerter hos denne pasientgruppen. Flere trekker frem viktigheten av å identifisere smerter, da dette går utover flere grunnleggende behov. To av artiklene har til felles at de mener det er behov for å bruke et observasjonsverktøy, da selvrapportering ikke er tilstrekkelig i deres studie.

Malara, A. *et al.* (2016) skriver at forekomsten av kroniske smerter var omtrent dobbel så høy hos pasienter med en demenssykdom, enn hos pasienter uten demens. Derimot kom det frem i studien til Burns, M. og McIlfatrick, S. (2015) at det var usikkerhet knyttet til dette. Det vil nok være vanskelig å fastslå om det er noen sammenheng mellom demens og forekomst av smerter. Imidlertid kommer det frem i Malara, A. *et al.* (2016) at det kan være forskjell mellom opplevelsen av smerter og type demens.

Chang, S.O, *et al.* (2011) kommer frem til at det er behov for et observasjonsverktøy for å gjenkjenne og dokumentere smerter. Det kommer frem i studien at identifisering av smerter er en kompleks prosess og at det er viktig å få kartlagt smerter hos denne pasientgruppen, da de kan ha utfordringer med å uttrykke seg. Smerter kan påvirke pasienter til å slutte å utføre enkelte aktiviteter, gå på en annen måte, eller et akutt behov for hjelpemidler. Det kommer frem at inaktivitet kan være et tegn på smerter og at det vil kunne være behov for en undersøkelse av pasienten (Chang, S.O, *et al.*, 2011).

Burns, M. og McIlfatrick, S. (2015) skriver at ubehandlede smerter også kan påvirke pasientens grunnleggende behov som appetitt og søvn, samt føre til psykologiske plager som angst og depresjon. I denne studien var det uenighet og usikkerhet om pasienter med demens har større sannsynlighet for å oppleve smerter enn pasienter uten demens. Det var også stor usikkerhet rundt forutsigbarheten ved bruk av opioider hos pasienter med demens, med tanke på økt risiko for bivirkninger (Burns, M. og McIlfatrick, S., 2015).

Jenssen, G.A., Tingvoll, W.A og Lorem, G.F (2013) skriver at urolig atferd som regel ble tolket som demensutvikling og ikke smerter. Dette kunne føre til at pasientene fikk antipsykotiske medikamenter i stedet for smertestillende. De trekker frem at pårørende kan være en ressurs hvis personalet er usikker på om det er smerter pasienten opplever, da de kan ha bedre forståelse for hva pasienten uttrykker. En utfordring ved identifisering av smerter hos denne pasientgruppen kunne være knyttet til mangel på fagpersonale på jobb (Jenssen, G.A., Tingvoll, W.A og Lorem, G.F, 2013).

Monroe, T.B, Parish, A, og Moin, L.C (2015) skriver at det er en sammensatt prosess å identifisere smerter hos denne pasientgruppen. Sykepleier må samle informasjon fra pasienten selv, pårørende, omgivelser, tidligere sykdommer og annet helsepersonell. Dette er en tidkrevende prosess da det forutsetter at sykepleier har god kjennskap til pasienten. De avdekket at faktorer som kan være med å bidra til identifisering av smerter kan være sykepleierens kliniske kompetanse og kommunikasjon mellom de ulike profesjonene og pårørende (Monroe, T.B, Parish, A, og Moin, L.C, 2015).

Malara, A. *et al.* (2016) trekker frem viktigheten å bruke observasjonsverktøy for å identifisere smerter hos pasienter med demens. I deres studie ga kun 40 % av pasientene som brukte selv-rapporteringsverktøyet NRS, et pålitelig svar. Det kommer frem at mangelen på dokumentasjon og gode rutiner ved bruk av smertevurderingsverktøy, er en hindring for å kunne gi smertelindring til pasienter med demens. I studien til Malara, A. *et al.* (2016) kommer det frem at personer med demens kan erfare smerter forskjellig fra personer uten demens. Pasienter med Alzheimers sykdom hadde høyere smertetoleranse og at dette hadde sammenheng med alvorlighetsgraden av kognitiv svekkelse.



#### 4.2.2 Styrke sykepleierens vurderingskompetanse

Det kommer frem i studien til Jenssen, G-M, Tingvoll, W-A og Lorem, G.F (2013) at god faglig kunnskap er en viktig forutsetning for å gjøre god vurdering av pasientens tilstand. De påpeker viktigheten av gode fagkunnskaper for å kunne identifisere smerter hos pasienter med demens. Studien sier også noe om viktigheten med tverrfaglig samarbeid, kunnskap, og samarbeid med pårørende.

