

Anny Sletten Idebøen  
Nora Livesey Wardle Øgaard

# Hvordan kan sykepleier identifisere fysisk smerte hos pasienter med en alvorlig grad av demens?

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Ingunn Ulvestad  
Mai 2020



Anny Sletten Idebøen  
Nora Livesey Wardle Øgaard

# **Hvordan kan sykepleier identifisere fysisk smerte hos pasienter med en alvorlig grad av demens?**

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Ingunn Ulvestad  
Mai 2020

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



## SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleier identifisere fysisk smerte hos pasienter med en alvorlig grad av demens	Dato : 25.05.2020
Forfattere:	Anny Sletten Idebøen Nora Livesey Wardle Øgaard	
Veileder(e):	Ingunn Ulvestad	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Demens, Smerte, Sykepleie og Smertekartlegging	
Antall sider/ord:	Antall vedlegg: 0	
50/9572		
<p><b>Introduksjon:</b> Personer med en alvorlig grad av demens har i mange tilfeller utfordringer med å uttrykke seg verbalt. Det gjør det utfordrende å identifisere smerte hos denne pasientgruppen.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med litteraturstudiet er å belyse, samt utforske og tilegne mer kunnskap om hvordan sykepleier kan identifisere smerte hos pasienter med demens.</p> <p><b>Metode:</b> Oppgaven er en litteraturstudie hvor seks artikler ble benyttet. Både kvalitative og kvantitative studier er inkludert. Databaser som ble brukt var: Cinahl, Medline og SveMed. Artiklene ble funnet i tidsperioden mars-april 2020. Søkeord som ble brukt var: Demens, smerte, tegn, symptomer, indikasjoner og smertebehandling.</p> <p><b>Resultat:</b> Studien viste varierende tilnærming til smertekartlegging. Det som ble mest brukt var kartlegging ved bruk av skjema. Andre tilnærminger var selvrapporing. Andre viktige tilnærminger var bruk av pårørende som ressurs. Godt samarbeid mellom sykepleiere og leger var også avgjørende for identifisering av smerte hos pasienter med demens. Studiene viste også at identifisering av smerte hos pasienter med demens var lite strukturert og integrert i sykepleiernes hverdag.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Litteraturstudien viste at smertekartlegging ved bruk av skjemaer tilpasset pasientgruppen var en god måte å identifisere smerte på. Likevel er dette lite utbredt og integrert i behandlingen. Å ha en god relasjon med pasienten og deres pårørende var avgjørende for å lettere kunne oppdage endringer hos pasienten som kunne være tegn på smerte. Studien tydeliggjør behovet for mer forskning på smertekartlegging blant pasienter med demens.</p>		

## ABSTRACT

Title:	<u>How Can Nurses Identify Physical Pain In Patients With a Severe Degree of Dementia?</u>	Date : 25.05.2020
Authors:	<u>Anny Sletten Idebøen</u> <u>Nora Livesey Wardle Øgaard</u>	
Supervisor(s)	<u>Ingunn Ulvestad</u>	
Keywords (3-5)	<u>Dementia, Pain, Nursing and Pain mapping</u>	
Number of pages/words:50/9572	Number of appendix: 0	
<p><b>Introduction:</b> In many cases, people with a severe degree of dementia have the challenge of expressing themselves verbally. This makes it challenging to identify pain in this patient group.</p> <p><b>Purpose:</b> The purpose of the literature study is to elucidate, as well as explore and acquire more knowledge about how nurses can identify pain in patients with dementia.</p> <p><b>Method:</b> The thesis is a literature study in which six articles were used. Both qualitative and quantitative studies are included. Databases used were: Cinahl, Medline and SveMed. The articles were found during the period March-April 2020. Keywords used were: Dementia, pain, signs, symptoms, indications and pain management.</p> <p><b>Results:</b> The study showed varying approaches to identify pain. What was most used was pre made forms made for this particular patient group. Other approaches were self-report. Other important approaches were the use of relatives as a resource. Good collaboration between nurses and doctors was also crucial in identifying pain in patients with dementia. The studies also showed that identification of pain in patients with dementia was poorly structured and integrated into the nurses' daily lives.</p> <p><b>Conclusion:</b> The literature study showed that pain mapping using forms adapted to the patient group was a good way to identify pain. Nevertheless, this is not widely used nor integrated into the treatment. Having a good relationship with the patient and their loved ones was crucial to more easily detect changes in the patient that could be signs of pain. The study highlights the need for more research on pain mapping among patients with dementia.</p>		

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	1
<b>Abstract</b> .....	2
<b>1.0 Innledning</b> .....	5
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	7
2.1 Demens.....	7
2.2 Smerte.....	8
2.3 Smerte hos pasienter med demens.....	8
2.4 Eldrebølgen.....	8
2.5 Joyce Travelbees definisjon av sykepleie.....	9
2.6 Smertebehandling- sykepleiernes ansvar og tverrfaglighet.....	10
2.7 Hensikt og problemstilling.....	11
<b>3.0 Metode</b> .....	12
3.1 Litteraturstudie som metode.....	12
3.2 Søkestrategier.....	12
Tabell 1 PICO-skjema.....	13
3.3 Inklusjon-og eksklusjonskriterier.....	14
Tabell 2 Inklusjon-og eksklusjonskriterier.....	14
3.4 Søkedokumentasjon.....	15
Tabell 3 Søkedokumentasjon .....	15
3.5 Avgrensning og analyse.....	18
<b>4.0 Resultat</b> .....	19
4.1 Presentasjon av resultat.....	19
Tabell 4 Litteraturmatrise.....	19
4.2 Sammenfatning av resultater.....	31
<b>5.0 Drøfting</b> .....	34
5.1 Smertekartlegging ved skjema.....	34
5.2 Selvrapporing av smerte.....	37
5.3 Pårørende som ressurs.....	39
5.4 Hindringer for god smertebehandling.....	39
5.5 Relasjoner .....	41
5.6 Smerteindikatorer.....	42
5.7 Videre anbefaling.....	43

5.8 Forskningsetikk.....	44
<b>6.0 Kritisk vurdering av litteratur, metodiske overveielser og teori.....</b>	<b>46</b>
<b>7.0 Konklusjon.....</b>	<b>47</b>
<b>8.0 Litteraturliste .....</b>	<b>48</b>



## 1.0 Innledning

Denne oppgaven vil omhandle hvordan sykepleiere kan identifisere fysisk smerte hos pasienter med demens. Med en aldrende befolkning er dette en pasientgruppe sykepleiere kommer til å møte spesielt mye i arbeidslivet fremover. Som sykepleier er dette en viktig ting å ha kunnskap om da kartlegging av smerte er et av våre mange ansvarsområder. I oppgaven har vi tatt for oss Joyce Travelbees syn på sykepleie med fokus på hennes mellommenneskelige tilnærming.

Per dags dato har over 77 000 mennesker demens Norge, og dette vil trolig dobles i tiden fram mot 2040 (Nasjonalforeningen, 2019). Mange tenker at det kun er eldre som får demens, men yngre personer kan også bli rammet av denne sykdommen. Av alle som er rammet av demens i dag, er omtrent 4000 av disse yngre enn 65 år. Flere enn 350 000 mennesker har en nær relasjon til en person med en demensdiagnose (Nasjonalforeningen, 2019). Eldre personer med kognitiv svikt og demens i sykehjem og sykehus er særlig utsatt for mangelfull smertevurdering og behandling (Bjørge og Torvik, 2015). Det ingen kur mot demens i dag, men det er mye en kan gjøre for å leve best mulig med sykdommen (Nasjonalforeningen, 2019).

Sykepleierens ansvar og funksjonsområder:

Som sykepleier har man fagspesifikke funksjoner og ansvar som preger måten han/hun tilnærmer seg og ivaretar pasienter på i alle situasjoner. De beskrives i form av den handlingskompetanse og -beredskap sykepleierstudenten skal tilegne seg i løpet av utdanningen, og i lover, regler og yrkesetiske retningslinjer som regulerer sykepleieutøvelsen (Grønseth og Nortvedt, 2017). Evnen til å ivareta det faglige ansvaret påvirker kvaliteten på sykepleien som utøves. Sykepleie omfatter direkte pasientrettede oppgaver, som forebyggende og helsefremmende, behandlende, rehabiliterende/habiliterende og lindrende funksjoner (Grønseth og Nortvedt, 2017).

Det er flere lovverk som er aktuelle i forhold til sykepleie til mennesker med demens. Her presenteres et utvalg som er relevant til vår oppgave.

Helsepersonelloven skal bidra til å skape sikkerhet for pasienter, kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og tillit til helsepersonell og helsetjenesten. I §4 i loven står det at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og

omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, §4-3). Det at arbeidet ifølge loven skal være omsorgsfull er sentralt for oppgaven som sykepleier.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §4-3 sier noe om samtykkekompetanse, som er sentralt i demensomsorgen. Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming *åpenbart* ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Å hjelpe mennesker som lider under langvarig smerte, er en vanskelig og kompleks oppgave. Det er en overveldende oppgave å skulle bistå noen i å finne mening i sykdom; men å hjelpe et menneske med å finne noen form for mening i smerte er en nesten uoverkommelig oppgave. Det er utfordrende å formulere opplevelsen av smerte til andre på en slik måte at de får en viss innsikt i hva som oppleves. Smerteopplevelsen kan nok aldri formidles slik at andre virkelig forstår den og kan fatte fullt ut hva den som har smerten, gjennomgår (Travelbee, 2011, s. 254).

## 2.0 Bakgrunn

Her presenteres relevant faglitteratur og teori, samt hensikt og problemstilling.

### 2.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på flere ulike sykdommer som rammer forskjellige deler av hjernens funksjoner. Alle demenssykdommene er progredierende, og den som rammes vil suksessivt fungere dårligere og vil til slutt bli helt avhengig av hjelp. Symptomene vil utvikle seg over tid etter hvilken type demens som ligger til grunn (Skovdahl og Berentsen, 2015).

