

Mari Jahn Øverby  
Maria Engen Molstad  
Marthe Lindmoen  
Mina Nyhus Lerfaldet

# Smerter hos eldre med demens på sykehjem

Smertelindring ved kommunikasjonsutfordringer

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Solveig Struksnes

Mai 2021



Mari Jahn Øverby  
Maria Engen Molstad  
Marthe Lindmoen  
Mina Nyhus Lerfaldet

# **Smerter hos eldre med demens på sykehjem**

Smertelindring ved kommunikasjonsutfordringer

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Solveig Struksnes  
Mai 2021

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



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



# SAMMENDRAG

Tittel:	Smerter hos eldre med demens på sykehjem -smertelindring ved kommunikasjonsutfordringer	Dato : 21.05.21
Forfattere:	Mari Jahn Øverby Maria Engen Molstad Marthe Lindmoen Mina Nyhus Lurfaldet	
Veileder(e):	Solveig Struksnes	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Demens, smertelindring, sykepleiere, sykehjem, kartleggingsverktøy	
Antall sider/ord: 41/10784	Antall vedlegg: 0	
<b>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</b>		
<u>Bakgrunn</u> 100 000 mennesker i Norge lever med demens, samtidig som antall eldre øker. Symptomene for demens deles inn i atferdsmessige, kognitive og motoriske. Atferdssymptomer og demenssymptomer kan forveksles, og blir sett på som en utfordring ved smertelindring. 45-80% av sykehjemsbeboere med demens har moderate til sterke smerter daglig. 30-40% av disse mottar ingen form for smertelindring. Smertekartleggingsverktøy er anbefalt. Doloplus-2 og MOBID-2 er oversatt og anvendbare verktøy i Norge. Ved utvikling av demenssykdom kan kommunikasjonsevnen bli nedsatt. Personsentrert omsorg og relasjonskompetanse øker kvaliteten på smertelindringen.		
<u>Hensikt</u> Hensikten med studien er å sette tema på dagsorden, i tillegg til å tilegne kompetanse som kan anvendes i arbeidet som sykepleiere. Innenfor temaet demens på sykehjem, ble problemstillingen "På hvilken måte kan sykepleiere bidra til god smertelindring hos eldre med kommunikasjonsutfordringer?" utarbeidet.		
<u>Metode</u> Bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Det ble inkludert seks vitenskapelige artikler gjennom litteratursøk i databasene Medline (Ovid) og Cinahl.		
<u>Resultat</u> Studien har resultert i fire kategorier som overordnet viser de utfordringene sykepleiere møter, i samhandling med pasienter med demenssykdom og kommunikasjonsutfordringer på sykehjem. Disse fire er: holdninger til pasienter med demens og deres pårørende, kunnskaper om smerter og smertelindring, ferdigheter i bruk av kartleggingsverktøy og behandlingsstrategier, og organisatorisk tilrettelegging av omsorgen.		
<u>Konklusjon</u> Det blir identifisert flere utfordringer vedrørende smertelindring i litteraturstudien. Det kreves arbeid med alle kategoriene for å gi tilstrekkelig smertelindring til pasienten. Utvidet forskning vedrørende pasientgruppen og kartleggingsverktøy vil være hensiktsmessig.		

## ABSTRACT

<b>Title:</b>	Pain concerning elderly with dementia in nursing homes -Pain management within communication challenges	Date : 21.05.21
<b>Authors:</b>	Mari Jahn Øverby Maria Engen Molstad Marthe Lindmoen Mina Nyhus Lerfaldet	
<b>Supervisor(s)</b>	Solveig Struksnes	
<b>Keywords (3-5)</b>	Dementia, pain management, nurses, nursing homes, pain assessment tools	
<b>Number of pages/words:</b>	41/10784	<b>Number of appendix:</b> 0
<b>Short description of the bachelor thesis:</b>		
<u>Background</u>		
<p>100 000 people in Norway are living with dementia, coetaneous the number of elderly will increase. The symptoms of dementia is divided into behavioural, cognitive and motor. Behavioural symptoms are often mistaken as symptoms of dementia. The confusion of these symptoms are seen upon as challenging. 45-80% of nursing home residents are living with moderate to severe pain daily. 30-40% of these residents are not receiving any kind of pain management. Pain assessment tools are recommended. Doloplus-2 and MOBID-2 are translated and applicated in Norway. The ability to communicate can withdraw as the dementia progresses. Person-centered care and relational competency will increase the quality of pain management.</p>		
<u>Aim</u>		
<p>The aim of the study is to enlighten the topic, in addition we want to acquire competence that can be used in our future work. Within the topic of dementia in nursing homes, our research question is: "In which way can nurses contribute relief of pain in the elderly with communication challenges?".</p>		
<u>Method</u>		
<p>The bachelor thesis is a literature study. Six science articles were included after a search in the literature with the databases Medline (Ovid) and Cinahl.</p>		
<u>Results</u>		
<p>The study has shown four superior categories that enlighten the challenges nurses meet when interacting with patients with dementia and communication challenges in nursing homes. The categories are: attitudes toward dementia and communication challenges in nursing homes, knowledge about pain and pain management, pain assessment- and treatmentskills, and organizational facilitation of the care.</p>		
<u>Conclusion</u>		
<p>Several challenges regarding pain management are identified in the literature study. It requires to work with all of the categories to provide good quality of pain management towards the patient. Extended research regarding the patient group and pain assessment tools will be appropriate.</p>		