Chang, S.O, *et.al.* (2011) skriver at de ikke har funnet et smertekartleggingsverktøy som effektivt oppdager smerter hos pasienter med demens. Dette betyr at sykepleiere må bruke sine ferdigheter for å fastslå, og for å lindre smerter. Smertevurderingen av denne pasientgruppen baserer seg på sykepleierens evne til å oppdage tegn på smerter. Det kommer frem at identifisering av smerter kan deles inn i flere trinn. Hvert trinn inneholder blant annet kunnskap og forståelse av smerteskala, fysisk vurdering og generell kunnskap knyttet til smerter hos eldre. De trekker frem at det er viktig at sykepleieren har god kjennskap til pasienten og de legger vekt på klinisk erfaring (Chang, S.O, *et.al.*, 2011).

Burns, M. og McIlfatrick, S (2015) skriver at mangel på kunnskap, kompetanse, og en negativ holdning mot smerter, kan være en utfordring ved smertebehandling til pasienter med demens. I studien kommer det frem at sykepleiere føler de har et tidspress når det kommer til kartlegging av smerter. Studien sier også noe om tidspresset på sykehjem. En konsekvens av tidspress kan være mangelfull kommunikasjon mellom helsepersonell, som kan føre til at pasienter ikke får den optimale behandlingen. Burns, M. og McIlfatrick, S (2015) kom frem til at 1/3 av sykepleierne i studien var usikker på om pasientene hadde mottatt optimal smertebehandling.

Det kommer frem i studien til Monroe, T.B, Parish, A, og Moin, L.C (2015) at sykepleieren synes det var vanskelig å identifisere smerter. Sykepleierne rapporterte at de måtte være konstant årvåkne for å kunne identifisere smerter hos pasienter med demens. De sa også at de måtte pleie hele familien, være villige til å gjøre forsøk og feile og prioritere pasientens komfort og livskvalitet.

## 5.0 DRØFTING

I drøftingsdelen vil resultatene fra artiklene bli drøftet opp mot relevant teori og fag- og forskningsbasert kunnskap. Som nevnt er problemstillingen for denne litteraturstudien: «Hvordan kan sykepleiere identifisere og vurdere smerter hos pasienter med en langtkommen demenssykdom?». Temaer som framstår som svar på problemstillingen er: Utvikle kompetanse i datasamling og observasjon og styrke sykepleierens vurderingskompetanse.

Artiklene som har blitt inkludert i denne litteraturstudien har til felles at de trekker frem at det å identifisere smerter hos pasienter med en demenssykdom, kan være utfordrende. Pasienter med demens kan ha utfordringer med å gjøre rede for sine smerter, det vil da være sykepleiers ansvar å identifisere og vurdere smerter hos pasienter med en demenssykdom. Hvorfor er det så utfordrende å identifisere smerter hos denne pasientgruppen? Er det mangel på kunnskap hos sykepleierne, for dårlig dokumentasjon eller ingen klare rutiner for bruk av standardiserte smertekartleggingsverktøy?

### 5.1 Utvikle kompetanse i datasamling og observasjon

Sykepleierens kompetanse i datasamling og observasjon vil være viktig for at sykepleieren skal kunne identifisere smerter hos denne pasientgruppen. Det vil i denne delen bli lagt vekt på identifisering av tidligere sykdommer og skader, observere endret atferd, samle informasjon fra pårørende og anvende smertekartleggingsverktøy.

#### 5.1.1 Identifisere tidligere sykdommer og skader

Når sykepleieren skal utføre en datasamling er det viktig at sykepleieren bruker sitt kliniske blikk for å kunne gjøre gode observasjoner. Dette innebærer for eksempel å se etter endringer, kjenne på pasienten og lytte etter unormale lyder. Grov, Madah-Amiri og Kyte (2015) skriver at den kliniske undersøkelsen som en sykepleier utfører har som hensikt å avdekke sykepleieproblemer og deretter danne en sykepleiediagnose. Det skilles mellom ulike teknikker for kliniske undersøkelser, dette er: inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon. Sykepleiere vil over tid opparbeide seg en kunnskap om hvordan dette utføres og hva som kan defineres som avvik fra normal tilstand (Grov, Madah-Amiri og Kyte, 2015).

Dersom en sykepleier skal samle informasjon om pasientens tidligere sykdommer og skader vil det være naturlig å bruke sykepleieprosessen. Her kan sykepleieren samle informasjon om pasientens historie og anamnese. Dette kan innhentes fra andre profesjoner, pasientens journal og ved å spørre pasienten selv og pårørende. Det kan være nyttig for sykepleier å kunne identifisere om det kan være noen underliggende årsaker til at pasienten virker smertepreget. Eksempelvis kan det komme frem at pasienten har kronisk artritt og at dette kan være en grunn til at pasienten har blitt mer inaktiv den siste tiden.

Pasienter med en demenssykdom kan være mer utsatt for å få infeksjonssykdommer og trykksår, noe som kan være veldig smertefullt (Winger og Leegaard, 2016). Dette viser at det er viktig at sykepleiere klarer å identifisere dette tidlig, for å kunne forebygge at pasienten har unødig lidelse over tid. Dersom det avdekkes at pasienten har en underliggende årsak til smertene kan det være hensiktsmessig med en legeundersøkelse. Da kan sykepleieren tilkalle lege etter avdelingens rutiner eller skrive opp pasienten til neste legevisitt.