Verdens helseorganisasjons definisjon av demens:

1. Redusert hukommelse (forverring i forhold til tidligere funksjon) av en slik grad at det influerer på evnen til å klare seg i dagliglivet sammenlignet med tidligere. Spesielt er det hukommelsen for nære, selvopplevde hendelser som er svekket, for eksempel hva som skjedde i eget liv for en halv time siden, eller i går.
2. Reduksjon av en annen eller flere andre intellektuelle funksjoner, for eksempel evnen til å uttrykke seg språklig, eller forstå ord, tenke logisk, planlegge og utføre en handling, vurdere en kompleks situasjon eller løse en oppgave som tidligere var enkel.
3. Redusert evne til å klare seg i dagliglivet og utføre aktiviteter som man har mestret tidligere, som for eksempel å betale regninger, gjøre adekvate innkjøp, velge tøy eller stelle seg som før.
4. Endret atferd, som kan være alt fra passivitet til uro, irritabilitet og sinne, og noen ganger også vrangforestillinger.
5. Ikke tegn til delirium, som er kjennetegnet ved en brå start og svært redusert oppmerksomhet og som oppstår i forbindelse av en akutt sykdom eller legemiddeloverdosering.
6. Symptomene skal ha vart i minst seks måneder.

(Engedal, 2016, s.23).

## **2.2 Smerte**

Den internasjonale foreningen for smerteforskning (IASP) definerer smerte som “en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade” (Bjæro og Torvik, 2014). Definisjonen viser at smerte er en subjektiv og sammensatt opplevelse. I en annen definisjon heter det at “smerte er det som personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte” (Bjæro og Torvik, 2014). Disse definisjonene innebærer at kun pasienten kan beskrive og definere sin egen smerteopplevelse. Det gjenspeiler et helhetlig menneskesyn, noe som er spesielt viktig som grunnlag for sykepleiernes kartlegging av smerte og iverksetting av smertelindrende tiltak hos eldre personer som er smertepåvirket (Bjæro og Torvik, 2014).

## **2.3 Smerte hos pasienter med demens**

Kartlegging av smerte hos eldre med demens som mangler språk:

Smertevurdering hos eldre personer med demens er særlig utfordrende. Mange klarer å uttrykke sine smerter tydelig med ord i en tidlig fase av sykdommen, men evnen til språklig kommunikasjon svekkes etter hvert som tilstanden utvikler seg i så stor grad at pasienten ikke lenger er i stand til å formulere sin smerte til omverdenen med ord. Med stadig sviktende evne til språklig formulering blir det å observere atferd som tegn på smerte helt nødvendig (Bjæro og Torvik, 2016).

Pasienter som ikke greier å uttrykke egen smerte er en sårbar gruppe, som er helt avhengig av at sykepleiere aktivt observerer og tolker deres non-verbale smertetegn. For å få en best mulig observasjonsbasert smertekartlegging, er det viktig at den sykepleieren som observerer pasienten kjenner pasienten godt og bruker et observasjonskartleggingsverktøy (Bjæro og Torvik, 2016).

## **2.4 Eldrebølgen**

At andelen eldre i befolkningen stiger, er et typisk trekk ved et moderne samfunn (Romøren, 2015). Når dette skjer, stilles helsetjenesten overfor store utfordringer. Eldre mennesker bruker omtrent halvparten av sykehussengene våre og er den største gruppen av mottakere av kommunens pleie- og omsorgstjenester. Selv om mange er selvhjulpne og spreke, vil flere før

eller siden oppleve en periode med alvorlige skrøpeligheter og store behov for hjelp før de dør.

Kombinasjonen av aldring og økt sannsynlighet for å pådra seg sykdom, gjør at eldre mennesker helsemessig sett er en svært utsatt gruppe. Leddsykdommer, syns- og hørselssvekkelser og hjertesykdom er vanlig, men trenger ikke alltid å gi store plager eller hjelpebehov. Det er først og fremst aldersdemens, følger etter et hjerneslag og skader som gjør. Disse tilstandene er de vanligste kroniske helseproblemene hos eldre personer. Behovet for hjelp oppstår når kombinasjonen av aldring og sykdom fører til funksjonstap, det vil si sviktende evne til å mestre enkelte oppgaver og roller i dagliglivet (Romøren, 2015).

Eldrebølgen er et begrep journalister, politikere og helsepersonell bruker for å beskrive befolkningssammensetningens endringer i Norge, noe som også gjelder de fleste land i verden. Eldrebølgen som begrep er problematisk da det gir en entydig beskrivelse av eldre som svake, syke og hjelpetrengende, noe som delvis er riktig. Samtidig gir det ikke et fullstendig bilde av Eldres helse i Norge i dag. Bildet er betydelig mer nyansert, fordi selv om gjennomsnittlig levealder fortsetter å stige, har vi aldri hatt så mange friske, oppegående og vitale eldre. Når antallet eldre stiger, vil flere eldre få helseproblemer og sykdom, men vi vil også få flere eldre med bedre helse (Berg, 2016).

## **2.5 Joyce Travelbees definisjon av sykepleie**

Opgaven tar for seg Travelbee sine teorier og synspunkter på sykepleie. Travelbee er relevant for vår problemstilling da hun tar for seg hvordan den profesjonelle sykepleieren skal handle med fokus på en mellommenneskelig relasjon, noe som er spesielt viktig i møte med en sårbar pasientgruppe som pasienter med en alvorlig grad av demens er. Hun tar også for seg kompleksiteten og utfordringer rundt det å gi god sykepleie til pasienter som opplever smerte. Travelbee mener at sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 29). Den profesjonelle sykepleieren har et mer krevende ansvar ved at hun/han må være i stand til å hjelpe syke mennesker med å finne mening i sykdom, smerte og lidelse (Travelbee, 1999, s.221).

Pasienter som opplever smerte lider under dette. Travelbee tar for seg lidelse og beskriver det som en opplevelse som blir oppfattet og gjennomgått av den enkelte (Travelbee, 2011, s. 61-62). Hvert individ oppfatter opplevelsen av lidelse på sin egen unike måte. Måten en person oppfatter lidelse er veldig avhengig av betydningen personen legger til opplevelsen.

Betydningene individet knytter til lidelse, bestemmer også i stor grad individets evne til å tåle eller gjennomgå denne opplevelsen. I utgangspunktet er lidelse en følelse av misnøye som spenner fra enkelt forbigående mentalt, fysisk eller åndelig ubehag til ekstrem kval og til de steder utenfor kval, nemlig den ondartede fasen av fortvilende ikke bry seg og terminalen av apatisk likegyldighet (Travelbee, 2011, s. 61-62).

Oppgaven handler om hvordan sykepleier kan identifisere smerte. Travelbee beskriver smerte som en tilstand av fysisk eller psykisk manglende velvære eller fysisk eller psykisk uro som spenner seg fra lett ubehag eller uklare plager til intens og ofte uutholdelig pine; den kan være generell eller lokal, og en følge av fysisk eller psykisk skade og medfører vanligvis en reaksjon i form av ønske om å unngå, slippe fra eller ødelegge årsaksfaktoren og dens virkninger (Travelbee, 2011, s. 117).

## **2.6 Smertebehandling-sykepleiernes ansvar og tverrfaglighet**

Som sykepleier har man ansvar for å fange opp dette. Sykepleierens behandlende funksjon går ut på å samle data, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere sykepleien. Sykepleieprosessen som metode benyttes her. Sykepleier har også en assisterende funksjon i gjennomførelsen av medisinsk utredning og behandling etter forordning fra legen. Samtidig har sykepleieren ansvar for å vurdere effekten av behandlingen og dokumentere denne. God kartleggings-, vurderings- og beslutningskompetanse er avgjørende for å blant annet kunne utøve kompetent klinisk sykepleie (Grønseth og Nortvedt, 2017). Behandling retter seg mot å *fjerne* eller *eliminere* problemer, og sykepleierens behandling retter seg mot mennesker som har akutt eller kronisk helse- eller funksjonssvikt. Problemene er knyttet til *allmennmenneskelige grunnleggende behov*, men i tillegg er de forbundet med *hver enkelt pasients sin reaksjon* på den situasjonen den befinner seg i (Kristoffersen og Nortvedt og Skaug, 2011).

Sykepleierens lindrende funksjon skal begrense omfanget av pasientens fysiske, psykiske og sosiale belastninger og skal alltid stå sentralt i omsorgen. For å bevare den lindrende

funksjonen må sykepleieren rette oppmerksomhet spesielt mot pasientens livskvalitet, opplevelse og erfaring i forhold til sykdom og lidelse (Grønseth og Nortvedt, 2017).

Smerter kan oppstå som en selvstendig helseutfordring, som følge av behandling eller som følge av en langvarig sykdom (Leegard og Winger, 2016). Sykepleierne har et selvstendig ansvar når det kommer til smertelindring av pasienten. Samtidig er god smertelindring et tverrfaglig ansvar, og det å kunne samarbeide både med annet helsepersonell og med pasienten er avgjørende. Gjennom jevnlig kontakt og dialog med pasienten har sykepleier mulighet for å tilegne seg mye kunnskap som den kan benytte i en individuell tilnærming og behandling av pasientens smerter. Målet med all smertebehandling er å hjelpe pasienten til å opprettholde eller bedre funksjonsnivå og livskvalitet (Leegard og Winger, 2016).

## **2.7 Hensikt og problemstillingen**

Hensikten med litteraturstudiet er å belyse, samt utforske og tilegne mer kunnskap om hvordan sykepleier kan identifisere smerte hos pasienter med demens. Litteraturstudien skal ta for seg hvilke tiltak som blir benyttet, hvilken virkning det har og om noe kan eller bør gjøres annerledes.

Problemstilling ble dermed som følger: *“Hvordan kan sykepleiere identifisere fysisk smerte hos pasienter med alvorlig grad av demens?”*

### **3.0 Metode**

En metode er en systematisk fremgangsmåte som en benytter for å samle inn kunnskap og informasjon for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019, s. 76).

### **3.1 Litteraturstudie som metode**

I denne oppgaven er det blitt gjennomført et litteraturstudie, som er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere betyr i denne sammenheng å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele (Thidemann, 2019, s. 79). En har en systematisk tilnærming i alle trinn i prosessen. Hensikten er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 80).

### **3.2 Søkestrategier**

I oppgaven er det benyttet pensumlitteratur og databaser, samt manuelle søk. Databaser som ble brukt er Medline, Cinahl og Svemed. Søkeord som ble benyttet er blant annet “dementia”, “nurses role”, “pain”, “physical pain”.

For å sikre at artiklene er av sykepleiefaglig relevans er det gjort rede for om de er utgitt av sykepleiefaglige tidsskrifter. I og med at temaer som “demens” og “smerte” er store temaer, har en nøye gjennomgang av artiklene blitt gjort for å finne de som vil være mest relevante i forhold til oppgavens problemstilling. Artiklene skulle være i IMRaD-struktur, samt være fagfellevurdert. En vitenskapelig artikkel skal ha en fast og gjennomtenkt struktur, slik at resultater av forskningen lett kan gjøres kjent for fagfolk og andre (Støren, 2013). IMRaD struktur er vanlig i internasjonale tidsskrifter og enkelte tidsskrifter godtar kun denne.

IMRaD-strukturen bygger på følgende grunnleggende spørsmål som artikkelen skal svare på:

- Innledningen: Hvorfor ble undersøkelsen gjort?
- Teoretisk perspektiv: Hvilket perspektiv eller fagfelt tolker forskeren resultatene ut fra?
- Metode: Hvordan foregikk datainnsamlingen?
- Resultatdelen: Hva fant forskeren?
- Diskusjon: Hva betyr egentlig funnene? Hvordan kan de begrunnes og underbygges?

I tillegg kommer abstraktet og avslutningen (Støren, 2013).



Det er kun den seneste forskningen tilgjengelig publisert det siste tiåret som ble brukt. For å strukturere søket i databasene ble det benyttet et PICO skjema. Dette gjøres for å operasjonalisere problemstillingen slik at den blir søkbar og presis (Thidemann, s.83-99).

I tillegg ble alle punktene i skolens undervisningsplan fulgt, som er følgende:

- Informasjonskompetanse i sykepleie
- Å lokalisere og finne fram til relevant litteratur og forskning
- Ulike databaser med relevans for sykepleie
- Søkestrategier
- Inklusjons- og eksklusjonskriterier
- Søkedokumentasjon
- Resultatpresentasjon
- Analyse av søkeresultatet
- Normer for akademisk skriving

TABELL 1 PICO-SKJEMA

Patient/Problem	Interventions	Comparison	Outcomes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienter med alvorlig grad av demens</li> <li>• Sykepleiere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indikasjoner på smerte</li> <li>• Smertekartlegging</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiltak som kan kartlegge smerte</li> <li>• Kunnskap om indikasjoner på smerte</li> </ul>
Dementia, Pain	Indicators of pain, signs of pain, recognize pain, symptoms of pain, agitation		

### 3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier- og eksklusjonskriterier har blitt brukt i denne oppgaven for å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden litteratur. Dette gjøres for å få søket mer hensiktsmessig ut fra det vi ønsker av kunnskap (Thidemann, 2017, s. 84). Inklusjon- og eksklusjonskriterier skal være et verktøy for å synliggjøre detaljer og utvalg ved litteraturstudien som ikke fremkommer i problemstillingen (Aveyard, 2014).

TABELL 2 INKLUSJON-OG EKSKLUSJONSKRITERIER

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fagfellevurdert</li><li>• Vitenskapelig artikkel med IMRaD-struktur</li><li>• Språk: norsk og engelsk</li><li>• Sykepleieperspektiv</li><li>• Helsevitenskapelig relevans</li><li>• Redegjort for etiske overveielser</li><li>• Forskning som er relevant for norsk praksis</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Artikler eldre enn 10 år</li><li>• Ikke overførbare til norske forhold.</li></ul>

### 3.4 Søkedokumentasjon

Presentasjon av søkedokumentasjon

TABELL 3 SØKEDOKUMENTASJON

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
<b>1. Smerte</b>	Swemed +	1.	1927
<b>2. Demens</b>		2.	2001
		1 AND 2	30

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
<b>1. Dementia</b>	Swemed +	1.	1905
<b>2. Pain</b>		2.	2.5301
		1 AND 2	38

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Indicators	Medline	1 OR 2 OR 3 OR 4	1. 518722
2. signs			2. 186039
3. recognize.			3. 62063
4. symptoms.			4. 595806
5. *		5 AND 6 AND 7	5. 1282591
6. pain			6. 271257
7. dementia			7. 130214
8. *		8 AND 9	8. 238
9. agitations			9. 12588
10. *			10. 40

Søkeord	Database	Kombinasjon	Antall treff
1. Pain	Cinahl	1 AND 2	215498
2. Dementia			76626
3. *			1247
4. Signs		4 OR 5	59 966
5. Indicators			31 128
6. *		3 AND 6	90658
7. *			37

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. smertebehandling	Swemed +		289
2. demens			
3. langtkommen demens			2001
4. *			2
5. *			
		2 OR 3	2001
		1 AND 4	10

### **3.5 Avgrensning og analyse**

Totalt ga kombinasjoner av ulike søkeord 108 treff. Artiklenes tittel ble lest og de som virket relevant for vår problemstilling ble kontrollert opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Videre ble artiklenes sammendrag lest. De artiklene som fremsto som mest relevant i forhold til valgt problemstilling ble lest i sin helhet og analysert. Måten de ble analyserte på var etter Thidemann (2017, s. 91) sin anbefalte metode for kritisk og reflektert gransking og tolkning av innholdet, og å synliggjøre hva artikkelen forteller. De ulike artiklene ble lest flere ganger, både i sin helhet og stykkvis for å få god innsikt i detaljer. Mellommenneskelige forhold mellom sykepleier og pasient ble vektlagt i valg av artikler, da Travelbees sykepleieteori er rammen rundt vår litteraturstudie.

## 4.0 Resultat

I resultatdelen sammenfattes forfatterens funn i undersøkelsen, så beskrives de felles resultatene og det eventuelle spriket (det de er uenige om) (Støren, 2013, s.43). I resultatkapittelet presenteres resultatene fra det innsamlede datamaterialet uten at en foretar vurderinger og tolkninger. Resultatene i en litteraturstudie er en tematisk presentasjon av resultater/funn fra artikler (Thidemann, 2017 s. 108).

## 4.1 Presentasjon av resultat

TABELL 4 LITTERATURMATRISE

Forfattere:	Gunn-Mari Jenssen, Wivi-Ann Tingvoll og Geir Fagerjord Lorem
Publiseringsår:	2013
Tidsskrift:	Geriatrisk sykepleie
Land:	Norge
Tittel:	Smertebehandling til personer med langtkommen demens
Hensikten med studien:	Hensikten med denne studien var å trekke frem hvilke erfaringer sykepleierne hadde fra det å skulle vurdere smerter hos personer med langtkommen demens og språkvansker.
Metode:	Kvalitativ studie.
Utvalg/populasjon:	Fem kvinnelige sykepleiere i alderen 28 til 60 år deltok i studien. Arbeidserfaringen varierte mellom 4 til 37 år. Sykepleierne ble rekruttert fra forskjellige sykehjem i fire forskjellige kommuner i Nord-Norge.
Hovedfunn/resultater:	Sykepleiernes erfaringer med smertebehandling viser til både over- og underbehandling. Grunnen til dette ser ut

	<p>til å være utfordringer med å tolke pasientens uttrykk, mangel på faglig basiskunnskaper, mangel på spesifikke kunnskaper om demenssykdom og mangel på samarbeid innad i helsefaggruppen.</p>
<p>Kvalitetsvurdering/relevans:</p>	<p>Artikkelen er relevant for vår problemstilling</p> <p>Utgitt av et anerkjent tidsskrift</p> <p>Den er fagfellevurdert</p> <p>Utgitt i 2019</p> <p>Forfatterne av artikkelen er anerkjente fagfolk/forskere</p> <p>IMRAD struktur</p>
<p>Redegjort for etiske overveielser:</p>	<p>Studien ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. De ulike sykehjemmene ga tillatelse til studien. Informantene fikk skriftlig informasjon om studiets formål og hvordan det skriftlige materialet skulle benyttes. Datamaterialet ble anonymisert i tråd med Helsinkideklarasjonen. Lederne for de ulike sykehjemmene ga tillatelse til studien.</p>



Forfattere:	Toril Agnete Larsen og Liv- Berit Knudsen
Publiseringsår:	2013
Tidsskrift:	Nordisk sygeplejeforskning
Land:	Norge
Tittel:	Systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
Hensikten med studien:	Hensikten med denne studien var å beskrive systemer av rutiner og prosedyrer for å belyse smerte i virksomheter med utviklingssenter og hjemmetjenester
Metode:	Deskriptiv tverrsnittstudie der kartlegging skjer ved bruk av spørreskjema med åpne og pre-formulerte spørsmål.
Utvalg/populasjon:	Studien ble gjennomført i et strategisk utvalg av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i en region i Norge høsten 2011. Alle sykehjem og hjemmetjenester med Utviklingssenter i valgte region ble inkludert.
Hovedfunn/resultater:	<p>Informantene ble bedt om å fortelle om hvilke system og prosedyrer de hadde for kartlegging av smerte. En virksomhet uttrykker at de ikke har systemer. De øvrige beskriver at smertevurdering inngår i det daglige arbeidet, men ikke hvordan dette er satt i system. To eksempler illustrerer dette:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. «Innkomstamtalen, legevisitten, prosedyrer (PPS), logg ved eventuell medisin, rapport om virkning av medisin/smerter.»</li> <li>2. «Personalets vurdering i relasjon til pasienten».</li> </ol>

<p>Kvalitetsvurdering/relevans:</p>	<p>Artikkelen er relevant for vår problemstilling</p> <p>Utgitt av et anerkjent tidsskrift</p> <p>Den er fagfellevurdert</p> <p>Utgitt i 2013</p> <p>Forfatterne av artikkelen er anerkjente fagfolk/forskere</p> <p>IMRAD struktur</p>
<p>Redegjort for etiske overveielser:</p>	<p>Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og har nummer 27360. Etter godkjenning fra NSD ble førstekontakt med Utviklings-sentrene om deltakelse etablert.</p>