En grunn til at det kunne være en utfordring å identifisere smerter var at det manglet sykepleiere på jobb (Jenssen, G-M, Tingvoll, W-A og Lorem, G.F, 2013). Det kan tenkes at viktige observasjoner vil gå tapt dersom det ikke er sykepleiere på jobb, da ufaglærte eller fagarbeidere ikke har den samme kompetansen som en sykepleier innehar. Burns, M. og McIlfatrick, S (2015) underbygger dette med at lav bemanning kunne føre til at smerter ikke ble identifisert, grunnet liten tid. Det kan tolkes som at tid og bemanning kan være en utfordring. Burns, M. og McIlfatrick, S (2015) skriver at tidspress kan føre til dårligere kommunikasjon mellom helsepersonell. Dette er noe som kan føre til at pasienter ikke får den optimale behandlingen. Det viser hvor viktig sykepleieren sin kompetanse er, for å kunne identifisere og vurdere smerter hos denne pasientgruppen.

### 5.1.2 Observere endret adferd

Det kan virke som at utfordringen knyttet til denne problemstillingen ligger i det å identifisere smerter hos denne pasientgruppen. Torvik og Bjøro (2014) hevder at det kan bli utfordrende når språket svekkes, og pasienten ikke lenger klarer å formidle sine smerter med ord. Det vil da kunne være viktig at sykepleieren tolker akutte atferdsendringer og endring i pasientens bevegelsesmønster. Det kommer frem i Burns, M. og McIlfatrick, S. (2015) at smertevurdering er utfordrende, dette fordi det kan være vanskelig for pasienter å huske smerten, tolke spørsmålet og huske informasjonen. Dersom en pasient har utfordringer med å

gjøre rede for sine smerter, vil det være et behov for at sykepleieren identifiserer og vurderer dette. Hvis en pasient har en akutt endring i atferd eller bevegelsesmønster, kan dette være et tegn på smerter. Det vil da være viktig at sykepleieren observerer pasienten og sørger for god dokumentasjon og rapportering av endringene.

Smerter kan gi økt risiko for delirium, depresjon og søvnforstyrrelser ifølge Torvik og Bjøro (2014). Smerter over lang tid kan også føre til inaktivitet og sengeleiets komplikasjoner. Dette er faktorer som kan tenkes at vil gå utover pasientenes opplevelse av livskvalitet og pasientens evne til å dekke sine grunnleggende behov. Dersom en pasient går med uidentifiserte smerter over tid, kan dette føre til at pasienten i større grad vil ha behov for hjelp. I en slik situasjon kan en viktig sykepleieroppgave være å opprettholde pasientens evne til å ivareta sine grunnleggende behov og hindre inaktivitet. Dersom bruk av et smertekartleggingsverktøy kan bidra til at pasienten selv klarer å ivareta sine grunnleggende behov, vil sykepleier kanskje se verdien av et slikt smertekartleggingsverktøy.

Sykepleierne var opptatt av at atferd kunne tolkes som et tegn på smerter hos personer med demens skriver Burns, M. og McIlfratrick, S. (2015). Derimot nevner Jenssen, G-M., Tingvoll, W-A og Lorem, G.F (2013) tilfeller hvor pasientens atferd eller tilstand har blitt sett på som en utvikling av demenssykdommen, men i ettertid vist seg å være smerter. Dette viser hvor viktig det er at sykepleier blir tatt på alvor med sine vurderinger, og at smertelindring da vil være et mulig alternativ. Jenssen, G-M., Tingvoll, W-A og Lorem, G.F (2013) skriver at et hinder i denne prosessen kan være manglende samarbeid med sykehjemslegen.

Burns, M. og McIlfratrick, S. (2015) og Malara, A. *et al.* (2016) kommer begge frem til at aggresjon, ansiktsuttrykk og redusert appetitt, mobilitet og depresjon kunne være tegn på smerter hos denne pasientgruppen. Dette viser at det vil være viktig at sykepleiere ser alle observasjonene samlet og vurderer om det kan være smerter, som gjør at pasienten nesten har sluttet å spise eller har dårligere søvnkvalitet. Dette underbygger viktigheten av god dokumentasjon av endring av atferd når det gjelder pasienter med en demenssykdom. Dersom det ikke blir dokumentert kan det resultere i at viktig informasjon går tapt og at smertene ikke blir identifisert. For å få dette til å fungere i praksis, må det være godt samarbeid innad i personalgruppen, hvor det er klare retningslinjer for dokumentasjon. Helsepersonell har i henhold til Helsepersonelloven (1999) kapittel 8 en plikt til å dokumentere.