Forfattere:	Hanne Marie Rostad, Ellen Karine Grov, Inger Utne og Liv Halvorsrud
Publiseringsår:	2019
Tidsskrift:	Sykepleien forskning
Land:	Norge
Tittel:	Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter
Hensikten med studien:	Hensikten med denne studien var å kartlegge forekomst av smerte hos beboere på sykehjem med langtkommen demens. I tillegg skulle kjennetegn på sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerte undersøkes ved å sammenlikne kliniske og demografiske likheter mellom en gruppe beboere med smerter og en gruppe uten smerter.
Metode:	Kvantitativ beskrivende studie med tverrsnittdesign
Utvalg/populasjon:	112 sykehjemsbeboere fra 16 sykehjem deltok i studien.
Hovedfunn/resultater:	Kartleggingen viste at to av tre hadde smerter. Beboerne med smerte hadde høyere gjennomsnittsskår for nevropsykiatriske symptomer og livskvalitet (høyere skår indikerer lavere livskvalitet) sammenliknet med beboere uten smerte. De fant også en sammenheng mellom å ha smerte og å ha større hjelpebehov for personnære aktiviteter i dagliglivet, samt høyere forekomst av symptomer av depressiv karakter.
Kvalitetsvurdering/relevans:	Artikkelen er relevant for vår problemstilling  Utgitt av et anerkjent tidsskrift

	<p>Den er fagfellevurdert</p> <p>Utgitt i 2019</p> <p>Forfatterne av artikkelen er anerkjente fagfolk/forskere</p> <p>IMRAD struktur</p>
<p>Redegjort for etiske overveielser:</p>	<p>Personene som var inkludert i denne artikkelen hadde langtkommen demens. Forskerne sikret skriftlig samtykke fra beboernes nærmeste familie før studiens start. Studien har blitt godkjent regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.</p>

Forfattere:	Daniela Lillekroken og Åshild Slettebø
Publiseringsår:	2013
Tidsskrift:	Vård i norden (nå Nordic Journal of Nursing research)
Land:	Norge
Tittel:	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer
Hensikten med studien:	Hensikten med studien var å utforske hvilke erfaringer sykepleiere har med kartlegging og lindring av smerte hos pasienter med demens.
Metode:	Kvalitativ forskningsintervju
Utvalg/populasjon:	Tre forskjellige fokusgruppeintervjuer med seks, fem og syv deltakere per gruppe ble gjennomført i løpet av høsten 2008.
Hovedfunn/resultater:	Smertevurdering og smertelindrende hos pasienter med demens er utfordrende. Vanlige prosedyrer for smertevurdering og smertelindring for hvert individ kan være gode utsikter for at pasienter får effektiv smertelindring. Jevnlig bruk av smertevurderingsinstrumenter laget spesielt for denne pasientgruppen vil føre til effektiv smertevurdering og smertelindring for personer med demens.
Kvalitetsvurdering/relevans:	Artikkelen er relevant for vår problemstilling  Utgitt av et anerkjent tidsskrift  Den er fagfellevurdert  Utgitt i 2013

	<p>Forfatterne av artikkelen er anerkjente fagfolk/forskere</p> <p>IMRAD struktur</p>
<p>Redegjort for etiske overveielser:</p>	<p>Studien ble meldt til og er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Sykehusenes Kompetansesenter for personvern ga tillatelse for prosjektets gjennomføring. Nødvendige tillatelser ble innhentet fra sykehusene og sykehjemmets ledelse i god tid før studien startet.</p>

Forfattere:	Kyung Hee Lee, Eleanor S McConnell, George J. Knafl og Donna L. Algase
Publiseringsår:	2015
Tidsskrift:	Pain Medicine
Land:	USA
Tittel:	Pain and Psychological Well-Being Among People with Dementia in Long-Term Care.
Hensikten med studien:	Hensikten med studien var å undersøke forholdet mellom selvrapportert smerte og psykologisk velvære hos personer med demens som bor på sykehjem.
Metode:	En sekundær analyse ble utført ved bruk av data med gjentatte tiltak oppnådd fra en undergruppe av deltakere som var registrert i en flersatt beskrivende studie av faktorer som påvirket atferd til personer som bor på sykehjem.
Utvalg/populasjon:	Deltakere fra 17 sykehjem i Michigan og Pennsylvania. Deltakerne måtte være 65 år, eller eldre, snakke engelsk, ha en demensdiagnose, og ikke være avhengig av rullestol.
Hovedfunn/resultater:	Blant 171 deltakere som var i stand til å uttrykke sin smerte, rapporterte 44% av disse smerter en eller flere i løpet av dagen. Alvorlighetsgraden av kognitiv svikt var relatert til uttrykk for smerte. Pasienter med demens og smerte viste mer negativt emosjonelt uttrykk enn de uten smerter. Rutinemessig smertevurdering er gjennomførbar blant pasienter med moderat til alvorlig demens. Forbedring av smertehåndtering har potensiale for å styrke psykologisk velvære blant pasienter med demens som bor på sykehjem.

<p>Kvalitetsvurdering/relevans:</p>	<p>Artikkelen er relevant for vår problemstilling</p> <p>Utgitt av et anerkjent tidsskrift</p> <p>Den er fagfellevurdert</p> <p>Utgitt i 2015</p> <p>Forfatterne av artikkelen er anerkjente fagfolk/forskere</p> <p>IMRAD struktur</p>
<p>Redegjort for etiske overveielser:</p>	<p>Data for dette prosjektet ble innhentet med støtte fra National Institute of Nursing Research</p>



Forfattere:	Liv I. Strand, Kim F. Gundrosen, Regina K. Lein, Marjan Laekeman, Frank Lobezoo, Ruth Defrin og Bettina S. Husebo
Publiseringsår:	2018
Tidsskrift:	European Journal of Pain
Land:	Frankrike
Tittel:	Body Movements As Pain Indicators In Older People With Cognitive Impairment: A Systematic Review
Hensikten med studien:	Hensikten med studien var å utforske kroppsbevegelser som smerteindikatorer hos eldre mennesker med kognitiv svikt.
Metode:	<p>Et systematisk litteratursøk av de elektroniske databasene MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO og Cochrane Library ble gjennomført 23. februar 2015, og sist oppdatert 31. mai 2018.</p> <p>En systematisk gjennomgang ble anvendt, beskrevet som en detaljert og omfattende plan og søkestrategi avledet a priori, med mål om å identifisere, vurdere og syntetisere alle relevante studier innen det aktuelle temaet.</p>
Utvalg/populasjon:	<p>Ulike design, kvalitativ såvel som kvantitativ, var kvalifisert for studier inkludert i gjennomgangen. Forutsetninger for inkludering:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Studien måtte rapportere om bevis for at spesifikke kroppsbevegelser var smerteoppførsel.</li> <li>2. Studiepopulasjonen inkluderte eldre mennesker med kognitiv svikt eller demens.</li> <li>3. Fulltekstartikkelen må være tilgjengelig. Ingen begrensninger ble satt på språk eller publiseringsår.</li> </ol>

Hovedfunn/resultater:	Basert på de definerte kriteriene, fant forskerene flere kroppsbevegelser med sterk eller moderat bevis for å være indikatorer på smerte hos eldre pasienter med kognitiv svikt, spesielt demens. For å undersøke kriteriets gyldighet videre, ser det ut til at flere studier er nødvendige, tatt i betraktning de forskjellige egenskapene, lokaliseringen og varigheten av smerte.
Kvalitetsvurdering/relevans:	<p>Artikkelen er relevant for vår problemstilling</p> <p>Utgitt av et anerkjent tidsskrift</p> <p>Den er fagfellevurdert</p> <p>Utgitt i 2018</p> <p>Forfatterne av artikkelen er anerkjente fagfolk/forskere</p> <p>IMRAD struktur</p>
Redegjort for etiske overveielser:	Lederen av EU-COST action TD 1005 program; Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia, Stefan Lautenbacker har anbefalt å gjennomføre studien, og har bidratt til å finne søkeord for litteratursøk og forskningsspørsmål.

## 4.2 Sammenfatning av resultater

I dette kapittelet vil relevante resultater fra de seks studiene bli sammenfattet.

I studien til Rognstad, Grov, Utne og Halvorsrud, *kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter* (2018) viser de til at smerte hos eldre som bor på sykehjem og har langtkommen demens er et vanlig problem som gir utslag i form av fysiske og psykiske symptomer samt andre helseutfordringer. Studien viser at to tredjedeler av utvalget hadde smerter målt ut fra Dolphus-2 smerteskalaen. Et annet hovedfunn viser at gruppen som oppga å ha smerte scoret høyere på NPS og livskvalitet der høyere score indikerer lavere livskvalitet, enn pasientgruppen som oppga å ikke ha smerte. Studien viser også at det finnes en sammenheng mellom pasienter som opplever smerte, høyere hjelpebehov i p-ADL og forekomsten av depressive symptomer. De fant ingen betydelig forskjell i gjennomsnittlig agitasjonsskår mellom beboere med og uten smerte. I studien fant de ut at pasienter med smerter har høyere forekomst av nevropsykiatriske symptomer. Studien viser at en av tre pasienter som ble vurdert til å ha smerter, ikke fikk smertestillende på fast basis, mens to tredjedeler stod på dette fast. De understreker at smertekartlegging er en viktig oppgave for sykepleiere da det er et faglig og etisk ansvar som vil føre til bedre og riktigere behandling, omsorg og pleie for pasienten. Studien viser at sykehjemsbeboere med en alvorlig grad av demens og smerte ikke har ett enkelt symptom eller et helseproblem, men heller et komplekst lidelsesbilde bestående av flere symptomer og sykdommer, i tillegg til utfordringer med å uttrykke seg verbalt.