### 5.1.3 Samle inn informasjon fra pårørende

Hva skal til for å kunne identifisere smerter hos denne pasientgruppen? Jenssen, G-M., Tingvoll, W-A og Lorem, G.F (2013) nevner at det er viktig med god kjennskap til pasienten og daglige observasjoner. Hva hvis pasienten er ukjent for sykepleier, eller det er tvil om pasienten har smerter? Det kan tenkes at et godt samarbeid med pårørende vil være avgjørende i en slik situasjon. Helsepersonell kan få en bedre forståelse av pasienten ved hjelp av informasjonen de pårørende gir. Jenssen, G-M., Tingvoll, W-A og Lorem, G.F (2013) skriver at pårørende i slike tilfeller hadde bedre forståelse for hva pasienten uttrykte. Dette viser viktigheten av å ta det pårørende sier på alvor og undersøke det grundig. Burns, M. og McIlfatrick, S. (2015) underbygger at pårørende er en viktig ressurs for å lettere kunne identifisere smerter.

Mange pårørende har god kunnskap om pasienten, som tidligere sykdommer, pasientens holdninger til smertestillende og en god forståelse av hva pasienten uttrykker. Dette er et område som også kan skape konflikter da pårørende kan ha høye forventninger til hva sykepleier kan gjøre for pasienten. De aller fleste pårørende vil selvfølgelig at deres nære ikke skal ha smerter. Mange pårørende innehar ikke den forståelsen for at bivirkning av smertestillende, kan føre til at pasienten blir mye trøtt og sliten. Da vil det være viktig at sykepleier gir god informasjon til pårørende så de er klar over situasjonen og mulige bivirkninger av legemidler. Monroe, T.B, Parish, A, og Moin, L.C (2015) tar opp denne problemstillingen i sin studie, hvor sykepleierne uttrykte at det var blitt en slags holdning til at «sykepleierne bare måtte fikse det». Dette kan tolkes som at sykepleierne opplevde et press fra pårørende, med forventninger som ikke kunne innfris. Som dette med forståelsen for hvordan smertestillende medisiner fungerer. Erfaringer fra praksis kan være at pårørende kan gi viktig informasjon om at pasienten har for eksempel høy smerteterskel og gir lite uttrykk for smerter.

### 5.1.4 Anvende smertekartleggingsverktøy

Det er utviklet flere typer smertekartleggingsverktøy som sykepleiere kan bruke for å identifisere smerter hos denne pasientgruppen. Torvik og Bjørø (2014) skriver at kartlegging og dokumentasjon av smerter må utføres regelmessig. Pasienter som ikke kan gjøre rede for sine smerter, er avhengig av at sykepleier oppfatter deres ikke-verbale tegn på smerter (Torvik og Bjørø, 2014). MOBID-2 er det observasjonsverktøyet som antas å bli mest brukt i Norge. Husebø (2009) skriver at MOBID-2 er utviklet for å sikre god smertevurdering hos pasienter

med en demenssykdom. Det kommer frem at ved å observere smertereaksjoner på vanlige bevegelser, er et godt grunnlag for å vurdere smerteintensitet relatert til muskel- og skjelettsystemet (Husebø, 2009). Det kan tolkes som at MOBID-2 er et veldig godt smertekartleggingsverktøy for å identifisere og vurdere smerter hos pasienter med en demenssykdom, men blir det brukt i den daglige pleien?

Det kan tolkes som at det er mange utfordringer knyttet til denne problemstillingen. Det finnes flere typer smertekartleggingsverktøy, og det er ingen fasit på hvilket som er best til å identifisere smerter hos denne pasientgruppen. Derimot trekker Chang, S.O, *et. al.* (2011) og Malara, A. *et. al.* (2016) frem at det er et behov for å bruke et observasjonsverktøy da det kommer frem at et selvrapporteringsverktøy ikke ga et pålitelig svar. En viktig forutsetning for at de skal kunne identifisere smerter er at de blir brukt av sykepleierne i den daglige pleien. Er det en forutsetning at det er sykepleiere som må utføre kartleggingen? Det kan tenkes at det i prinsippet ikke har noe å si hvem som utfører en slik kartlegging, men at sykepleier innehar en bredere kompetanse som vil gjøre det lettere å vurdere smerten og dens intensitet.

## **5.2 Styrke sykepleierens vurderingskompetanse**

For at sykepleier skal kunne vurdere smerter hos denne pasientgruppen må sykepleiere ta i bruk sin opparbeidede erfaring og vurderingskompetanse. I denne delen vil det bli fokusert på viktigheten av god fagkunnskap, betydning av erfaring innen demensomsorg og evnen til å samarbeide med andre profesjoner og pårørende.