I Larsen og Knudsens studie *systemer for å avdekke smerte hos eldre personer i utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester* (2013) fokuserer de på systemer og prosedyrer for arbeid med smerteproblematikk i utvalgte virksomheter med utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Funnene viser at smerte hos eldre pasienter er kjent, men at det ikke jobbes systematisk med dette. Virksomhetene mangler systemer for oppfølging og kartlegging av smerteproblematikk. Kartleggingsskjema i flere av virksomhetene er ikke implementert som en del av et kvalitetssystem. Dette kan føre til en individualisering av pleie og behandling, og det blir opp til den enkelte yrkesutøver å sørge for kvalitet i oppgaver som omhandler smerteproblematikk. Ved å ha systemer for prosedyrer hvor flere alternativer innen kartlegging, vurdering, oppfølging og dokumentasjon av smerte inngår, ville jobben med diagnostikk og behandling av smerte blitt mer systematisk og man vil få bedre kvalitet. Det

anbefales at det gjøres flere fagutviklings- og forskningsprosjekter med ulike metodiske tilnærminger for å tilegne ny kunnskap slik at prosedyrer og rutiner knyttet til smerteproblematikk kan videreutvikles. Studien viser at smerte blir avdekket selv med mangelfulle systemer, og en oppfølging av dette kan være å undersøke hvordan helsearbeidere avdekker smerteproblematikk i møte med pasientene i sitt daglige arbeid. Videre vil det være av interesse å finne ut hvordan smerte dokumenteres i pasientens journal, og om dokumenteringen er i samsvar med den smerten pasientene opplever og uttrykker at de har.

I den kvalitative studien til Lillekroken og Slettebø, *smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer* (2013), avdekkes utfordringer og dilemmaer sykepleiere opplever ved kartlegging og lindring av smerte hos pasienter med demens. For at smertelindringen skal ansees som vellykket, er den avhengig av at pasienten selv rapporterer om behov for smertelindring og effekten den har av den. Når demensdiagnosen hindrer pasientens egenskap til å uttrykke smerte verbalt, vil pasienten formidle dette gjennom kroppsspråk eller adferd. Kartlegging av smerte for pasienter med demens var utfordrende, og informantene i denne studien mente at dette kunne være grunnen til at pasientene fortsatt er smertepåvirket. Sykepleierne har et selvstendig ansvar for egen fagutvikling og å arbeide kunnskapsbasert. Opplæring i bruk av smertekartleggingsverktøy basert på observasjon og fokus på potensielle smerter hos pasientgruppen vil øke sjansene for effektiv vurdering og lindring av smerte. Behovet for mer forskning på strategier for og implementering av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy er stort. Det er også et behov for mer kvalitativ forskning for å belyse sykepleiernes spesifikke behov for kunnskap om demenssykdommer og samhandling og smertelindring hos pasienter med demens.

I Strand, Gundrosen, Laekeman, Lobezoo, Defrin og Husebo sin studie, *body movements as pain indicators in older people with cognitive impairment*, ble totalt 2.096 studier fra litteratursøk identifisert, og 17 kvantitative og åtte kvalitative studier ble inkludert i gjennomgangen. Studiene var hovedsakelig relatert til eldre personer med demens. Forskerne kombinerte 62 elementer av kroppsbevegelser i 13 lignende eller synonyme elementer, og kriteriene ble definert. Det ble funnet sterke bevis for rastløshet (agitasjon), gnidning, beskyttelse, stivhet og fysisk aggresjon da atferden ofte responderte (økt eller redusert) på smertefremkallende aktiviteter, smertefulle prosedyrer og/eller smertestillende medisiner. Blant 13 kategorier av kroppsbevegelser fant forskerne fem med

sterke og fem med moderat bevis på gyldighet. Ettersom få elementer vanligvis ble inkludert i mange studier som gjenspeiler kriteriets gyldighet, bør alle inkluderes i fremtidige studier av pasienter med forskjellige egenskaper, plassering og varighet av smerte.

I Lee, McConnell, Knafl og Algase sin studie, *Pain and Psychological Well-Being Among People with Dementia in Long-Term Care*, der 171 av deltakerne som var i stand til å uttrykke sin smerte, rapporterte 44% av pasientene med demens smerter en eller flere ganger i løpet av dagen. Alvorlighetsgraden av kognitiv svikt var relatert til uttrykk for negative følelser. Pasienter som var tydelig smertepåvirket viste et mer negativt emosjonelt uttrykk enn personer med demens som var uten smerter. De konkluderte med at rutinemessig smertevurdering var gjennomførbart blant personer med moderat til alvorlig grad av demens, og positiv rapportering om smerte er assosiert med større observert negativt emosjonelt uttrykk, en indikator på redusert psykologisk velvære. Forbedring av smertehåndtering har potensial til å styrke psykologisk velvære blant personer med demens som lever i langvarig pleie.

I studien til Jenssen, Tingvoll og Lorem viser resultatene at de erfaringene sykepleiere har med smertebehandling både gjelder er preget av over- og underbehandling. Grunnen til dette kan være vanskeligheter med å tolke uttrykket til pasienten, mangel på faglige basiskunnskaper blant ansatte, mangel på spesifikke kunnskaper om demenssykdom samt mangel på samarbeid innad i helsefaggruppen. Samarbeid mellom de involverte i personalgruppen, med tilsynslegen og pårørende er viktig for å kunne identifisere og ta hånd om pasientens behov for smertelindring. Helsepersonell må jobbe sammen mot et felles mål for pleien som ytes i avdelingen. Lederne må satse på å bygge opp kompetanse til personalet. Fokus på kunnskap rundt oppfølging og smertebehandling kan potensielt gi høyere livskvalitet for den enkelte pasient som har en alvorlig grad av demens.

## 5.0 Drøfting

På bakgrunn av litteraturstudien vil dette kapittelet omhandle drøfting av funn opp mot relevant faglitteratur.

En vesentlig antakelse er at sykepleierens hensikt og mål oppnås gjennom etableringen av et menneske til menneske forhold. Hensikten med et slikt forhold i sykepleien er å hjelpe individet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2011 s. 41). Et viktig steg for å hjelpe pasienten med å mestre smerter er å identifisere den. Psykisk og fysisk smerte er menneskelige erfaringer som alle før eller siden vil møte i livet. Smerte er et problem for den som utsettes for denne erfaringen, for legen som forsøker å lindre smerten, og for sykepleieren som arbeider med syke og lidende mennesker (Travelbee, 1999 s. 114). Smerte er en kompleks og komplisert utfordring. Oppgaven skal forsøke å finne svar på hvordan dette kan gjøre det enklere for sykepleieren som står overfor dette. Dette fører oss videre til problemstillingen vår:

*Hvordan kan sykepleier identifisere fysisk smerte for pasienter med en alvorlig grad av demens?*

### 5.1 Smertekartlegging ved skjema

Funn i flere av artiklene viser hvordan man kan identifisere smerte hos pasienter med en alvorlig grad av demens. En måte dette ble gjort på var at sykepleier hadde som oppgave å kartlegge pasientens smerte ut fra et smertekartleggingsskjema tilrettelagt for pasienter med demens. Smerte er en kompleks erfaring som må ses i et større perspektiv. Kliniske observasjoner av pasienten, fysiske undersøkelser og kjennskap til hva som er utgangspunkt for smerten (i den grad det kan identifiseres) og hvilke legemidler som benyttes, må tas med i en helhetlig betraktning. I tillegg kan en utføre smertekartlegging ved hjelp av ulike kartleggingsverktøy. Det fins flere ulike typer smertekartleggingsverktøy som er tilpasset ulike pasientgrupper. Verktøyene kan være endimensjonale for kartlegging av intensitet, eller de kan være flerdimensjonale og kartlegge både smerteintensitet, smertevarighet og påvirkning på daglig aktivitet (Leegaard og Winger, 2016). Systematisk kartlegging av beboere på sykehjem med en alvorlig grad av demens er viktig da det kan gi helsepersonell føringer for videre observasjoner og vurderinger og hjelpe til med å identifisere hvilke

beboere som har behov for tiltak (Rostad, grov, Utne og Halvorsrud, 2019). Et hovedtrekk i Lillekroken og Slettebøs studie er at det å være sykepleier og å jobbe med personer med en demensdiagnose er spennende faglig sett, men at det også er utfordrende med tanke på kartlegging og lindring av smerte. Studien viser at sykepleiere må ta hensyn til en flere ulike forhold ved smertekartlegging og smertelindring hos pasientgruppen. Disse forholdene deles inn i tre kategorier:

1. Pasientens høye alder, komorbiditet og polyfarmasi
2. Rutiner for kartlegging og lindring av smerte
3. Ethiske betraktninger ved behandling av pasientens smerte (Lillekroken og Slettebø, 2013)

Når en demenssykdom utvikler seg fører det til svikt i hukommelsen, redusert evne til abstrakt tenkning og forandringer i språkferdigheter. Evnen til å sette ord på smertefulle stimuli blir derfor svekket. Eldre med demens gir sjeldnere uttrykk om smerte og gir uttrykk for lavere smerteintensitet enn eldre med intakte kognitive evner. Samtidig har eldre med demens like høy forekomst av sykdommer hvor smerte er et dominerende symptom, for eksempel beinskjørhet, kreft, leddgikt og hjertesvikt, som andre gamle mennesker. (Winger og Leegard, 2016).

Selvrapporing er den eneste metoden som gir oss et nøyaktig mål på hvor vondt en person har det (Winger og Leegard, 2016). Personer med mild til moderat kognitiv svikt er ofte i stand til å selvrappore om smerteintensitet. Når demenssykdommen utvikler seg, vil personen få redusert evne til å huske og/eller verbalisere en selvrapport av smerte. Det vil dermed bli behov for andre instrumenter for å gjøre smertevurderinger basert på observasjoner av atferd som kan indikere smerte (Winger og Leegard, 2016).