### 5.2.1 Viktigheten av gode fagkunnskaper

Det kommer frem i flere av artiklene at viktigheten av gode kunnskaper om demenssykdom er hensiktsmessig når sykepleiere skal identifisere og vurdere smerter hos denne pasientgruppen. Janssen, G-M., Tingvoll, W-A og Lorem, G.F (2013) skriver at det er viktig at sykepleieren har gode fagkunnskaper om demens og sykdomsforløpet. Dette gjør at det er lettere å forstå pasientens signaler. Det kommer frem at det er viktig at sykepleieren oppdaterer seg på ny faglig kunnskap, slik at de har bedre forståelse for å ta riktige avgjørelser i behandlingen (Janssen, G-M., Tingvoll, W-A og Lorem, G.F, 2013). Er det manglende kunnskap som gjør identifisering av smerter til en utfordring? Burns, M. og McIlpatrick, S. (2015) hevder at sykepleiere som hadde hatt undervisning og øvelser, hadde høyere kompetanse når det kom til

å identifisere smerter hos denne pasientgruppen. Chang, S.O, *et.al.* (2011) underbygger viktigheten av at sykepleier har gode kunnskaper om sykdommen og smerter.

Det ble gjort en satsning gjennom Demensplan 2015 for å øke kompetansen om demens i helsevesenet, dette ble gjort ved at det ble utviklet et opplæringsverktøy kalt Demensomsorgens ABC (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). De påpeker viktigheten av kunnskap om demens hos alle profesjoner som arbeider med denne pasientgruppen for å kunne gi helhetlig pleie. Dette har blitt videreført i Demensplan 2020, noe som er med på å øke helsepersonellens kompetanse om demens i kommunehelsetjenesten. Det kan tenkes at det er et undervisningsopplegg alle som jobber med denne pasientgruppen burde ta, både ufaglærte, faglærte og sykepleiere. Dette for at alle skal inneha god kunnskap om sykdommen, og kunne forstå atferdsendringene og rapportere tilbake til sykepleier dersom det er forandringer.

Holter (2015) skriver at sykepleiere har et ansvar for egen kunnskapsutvikling, dette for å fremme et forsvarlig kunnskapsnivå. Studier har vist at en kan se en sammenheng mellom pasientsikkerhet og sykepleiers kunnskap. Dette kan tolkes som at god kunnskap gir god sykepleie, dette igjen gir økt pasientsikkerhet. Med god kunnskap om demens, kan det være med på å lette identifiseringen av smerter hos pasientene. Dette sier også noe om viktigheten av å holde seg faglig oppdatert, og det har også stor betydning at arbeidsgiver legger til rette for kompetanseheving på arbeidsplassen. Dette kommer også frem i Helsepersonelloven (1999) §4, hvor det står at helsepersonell er pliktig til å handle faglig forsvarlig, dette innebærer også å være faglig oppdatert.

### 5.2.2 Betydning av erfaring innen demensomsorg

Hvordan kan sykepleiere bruke sin erfaring ved identifisering og vurdering av smerter hos pasienter med langtkommen demens? Torvik og Bjøro (2014) skriver at når sykepleiere bruker et observasjonsbasert skjema i stedet for klinisk skjønn i en slik vurdering, ble smerter avdekket ved flere av tilfellene. Imidlertid er det en viktig ressurs å kunne bruke smertekartleggingsverktøy og klinisk skjønn som en kombinasjon (Torvik og Bjøro, 2014). Observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy vil kunne være en stor ressurs for sykepleiere, for å kunne identifisere smerter hos denne pasientgruppen. I følge Benner (2004) opparbeider sykepleiere erfaring gjennom flere år, hun kalte det *fra novise til ekspert*. Erfaringen som sykepleieren har vil kunne påvirke hvordan sykepleieren vurderer situasjoner. En novise vil

mest sannsynlig ikke ha tilstrekkelig erfaring for å kunne vurdere data som kommer frem i et slikt observasjonsverktøy. Noe som kan resultere i at smerten ikke blir identifisert. En ekspert vil derimot ha erfaring til å vurdere data som ville kommet frem, men vil eksperten bruke et slikt verktøy eller kun stole på sitt kliniske blikk? Det kan tenkes at dersom sykepleieren velger å kun bruke klinisk blikk, vil viktige observasjoner av smerteatferd overses. Det kan være en utfordring å få en sykepleier som har mange års erfaring til å lære seg å bruke et slikt verktøy, da mange mener det de har gjort i alle år fungerer helt fint. Så en viktig forutsetning for å både kunne identifisere og vurdere smerter hos denne pasientgruppen kan være evnen til å tilegne seg ny kunnskap og søke råd hos andre. Dette er noe som kommer frem i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere §1.4 (Norsk sykepleieforbund, 2019).

Det er en forutsetning at sykepleieren kjenner til pasienten, og smertevurderingen av denne pasientgruppen baserer seg på sykepleierens evne til å oppdage tegn på smerter (Chang, S.O, *et.al.*, 2011). For å kunne identifisere smerter hos denne pasientgruppen vil det være viktig at sykepleieren bruker både sin erfaring og kunnskap. Jenssen, G-M, Tingvoll, W-A og Lorem, G.F (2013) skriver at det er vesentlig at sykepleier har generell kunnskap om demens og sykdommens utvikling. Dette viser hvor viktig det er med fast personale på jobb som er kjent med pasientene. Dette for å sørge for en viss kontinuitet og gjøre slik at pasientene blir trygge på de ansatte. Det kan tenkes at det kan være lettere å uttrykke smerter dersom en er trygg.