Sykepleieprosessen består av flere overlappende stadier: observasjon, tolkning, beslutningstaking, handling (sykepleieintervensjon) og vurdering (eller evaluering) av handlingene. Disse stadiene sees også på som de grunnleggende ferdigheter som alle sykepleiere må ha (Travelbee, 2011 s. 143). Observasjon er første skritt på veien til sykepleieintervensjon. Det er også et iboende aspekt ved kommunikasjonsprosessen (Travelbee, 2011 s. 143). En sykepleier kan være en god observatør uten nødvendigvis å være i stand til å utnytte kommunikasjonsprosessen på en målbevisst måte, men det er praktisk talt umulig å kommunisere meningsfylt og målrettet uten å være en god observatør (Travelbee, 2011 s. 143). Observasjon refererer til innsamling av utarbeidede sensoriske data som senere tolkes. Observasjon tar for seg innholdet i dataene, det vil si det som sees, høres, luktes osv. Å

observere er å merke seg, være oppmerksom på eller fokusere på det som skjer i en situasjon; det innebærer en inngående granskning eller konsentrert oppmerksomhet. Observasjon er en aktiv prosess, som både er meningsfull og målrettet (Travelbee, 2011 s. 143). American Geriatrics Society har utarbeidet krav til hvilke områder som bør observeres med slike instrumenter:

- Ansiktsuttrykk
- Verbalisering og vokalisering
- Kroppsbevegelser
- Endring i mellommenneskelig samhandling
- Endring i aktivitetsmønster
- Endring i mental status

(Winger og Leegard, 2016).

Travelbee benytter betegnelsen “å bruke seg selv terapeutisk”. Termen terapeutisk kan defineres som “det som gjelder behandling av sykdom eller plage ved hjelp av virksomme midler eller metoder. Når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, gjør han/hun bevisst bruk av sin egen personlighet og egne kunnskaper med sikte på å bevirke forandring hos den syke. Denne forandringen betraktes som terapeutisk når den lindrer vedkommendes plager” (Travelbee, 2011 s. 44).

En metode som ble beskrevet i artikkelen til Rosland, Grov, Utne og Halvorsrud (2019) tar for seg smertekartlegging ved hjelp av smertekartleggingsverktøyet Doloplus-2. Doloplus-2 er et instrument som måler smerte hos pasienter som kun kan uttrykke seg non-verbalt. Det kartlegger alle de områdene som anbefales av American Geriatrics Society (Winger og Leegard, 2016). Instrumentet er oversatt til norsk og utprøvd med norske sykehjemspasienter (Winger og Leegard, 2016). Forskerne fant en betydelig økning i forekomsten av smerte når sykepleierne brukte Doloplus-2 sammenliknet med hvordan de samme sykepleierne subjektivt vurderte smertene til personen med demenssykdom (Winger og Leegard, 2016). I studien til Rosland, Grov, Utne og Halvorsrud (2019) viser resultatet av kartlegging med Doloplus 2 at to av tre i utvalget i deres studie hadde smerte. Et annet instrument, som er utviklet av norske forskere, er MOBID-2. Her kartlegger helsepersonell smerte under systematiske øvelser og still (Winger og Leegard, 2016). Atferden kartlegges i tråd med anbefalingene fra American Geriatrics Society, hvor smerteintensiteten også kartlegges. Kartlegging av smerte hos eldre



med demenssykdommer kan gjøres etter følgende femtrinnsstrategi (anbefalt av American Association of Pain Management Nurses):

1. Forsøk å få en selvrappport av smerte.
2. Søk etter mulige smittekilder.
3. Observer atferd som kan antyde smerte.
4. Samarbeid med pårørende.
5. Prøv analgetika.

(Winger og Leegard, 2016).

## **5.2 Selvrapporing av smerte**

I Lee, McConnell, Knafl og Algase sin studie, *Pain and Psychological Well-Being Among People with Dementia in Long-Term Care*, viser de at negative følelsesmessige uttrykk var forbundet med smerte. Dette betyr at selvrapportert smerte er sammenfallende med pasientens emosjonelle uttrykk, noe som antyder at selvrapportert smerte blant eldre personer med demens kan brukes til å identifisere situasjoner der eldre med demens psykiske velvære og livskvalitet er redusert. Selv om denne enkle ja/nei-indikatoren ikke er tilstrekkelig som en smertevurdering, er den et eksempel på typen spørsmål som lett kan gå inn i det daglige for å se etter forhold eller faktorer som kan modifieres for å styrke pasienter med demens' velvære.

I studien til Strand, Gundrosen, Lein, Laekemann, Lobbezoo, Defrin og Husebø (2018) sier de at selvrapport er den mest hensiktsmessige metoden for å utføre smertevurdering i de tidligere stadier av demens, når smertene fremdeles kan verbaliseres og gjenkjennes. Samtidig var det en studie som hadde som mål å vurdere ytelsen til egenvurderingsskalaer som inneholder blant annet verbalisering, horisontal visuell og ansiktsuttrykk. Her fant de ut av at kun 61% av 129 pasienter med alvorlig grad av demens forsto minst én skala. Forståelsen ble definert som evnen til å forklare bruken av skalaen og indikere korrekt posisjon for ingen smerte og ekstreme smerter ved to ulike anledninger. Selv om andre har beskrevet at egenrapportering er mindre pålitelig og anvendelig når det gjelder en alvorlig grad av demens, er fremtidig forskning nødvendig for å inkludere og teste pasientens egenrapportering evne.

Sykepleiere har et selvstendig ansvar når det gjelder å sørge for smertelindring til pasienten (Winger og Leegaard, 2016). Samtidig er god smertelindring et tverrfaglig ansvar, og det er

derfor viktig å samarbeide både med annet helsepersonell og med pasienten (Winger og Leegaard, 2016). Pasienten er den som opplever smerten og er dermed en viktig medaktør i det tverrfaglige samarbeidet, og sykepleiere er i en unik situasjon ved at man arbeider i tett kontakt med pasienten.

Gjennom inntakssamtaler, pasientens sykdomshistorie, og ut ifra tidligere erfaringer, kan sykepleieren tilegne seg kunnskap om hver enkelt person. Gjennom jevnlig kontakt og dialog med pasienten får sykepleieren mulighet for å tilegne seg nyttig kunnskap som kan benyttes i en individuell tilnærming og behandling av pasientens smerter og opplevelser (Winger og Leegaard, 2016).

I studien til Lillekroken og Slettebø synes deltakerne at de ofte står overfor etiske dilemmaer ved smertelindring av pasienter med en demensdiagnose. Deltakernes mål og intensjon med all smertebehandling var å lindre smerte. Når pasientene vegret seg mot å ta smertestillende opplevde sykepleierne at valget falt på tvangsbehandling som siste utvei da det mangler alternative tiltak (Lillekroken og Slettebø, 2013).

Sykepleiere er nødt til å ha kunnskap om fysiologi og anatomi, om sykdomsprosesser, legemidler og legemiddelregning, og farmakokinetikk og farmakodynamikk (Winger og Leegaard, 2016). Videre trenger sykepleiere kunnskaper om kommunikasjon og om psykologiske prosesser hos mennesker i stress og krise. Slik kan sykepleiere være i stand til å gjøre komplekse faglige vurderinger som er helt nødvendige for en helhetlig og god smertelindring. Kunnskapsrike sykepleiere har et godt grunnlag for samarbeid med pasienten og for tillit fra pasientens side. Tillit er av grunnleggende verdi i all pasientbehandling (Leegaard og Winger, 2016). Tillit er en viktig dimensjon, og måten en tar og viser ansvar på, er avgjørende for utviklingen av tillitsfulle relasjoner. For den som føler seg sårbar og avhengig av hjelp, er det av betydning å kunne oppleve at en kan overgi seg til andres omsorg (Rokstad og Smebye, 2020).

Målet med all smertebehandling er å kunne hjelpe pasienten til å opprettholde eller bedre funksjonsnivået og livskvaliteten. Dette er en viktig del av sykepleiers lindrende funksjon. I studien til Rostad, Grov, Utne og Halvorsrud kommer det fram at pasienter med smerte har en direkte negativ effekt på sykehjemsbeboere med langtkommen demens' livskvalitet (Rostad, Grov, Utne og Halvorsrud, 2019). Å kombinere medikamentelle og ikke-medikamentelle

tiltak er ofte virkningsfullt og hensiktsmessig. Hvor mye den enkelte trenger av et legemiddel eller av ikke-medikamentelle tilnærminger, kan imidlertid være svært individuelt. Mennesker er genetisk ulike, har ulike erfaringer med smerter og tenker og erfarer ting forskjellig. Disse forholdene, og det faktum at smerter er subjektive, gjør at smertelindrende tiltak må tilpasses hvert enkelt individ (Leegaard og Winger, 2016).

### **5.3 Pårørende som ressurs**

Viktige ressurser kan gå tapt dersom pårørende ikke inkluderes av helsepersonell. Formelle omsorgsgivere kan aldri erstatte den spesielle kontakten som pårørende og demenssyke har (Jakobsen, og Homelien, 2011). Funnene i Jenssen, Tingvoll og Lorems artikkel (2013) viser at god samhandling med pasienters pårørende kan være avgjørende for å sikre god smertevurdering. Dette understrekes ved at samarbeid med sykehus, pårørende og andre var en av forutsetningene for å øke kvaliteten på pleien til pasientene. Kunnskapen pårørende satt på om pasienten er en viktig faktor for å forstå pasienter med en demensdiagnose. Grunnlaget for å oppdage smerter hos pasienter med en alvorlig grad av demens og som også har vansker med å uttrykke seg verbalt, ligger i den pleien som utøves daglig, med nærhet og kjennskap til pasienten. På denne måten utgjør kunnskapen pårørende sitter på om pasienten en viktig ressurs. Pårørende blir sett på som en viktig samarbeidspartner fordi det som regel er de som kjenner pasienten best. I studien til Jenssen, Tingvoll og Lorems (2013) understreker en av informantene i studien at når det oppsto vanskeligheter med å vurdere behovet for smertelindring, ble pårørende trukket frem som en viktig ressurs.

### **5.4 Hindringer for god smertebehandling:**

Funn fra studien til Lillekroken og Slettebø (2013) viser at sykepleierne sitter på mye kunnskap om lindring av smerte, men at mangelfull kartlegging og ingen rutiner for behandling kan føre til at valg av smertelindrende tiltak vil virke tilfeldig foretatt. Egen frykt, mangel på kunnskap eller fordommer er faktorer som kan hindre pasienter fra å få den smertelindringen og behandlingen vedkommende har behov og krav på. Det å kunne kjenne igjen smerte og å kunne behandle den effektivt er en viktig oppgave for helsepersonell da

sykehjemsbeboere med smerte ofte har symptomer og helseproblemer som oppleves som mer belastende sammenlignet med beboere uten smerter (Lillekroken og Slettebø, 2013).