Erfaringsbasert kunnskap er kunnskap som en tilegner seg gjennom yrkesutøvelse (Graverholth, Jamtvedt og Nortvedt, 2015). I en situasjon hvor en sykepleier skal vurdere om en pasient med demens opplever smerter, vil det ha betydning om sykepleier har erfaring innen demensomsorgen. Selv om sykepleieren har mange års erfaring, er det ikke sikkert at sykepleieren innehar relevant erfaring fra arbeid med personer med demens. Dette kan påvirke sykepleierens kunnskaper med tanke på å avdekke smerter hos denne pasientgruppen. Dette viser at det er viktig å ha sykepleiere i eldreomsorgen som har lang erfaring med demens, eller har videreutdanning innenfor geriatri og demens.

Det kan tolkes som at sykepleiernes vurderingskompetanse baserer seg på opparbeidet erfaring innen spesielle områder, og styrkes av kunnskap. Det kan tenkes at sykepleiers vurderingskompetanse vil styrkes gjennom evnen til å tilegne seg ny kunnskap og søke råd hos andre profesjoner. Det vil være viktig at sykepleiere bruker sin vurderingskompetanse når de skal identifisere og vurdere smerter hos denne pasientgruppen. Dette for å kunne tolke



informasjonen som blir samlet inn via for eksempel et smertekartleggingsverktøy eller observasjoner av pasienten. Det kan tolkes som at sykepleierens kompetanse er svært verdifull for å kunne avdekke smerter hos denne pasientgruppen. Dette viser viktigheten av å ha god sykepleierdekning, spesielt i kommunehelsetjenesten.

### 5.2.3 Evne til å samarbeide med andre profesjoner og pårørende

Mangelfull kommunikasjon i personalgruppen var noe som kunne føre til manglende rapportering og uenigheter, knyttet til om pasienten hadde behov for smertelindring i følge Jenssen, G-M, Tingvoll, W-A og Lorem, G.F (2013). Det kommer frem at kontinuitet blant sykepleierne var viktig for å kunne vurdere pasientens signaler og følge opp tiltak. Et tiltak for å kunne sikre gode observasjoner av smerter kan være kompetanseheving og godt samarbeid mellom personalet (Jenssen, G-M, Tingvoll, W-A og Lorem, G.F, 2013).

Burns, M. og McIlpatrick, S (2015) trekker frem at sykepleierens holdninger kan være en utfordring. Det er viktig at sykepleiere har gode holdninger i forhold til å identifisere smerter hos pasientene. Sykepleierne tilegner seg holdninger fra ulike erfaringer og opplevelser i praksis og også fra eget liv. Dette kan gi ulikt utslag for den enkelte, som igjen kan gi forskjellige holdninger. Det kan tenkes at en erfaren sykepleier med lang klinisk erfaring, vil mene at det vil være bedre å bruke det kliniske blikket for å vurdere smerter. Holdninger kan være knyttet til manglende kunnskap og erfaring med bruk av slike smertekartleggingsverktøy. Det vil da kunne være hensiktsmessig at ledelsen tar tak i problemet og sørger for at sykepleiere får tilstrekkelig informasjon og opplæring om bruken og nytten av slike smertekartleggingsverktøy.

### **5.3 Metodiske overveielser og kritisk vurdering**

Ifølge Aveyard (2014) er kritisk vurdering av artiklene viktig for å strukturere, vurdere styrker og svakheter. Dette er en del av kvalitetsbedømmingen i oppgaven. I denne litteraturstudien har det blitt inkludert både kvalitative og kvantitative studier. Dette for å få frem både statistikk og sykepleierens erfaringer og tanker rundt denne problemstillingen.

Artiklene i denne oppgaven er skrevet på både norsk og engelsk. Ved å ha med engelske artikler skapes det risiko for misforståelser og for feiltolkning- og oversettelse av artiklene. Siden studiene er fra ulike land kan man få en bredere forståelse av hvordan smerter blir

identifisert av sykepleiere andre steder. En konsekvens av å inkludere artikler fra land utenfor Europa er at det må tas hensyn til kulturelle forskjeller. Det har i denne studien ikke blitt avdekket noen store kulturelle forskjeller. Det kan tenkes at pasienter fra andre kulturer har annen smerteopplevelse enn pasienter fra Norge. Alle artiklene som er inkludert i denne litteraturstudien har nevnt etiske retningslinjer og er godkjent av og ved lokale universiteter eller etiske komiteer. Det er noe usikkerhet om alle artiklene har innhentet underskrift fra alle inkluderte deltakere, da dette ikke er nevnt.