Forhold i helsetjenesten som kan hindre god smertebehandling kan være manglende rutiner, standard for vurdering, økonomi og kortere liggetid. Forhold blant helsepersonell kan være utdanning, manglende kunnskap, svikt i rutiner og frykt for legemidler (Leegaard og Winger, 2016). I Jenssen, Tingvoll og Lorems studie (2013) heter det at sykepleierne mente at et godt samarbeid innad i personalgruppen, med tilsynslegen, samt at pårørende spilte en stor rolle for å kunne ivareta pasientens behov for smertelindring. utfordringer rundt samarbeid med tilsynslegen kan føre til mangelfull behandling (Jenssen, Tingvoll og Lorems, 2013). Typiske problemer var at sykepleierne ikke fikk aksept for sine vurderinger ved flere anledninger. Informantene hadde ulike opplevelser avhengig av hvor de jobbet. De som oppga å ha et godt samarbeid med tilsynslegen, mente at det førte til en bedre forståelse for hverandres faglige synspunkter, som igjen førte til bedre smertebehandling til pasientene (Jenssen, Tingvoll og Lorems, 2013). Samtidig viser studien at mangelfull kommunikasjon innad i gruppen kunne resultere i mangelfull rapportering og til forskjellige meninger rundt pasientens behov for smertelindring. Denne uenigheten kunne resultere i at legen mottok ulike og motsigende opplysninger. Informantene opplevde at legens usikkerhet kunne resultere i mangelfull behandling av pasienten (Jenssen, Tingvoll og Lorems, 2013). Systematisk refleksjon i personalgruppen kunne føre til økt bevisstgjøring og utvikling av praksis. Det kan tenkes at refleksjon som omhandler fag kan bidra med å styrke sykepleiernes observasjoner og på den måten bidra til forbedret samarbeid med tilsynslegen. Ved å sette av tid for at personalet kan reflektere sammen rundt erfaringer som gjøres i avdelingen, så kan det bidra til et bedre samarbeid på avdelingen (Jenssen, Tingvoll og Lorems, 2013).

En annen avgjørende faktor er at sykehjemmene har utfordringer med å rekruttere fagfolk. Fravær av fagfolk og stor utskiftning av personalet opplevdes som et problem (Jenssen, Tingvoll og Lorems, 2013). Mangelen på kvalifisert personell kunne resultere i at pasienter med svingende behov for smertestillende ble satt på dette fast. Informantene fortalte om situasjoner i ferier og rundt høytider der det ikke var tilstrekkelig mengde fagfolk til å dekke opp turnusen på sykehjemmene. Resultatet av dette kunne være vakter der det kun var ufaglærte pleiere på jobb på avdelingen. Det understreker hvor viktig faglig kunnskap er i omsorgen til pasienter med demens (Jenssen, Tingvoll og Lorems, 2013).

## 5.5 Relasjoner

Travelbee som teoretiker er opptatt av mellommenneskelige forhold i sykepleie. Et menneske-til-menneskeforhold er en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller som har behov for sykepleierens tjenester. Det som kjennetegner disse opplevelsene og erfaringene er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt. Disse behovene blir ivaretatt av en sykepleier som har kunnskap om og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Et menneske-til-menneskeforhold blir av den profesjonelle sykepleieren målbevisst etablert og opprettholdt (Travelbee, 2011 s. 41).

I sykepleiepraksis er relasjonen mellom sykepleier og pasient avgjørende. Pasientens erfaringer er et komplekst nett av følelser, meninger og uttrykk som sykepleieren må forholde seg til. Sykepleieren og pasienten er engasjert i hverandre som mennesker gjennom en vekselvirkende interaksjon og deling. Mellom sykepleieren og pasienten ligger den profesjonskunnskapen som sykepleieren har. Møtet finner sted nettopp fordi sykepleieren har denne kunnskapen, og møtet har en funksjon som skal lede til handling. Dette gjør at relasjonen mellom pasient og sykepleier er asymmetrisk, sykepleieren har makt i møtet. Makt kan brukes på en positiv måte, men det innebærer i tillegg at den som har makt, også er ansvarsbevisst og utøver handlingene på en riktig måte (Eriksen, 2015).

Ved ethvert møte mellom sykepleieren og den hun/han har omsorg for, foregår det kommunikasjon mellom dem - når de prater, og når de er tause. Den syke kommuniserer noe til sykepleieren gjennom sitt utseende, gjennom adferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester, og sykepleieren gjør det samme overfor den syke. Både sykepleieren og den syke kommuniserer, enten de er klar over dette selv, eller ikke. All samhandling med den syke gir sykepleieren en mulighet til å bli kjent med ham som menneske og til å bestemme og ivareta (Travelbee, 2011 s. 135).

Forholdet mellom pasient og sykepleier er viktig for at pasienten skal oppleve sykepleien som god, og oppleve psykososial støtte. En kan tenke at dette er spesielt viktig for pasienter med en kognitiv svikt i form av alvorlig grad av demens. Det viktigste behandlere gjør, er på en empatisk måte å formidle en forståelsesmodell som kobler fysiske, psykologiske og sosiale faktorer. Det finnes bestemte teknikker eller metoder for samhandling og psykososial støtte. Det er mye en sykepleier kan gjøre for å tilrettelegge og ivareta pasientens psykososiale behov, men utgangspunktet må alltid være hver enkelt, unike pasient (Eriksen, 2015).

Sykepleiere som kjenner de syke som individer, vil mye lettere kunne oppdage ikke bare innlysende forandringer i den enkeltes tilstand, men også mer konkrete forandringer som kan inntre (Travelbee, 2011, s. 141). Å stå i en relasjon til et annet menneske innebærer at vi selv også blir påvirket av den andre personens situasjon. Vi påvirkes for eksempel følelsesmessig av å se en pasient ligge på en måte som vi tror er ubehagelig, eller ved å høre pasienten fortelle om en livssituasjon som er særlig vanskelig. Å påvirkes følelsesmessig av den andre personens situasjon har betydning for hvordan vi opplever pasientens ubehag og livskvalitet. Dette er noen viktige aspekter ved relasjonell samhandling i sykepleien. Sykepleierens profesjonelle omsorg er en type omsorg som er regulert av fagkunnskap, etikk og juridiske rettigheter. *Fagkunnskap* er en avgjørende del av sykepleierens kompetanse. Kunnskap om de ulike pasientgruppers situasjon, reaksjoner og behov for hjelp fra sykepleieren kan betegnes som pasientkunnskap. *Etikk* har med valg av handling å gjøre- med den situasjonen vi står i og når vi skal bestemme oss for én av flere mulige handlinger. *Jus*. Sykepleierens omsorg er regulert av lover, ikke bare fagkunnskap og yrkesetikk. Lovverket gir uttrykk for sosiale normer og er basert på grunnleggende menneskerettigheter og kulturelle verdier. Jusen setter grensene og definerer rammen som sykepleiefaglige beslutninger må være innenfor (Kristoffersen og Nortvedt, 2011).

## 5.6 Smerteindikatorer

Smerte er et begrep som benyttes om en bestemt art menneskelig erfaring. I likhet med sykdom er smerte et vagt begrep, fordi smerten i seg selv ikke lar seg observere - det er bare virkningene av den vi registrerer (Travelbee, 2011 s. 114). Lidelse og smerte er intenst ensomme erfaringer. Selv når individet rammes med full styrke, er det svært utfordrende (for ikke å si umulig) å formidle smerte erfaringen til andre på en slik måte at de fullt ut forstår hva den består i. Fordi det er vanskelig å formulere smerteerfaringen til andre, er det også vanskelig å vurdere graden eller intensiteten av andres smerte. Helsearbeidere bygger gjerne på visse oppfatninger om hvor sterke smerter de mener en person har, men de kan aldri være helt sikre på at de vurderer intensiteten i smertene den syke opplever riktig. Det er ikke mulig; det de kommer fram til, er i beste fall gjetninger (Travelbee, 2011 s. 114). Likevel viser studiene at blant annet vandring, aggressiv atferd, roping, gråt og generelt brå endret atferd i pasientens tilstand kan anses som tydelig tegn på smerte (Lillekroken og Slettebø, 2013). Andre indikatorer på smerte kan også være:

**Ansiktsuttrykk:** Mørkt, trist, fryktsomt ansiktsuttrykk, grimasering, rynket panne, lukkede øyne, rask blinking.

**Verbalisering, vokalisering:** Sukking, jamring, stønning, grynting, utrop, gjentatte monotone rop, støyende utbrudd, rop om hjelp, grove utrop.

**Kroppsbevegelser:** Rigid og anstrengt kroppsstilling, beskyttende kroppsbevegelser, urolige, nervøse bevegelser, gyngende bevegelser, rytmiske bevegelser, begrensede, monotone bevegelser, endringer i gangart og kroppsbevegelse.

**Forandring i mellommenneskelig samhandling:** Aggressiv, stridslysten, motsetter seg omsorg, minkende sosiale interaksjoner, sosialt uakseptabel, opprivende, forstyrrende oppførsel, tilbakeholden, reservert oppførsel.

**Forandringer i aktivitetsmønster og rutiner:** Matvegning, endringer i matlyst, lengre hvileperioder, endringer i søvnmønster, plutselig endringer i vanlige rutiner, økt vandring.

**Forandring i mental status:** Gråtetokter, rennende tårer, økt forvirring, irritabilitet. (Bjørø og Torvik, 2010).

Det er viktig å dokumentere hvor ofte pasienten har behov for smertestillende, hvor mye og hvem som gir smertelindringen. Dersom smertekartlegging avdekker behov for smertelindring skal smertelindrende tiltak velges og tilpasses pasientens behov (Lillekroken og Slettebø, 2013).

## 5.7 Videre anbefaling

Det anbefales at det gjøres flere fagutviklings- og forskningsprosjekter med ulike metodiske tilnærminger for å få ny kunnskap slik at prosedyrer og rutiner knyttet til hvordan smerteproblematikk kan videreutvikles. I studien til Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013) mente flere av informantene at sykehjemmene hadde for lite fokus på kunnskapsutvikling av personalet og at det kunne være utfordrende å holde seg oppdatert da arbeidsplassen ikke la til rette for faglig utvikling av personalet. Studien til Larsen og Knudsen viser at smerte blir avdekket selv med mangelfulle systemer, og en oppfølging av dette kan være å undersøke

hvordan helsearbeidere avdekker smerteproblematikk i møte med pasientene i sitt daglige arbeid (Larsen og Knudsen, 2013). I studien til Strand, Gundrosen, Lein, Laekemann, Lobbezoo, Defrin og Husebø (2018) hevder de også at videre forskning er nødvendig for å få et mer helhetlig bilde av indikasjoner på smerte og deres gyldighet.

Det antas at smerte rammer over halvparten av sykehjemsbeboere med langtkommen demens, men forskning sier lite om hva som kjennetegner smerte blant denne pasientgruppen (Rostad, Grov, Utne og Halvorsrud, 2019).

Tidligere forskning på kliniske og demografiske kjennetegn hos personer med smerte tar ofte for seg friske voksne uten kognitive utfordringer. Dette understreker nødvendigheten med kunnskap om hva som kjennetegner eldre sykehjemsbeboere som lever med en alvorlig grad av demens og smerter, da det kan belyse det sammensatte sykdomsbildet og behovene til disse personene. Denne kunnskapen er viktig da den kan bidra til at helsepersonell utvikler ferdigheter i observasjoner og vurderinger for å identifisere pasienters behov for tiltak (Rostad, Grov, Utne og Halvorsrud, 2019).

## **5.8 Forskningsetikk**

Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene (Dalland, 2013, s.96).

Helsinkideklarasjonen tar for seg retningslinjer og prinsipper der mennesker er involvert i klinisk forskning. Det informerte samtykket er et viktig punkt i Helsinkideklarasjonen, samtidig som det understrekes at det forskningsetiske ansvaret ligger hos forskeren. Det innebærer at det informerte samtykket, uansett hvor informert det er, ikke forsvarer uetisk forskning. Det legges særlig stor vekt på hensyn til sårbare grupper i Helsinkideklarasjonen. Samtidig åpnes det opp for forskning på individer og grupper som har krav på spesiell beskyttelse. Grunnen er at manglende relevant kunnskap gjør behandling usikker og utsetter disse individene for risiko. Forskning er på denne måten ikke en trussel, men en nødvendighet, også for demente, gamle, barn, gravide og døende. Forskning på disse gruppene forutsetter imidlertid at nødvendig kunnskap ikke kan innhentes fra kompetente og mindre sårbare forsøkspersoner, og at forskningen må antas å komme nettopp disse gruppene til gode. Videre må det foreligge et samtykke fra forsøkspersonenes nærmeste pårørende eller



formynder. Forskningsetikken er godkjent i alle de vitenskapelige artiklene vi har benyttet. Alle deltakere er anonymisert og studiene er godkjente av etiske komiteer.

## **6.0 Kritisk vurdering av litteratur, metodiske overveielser og teori**

To av artiklene vi har benyttet er publisert på engelsk, noe som kan ha resultert i mulige feiltolkninger. I vår oppgave har vi valgt å benytte oss av kvantitative og kvalitative studier. Kvantitative data er målbare enheter, tall, såkalte harde og objektive data, det vil si eksakt faktakunnskap. Hensikten med kvalitativ metode er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger, og å få frem nyanser (Thidemann, 2017, s. 77 og 78).

Artiklene vi har brukt tar for seg en sårbar gruppe der den kognitive funksjonen er svekket. Mye av dataen som er innhentet er gjennom sykepleiers erfaring og tolkning av pasientene, og dette kan ha betydning for resultatet. Sykepleiers varierende erfaring, kjennskap til pasienten og holdninger kan påvirke resultatet og eventuelt føre til feiltolkning.

## 7.0 Konklusjon

*“Hvordan kan sykepleier identifisere fysisk smerte for pasienter med en alvorlig grad av demens?”*

Litteraturstudien viser at en måte å identifisere smerte på hos pasienter med en alvorlig grad av demens er ved bruk av smertekartleggingsverktøy. Dette ga en bedre forståelse av pasientens smerte. Studien viser også at bruken av denne type verktøy er lite utbredt og lite integrert i behandlingen. Mer og bedre opplæring vil være nødvendig for å få identifisert smerte godt nok for denne sårbare pasientgruppen. Å ha en god relasjon med pasienten er viktig for å identifisere smerte fordi en da lettere kan oppleve endringer og tolke signaler som agitasjon, kroppsspråk og ansiktsuttrykk som tegn på smerte. Studien viser at pasientgruppen ofte underrapporterer smerte, noe som viser til nødvendigheten av god oppfølging. Denne studien understreker også viktigheten av samhandling mellom ulike yrkesgrupper og involvering av pårørende. Denne litteraturstudien tydeliggjør behovet for mer forskning ved kartlegging og identifisering av smerte hos personer med demens.

## 8.0 Litteraturliste

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. 3. utg. Maidenhead: McGraw-Hill/Open UP.

Berg, G.V. (2016) Eldre sykehuspasienter- helsefremmende tenkning i sykehuset en utfordring for sykepleien i Gammervik, Å., og Larsen, T. (red.) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. 4. utgave. Oslo: Fagbokforlaget, s. 121.

Bjørge, K. og Torvik, K. (2015) Smerte, i Brodtkorb, K. og Kirkevold, M. og Hysten, R.A. (red.) *Geriatrisk sykepleie-God omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 390-407.

Bjørø, K. Og Torvik, K. (2014) Smerte, i Brodtkorb, K. Og Kirkevold, M. Og Hysten, R.A. (red.) *Geriatrisk sykepleie-God omsorg til den gamle pasienten*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 390-405.

Bjørø, K. Og Torvik, K. (2010) Smerte, i Brodtkorb, K. Og Kirkevold, M. Og Hysten, R.A. (red.) *Geriatrisk sykepleie-God omsorg til den gamle pasienten*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 333-348.

Dalland, O. (2013) *Metode og oppgaveskriving* 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) Helsinkideklarasjonen. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> (Hentet 29. april 2020)

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

Eriksen, S. (2015) Menneskets psykososiale behov, i Holter, M. I og Grov, K. E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm, s.887-905.

Grønseth, R., Nordtvedt, P. (2017) *Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse*, i Almås, H., Grønseth, R., Stubberud, D.G. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk, side 21-22.

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (hentet 22. april 2020)

Jakobsen, R., Homelien, R. (2011) *Pårørende til personer med demens*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Jenssen, G.M., Tingvoll, W.A., Lorem, G. F. (2013) Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk sykepleie* 3(2013) s. 26-34. Tilgjengelig fra: [https://www.nsf.no/Content/1361710/13Gs3\\_vitensk\\_artikkel\\_smertebehandling\\_2406.pdf](https://www.nsf.no/Content/1361710/13Gs3_vitensk_artikkel_smertebehandling_2406.pdf) (hentet 30. april 2020).

Kristoffersen, J. N og Nortvedt, P (2011) Relasjon mellom sykepleier og pasient, i Kristoffersen, J. N Og Skaug, A. E Og Nortvedt, F. (red.) *Grunnleggende sykepleie- Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 83-127.

Kristoffersen, J.N og Nortvedt, F. Og Skaug. E.A. (2011) om sykepleie, i Nortvedt. (red.) *Grunnleggende sykepleie-sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 15-28.

Larsen, T.A., Knudsen, L.B (2013) Systemer for å avdekke smerter hos eldre personer i utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, *Nordisk sygeplejerforskning*, 3(4) s. 287-299. Tilgjengelig fra: [https://www.idunn.no/nsf/2013/04/systemer\\_for\\_aa\\_avdekke\\_smertehos\\_eldre\\_personer\\_iutviklin](https://www.idunn.no/nsf/2013/04/systemer_for_aa_avdekke_smertehos_eldre_personer_iutviklin) (Hentet 22. april 2020).

Lee, K.H., McConnell, E.S., Knafl, G.J., Algase, D.L. (2015) Pain and psychological well-being among people with dementia in long-term care, *Pain Medicine* 2015(16), s.1083-1089. doi: <https://doi.org/10.1111/pme.12739>

Leegaard, M. og Winger. A. (2016) Smerter, i Heggstad, T.K.A og Knutstad, U (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie-klinisk sykepleieboken 2*. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 172-194.

Lillekroken, D., Slettebø, Å., (2013) Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer, *Vård i nord*, 33(3), s. 29-33. doi: <https://doi.org/10.1177/010740831303300307>

Nasjonalforeningen (2019) *Hva er demens?* Tilgjengelig fra: <https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/> (Hentet: 29. februar 2020).

Pasient og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighet> (hentet 22. april 2020)

Romøren, T.I. (2015) Eldre, helse og hjelpebehov, i Brodtkorb, K. og Kirkevold, M. og Hysten, R.A. (red.) *Geriatrisk sykepleie-God omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 29.

Rostad, H.M., Grov, E.K., Utne, I., Halvorsrud, L. (2019) Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter, *Sykepleien forskning*, 2019 (14) doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184>

Skovdahl, K. og Berentsen, V.D. (2015) Kognitiv svikt og demens, i Kirkevold, M., Brotkorb, K., Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk. s. 411.

Smebye, K.L., (2020) Å møte personer med demens, i Rokstad, A.M.M, Smebye, K.L. (red.) *Personer med demens. Møte og samhandling*. 2. utg. Oslo: Cappelen damm akademisk, s. 16.

Strand, L.I, Gundrosen, K.F., Lein, R.K., Laekeman, M., Lobezoo, F., Defrin, R., Husebo, B.S., (2018) Body movements as pain indicators in older people with cognitive impairment: A systematic review, *European Journal of Pain*, 23(4), s. 669-685.  
doi: <https://doi.org/10.1002/ejp.1344>

Støren, I. (2013) *Bare søk!* 2. utg. Oslo: Cappelen Damm.

Thidemann, I.J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oversatt fra *Interpersonal Aspects of Nursing* av Kari M. Thorbjørnsen. 2. utg. Oslo: universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2011) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oversatt fra *Interpersonal Aspects of Nursing* av Kari M. Thorbjørnsen. 6. utg. Oslo: universitetsforlaget.