Jenssen, G-M, Tingvoll, W-A og Lorem, G.F (2013) har kun inkludert 5 sykepleiere i studien sin, den er valgt med da den får frem mange viktige punkter som forekommer på norske sykehjem. For å få en mer helhetlig studie ville det vært en fordel om den hadde inkludert flere sykepleiere. Jenssen, G-M, Tingvoll, W-A og Lorem, G.F (2013) skriver selv at dersom de hadde inkludert flere sykepleiere ville det styrket funnene, men at det var en enighet blant informantene om utfordringer knyttet til dette temaet. Det blir tatt høyde for at denne studien kun er en indikasjon på hvordan det er på norske sykehjem.

Monroe, T.B, Parish, A, og Moin, L.C (2015) og Chang, S.O, *et. al.* (2011) har også inkludert få sykepleiere i sin studie, disse har blitt inkludert i litteraturstudien da de passer til inklusjonskriteriene og er med å svare på valgt problemstilling. Funnene i disse studiene vil da ikke være representative for hele yrkesgruppen, men forteller noe om hvordan sykepleiere kan oppleve denne problemstillingen. Malara, A. *et. al.* (2016) har tatt for seg pasienter i sin studie, og ikke sykepleiere. Denne har da blitt inkludert for å få frem utfordringer og forekomst av smerter hos denne pasientgruppen. Alle studiene som er inkludert i denne litteraturstudien kunne med fordel ha inkludert flere deltakere for å få frem et mer representativt svar.

Det kan tenkes at det er muligheter for innovasjon i tjenesteutvikling ved å belyse dette temaet. Det har ikke kommet frem noe i denne litteraturstudien som ikke har kommet frem tidligere. Dette er en problemstilling som trenger mer forskning og oppmerksomhet blant de profesjonene som arbeider med denne pasientgruppen.

## 6.0 KONKLUSJON

Problemstillingen for denne litteraturstudien var: «Hvordan kan sykepleier identifisere og vurdere smerter hos pasienter med langtkommen demenssykdom?»

Det kan tolkes som at det er flere forskjellige måter sykepleier kan identifisere og vurdere smerter på hos denne pasientgruppen. Det har her blitt belyst noen metoder som kan være viktige for å kunne gjøre nettopp dette. For å kunne identifisere og vurdere smerter forutsetter det at sykepleiere innehar en viss kunnskap om demens og smerter. Det vil også være nødvendig at sykepleiere klarer å samarbeide, og innhenter informasjon fra andre profesjoner og pårørende. Sykepleiere bør ha en åpenhet for å tilegne seg ny kunnskap, og bruke nyutviklede smertekartleggingsverktøy. Det kan også trekkes frem at det vil være viktig at ledere på sykehjem legger til rette for å øke kunnskapen hos sykepleiere.

Dokumentasjon er en viktig forutsetning for ivaretagelse av pasientene. Det å ha gode rutiner knyttet til bruk av smertekartleggingsverktøy, kan kvalitetssikre pleien og behandlingen til pasienten. Viktigheten av kontinuitet blant sykepleierne kan føre til at smerter raskere kan bli oppdaget. Kjennskap til pasienten over tid er også et viktig punkt for å kunne se forandringer som tilsier smerter. Det kan være forandringer i oppførsel og væremåte som kan indikere at noe er galt. Studien viser det er viktig med riktig behandling av smerter og at feilmedisinering kan øke faren for bivirkninger hos pasienten.

Dette er en problemstilling som sykepleier kan møte både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, da det blir stadig flere personer som har en demenssykdom. Det vil da være viktig at sykepleier har kunnskap om faktorer som vil være nyttig for å kunne identifisere og vurdere smerter hos denne pasientgruppen. Det kan konkluderes med at det er viktig med gode fagkunnskaper, dokumentasjon, tverrfaglig samarbeid, god kommunikasjon med pårørende og bruk av smertekartleggingsverktøy.

## 7.0 LITTERATURLISTE

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care: A practical guide*. 3.utgave. Maidenhead: Open university press.

Benner, P. (2004) *Fra Novice til ekspert – Mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis*. 1.Utgave. København: Munksgaard Danmark.

Berentsen, V.D. (2008) *Demensboka – Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Aldring og helse.

Berntzen, H., Danielsen A. og Almås, H. (2016) Sykepleie ved smerter, i Stubberud, D-G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk s. 383- 422.

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*, Volum: 21(10), s.479-487. Tilgjengelig fra:  
<https://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/ijpn.2015.21.10.479>  
(Hentet: 01.04.2019)

Chang, S.O, *Et.al.* (2011) Concept Analysis of Nurses' Identification of Pain in Demented Patients in a Nursing Home: Development of a Hybrid Model, *Pain Management nursing*, Volum: 12(2), s.61-69. Tilgjengelig fra:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152490421000086X> (Hentet: 01.04.2019)

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015) *Hva er forskningsetikk?* Tilgjengelig fra:  
<https://www.etikkom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hva-er-forskningsetikk/> (Hentet: 27.04.19)

Førde, R. (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra:  
<https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>  
(Hentet: 26.04.2019)

Folkehelseinstituttet (2018) *Demens*.

Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

(Hentet: 22.02.2019)

Graverholth, B. Jamtvedt, G. og Nortvedt, M.W (2015) Kunnskapsbasert praksis, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utgave. Oslo: Cappelen damm AS. s. 179-191

Grov, E.K. & Holter, I.M. (2015) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. Utgave. Oslo: Cappelen Damm AS.

Grov, E.K. Madah-Amiri, D. Og Kyte, L. (2015) Klinisk undersøkelse, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utgave. Oslo: Cappelen damm AS. s. 588-618.

Heggestad, A.K.T og Knutstad, U. (2016) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4. Utgave. Oslo: Cappelen Damm

Helseforskningsloven (2009) *Lov om medisinsk og faglig forskning*. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven>

(Hentet: 27.04.2019)

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Demensplan 2020*. Tilgjengelig fra:

[https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf?fbclid=IwAR3EZUOJKUuxZZIeK6CbhlftOQNYqoKzegSwQ9n8FFUThmgRiFF5JeI3xUQ](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf?fbclid=IwAR3EZUOJKUuxZZIeK6CbhlftOQNYqoKzegSwQ9n8FFUThmgRiFF5JeI3xUQ) (Hentet: 05.05.2019)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 08.05.2019)

Heyn, L. (2015). Kommunikasjon- menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utgave. Oslo: Cappelen damm AS. s.387-388.

Holther, I.M (2015) Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn i, Grov, E.K. og Holter, I.M. (red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utgave. Oslo: Cappelen damm AS. s. 107-119

Husebo, B.S (2009) Smerteevaluering ved demens, *Tidsskriftet den norske legeforening*, Volum: 19, s.1996-1998. Tilgjengelig fra:  
<https://tidsskriftet.no/2009/10/aktuelt/smerteevaluering-ved-demens>  
(Hentet: 25.03.2019)

Jenssen, G-M, Tingvoll, W-A og Larem, G.F (2013) Smertebehandling til personer med langtkommen demens, *Geriatrisk sykepleie*. Volum:3 s. 26-34. Tilgjengelig fra:  
[https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3\\_vitensk.\\_artikkel\\_smertebehandling\\_2406.pdf](https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3_vitensk._artikkel_smertebehandling_2406.pdf)  
(Hentet: 28.03.2019)

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H (2014) *Geriatrisk sykepleie god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal

Kirkevold, M. (2014) Karakteristika ved sykepleiepraksis – sykepleierens møte med ulike situasjoner, i Grov, E.K og Holter, I.M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 193-205

Malara, A. *Et al.* (2016) Pain assessment in elderly with behavioral and psychological symptoms of dementia, *Journal of Alzheimer's Disease*. Volum: 50(4), s. 1217-1225.  
Tilgjengelig fra: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad150808>  
(Hentet: 26.03.2019)

Monroe, T.B., Parish, A., og Moin, L.C (2015) Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia, *Archives of Psychiatric Nursing*, Volum: 29, s. 316-320. Tilgjengelig fra:  
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0883941715001065?token=146C09E1FC5CB0D9280AA58522CCCE8400420D009151312524319391EA4B338DF6B2E17AE2E86E0A1CBC64E1274C3647> (Hentet:23.04.2019)

Norsk senter for forskningsdata (2018) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.

Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

(Hentet: 04.03.2019)

Norsk sykepleierforbund, (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 01.03.2019)

Phil, E. (2014) Sansesvikt i eldre år, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H (red.) *Geriatrisk sykepleie god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal. s. 298-280.

Ranhoff, A.H (2014) Delirium (akutt forvirring) i Kirkevold. M, Brodtkorb, K og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal, s.452-462.

Rotegård, A.K, Solhaug, M. og Grov, E.K (2015) Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess, i Grov, E.K og Holter, I.M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 244-268

Skovdahl, K. og Berentsen, V.D. (2014) Kognitiv svikt og demens. i Kirkevold. M, Brodtkorb, K og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal, s. 408-434.

Stubberud, D-G. Grønseth, R. og Almås, H. (2016) *Klinisk sykepleie 1*. 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Støren, I. (2013) *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. 2.Utgave Oslo: Cappelen Damm.

Svartdal, F. (2018) *Fagfellevurdering*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/fagfellevurdering> (Hentet: 27.04.2019)

Thidemann, I.J. (2017) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Torvik, K. og Bjøro, K. (2014) Smerte, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal. s. 390- 405.

Winger, A. og Leegaard, M. (2016) Smerter, i Heggstad, A.K.T og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4. Utgave. Oslo: Cappelen Damm, s. 172-194.