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>4</b>
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	<b>5</b>
2.1 Eldre med demenssykdom .....	5
2.2 Smerter ved demens .....	6
2.3 Kartlegging av smerter .....	6
2.4 Sykepleiernes kompetanse, ansvar og funksjon i møte med personer med demens	7
2.5 Kommunikasjon som verktøy for demensomsorg .....	8
2.6 Betydning av personsentrert omsorg .....	8
2.7 Sykepleieres relasjonskompetanse .....	9
2.8 Hensikt med studien .....	10
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>11</b>
3.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier .....	11
3.2 Søkeprosessen .....	12
3.3 Utvalgsprosessen .....	13
3.4 Analyseprosessen .....	13
<b>4.0 Resultater</b> .....	<b>14</b>
4.1 Samlet resultat .....	21
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>24</b>
5.1 Metodediskusjon .....	32
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>33</b>
<b>7.0 Referanseliste</b> .....	<b>34</b>

## 1.0 Innledning

Over 100 000 mennesker lever med en demensdiagnose i Norge i dag. Det regnes med en dobling av antallet i løpet av de neste tiårene (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2021, avsnitt 2). Demenssykdom ses ofte hos eldre mennesker. Samtidig er det vist at smerter øker ved stigende alder (Häikiö, 2015). Per 2020 forventes det flere eldre enn barn innen de neste ti årene (Statistisk sentralbyrå, 2020). Dette kan bety at gruppen eldre med demens vil øke i tiden fremover. Siden det ikke finnes kurativ behandling for demenssykdom, vil det stille store krav til ressurser og kompetanse i helsevesenet i årene som kommer.

Når personer med demens kommer på sykehjem opplever de ofte komorbiditet, hvor smerter er et hyppig symptom. De står ofte på en del medisiner (Häikiö, 2015). Grov *et al.* (2019, avsnitt 1) henviser til studier foretatt i norske sykehjem som viser at 80% av personer med demens, lever med smerte. Det er ikke uvanlig at smerte er underdiagnostisert og mangelfullt behandlet hos sykehjemspasienter med demens (Achterberg, Flo og Husebo, 2016). Dette kan tyde på behov for å øke kunnskapen til helsepersonell rundt god smertelindring, og det etiske ansvaret rundt dette (Häikiö, 2015).

Oppgavens tema omhandler smerter hos eldre med demens på sykehjem. Smertelindring, kartlegging, observasjoner og dokumentasjon blir viktige momenter. Dette er av sykepleiefaglig relevans da en viktig oppgave for sykepleierne er å bistå pasienter på sykehjem, med å dekke de behovene de ikke klarer selv. I dette arbeidet vil man kunne kartlegge eventuelle smerter og bistå i videre lindring av disse. Det vil være viktig med fokus og kunnskaper rundt denne problemstillingen, for å kunne hjelpe eldre med demens til økt livskvalitet. Utilstrekkelig kompetanse vedrørende smertekartlegging og smertelindring ses blant sykepleiere (Leung og Liu, 2017). Dermed understreker dette at smerter hos eldre med demens er en vanskelig problemstilling. Spesielt hvis pasienten har kommunikasjonsutfordringer. Kunnskap om smerter hos eldre med demens vil være relevant for sykepleiere uavhengig av arbeidssted.

Begrunnelse for valg av tema er på bakgrunn av erfaringer fra ulike arbeids- og praksisplasser. Våre erfaringer viser at smerter hos eldre med demens med nedsatt kommunikasjonsevne, lett kan bli glemt i hverdagen. Vi har opplevd utagerende og urolig atferd som sjeldent relateres til smerter, og lite bruk av kartleggingsverktøy. Gjennom praksis har vi erfart sykepleiernes sentrale rolle i dette arbeidet, og de store variasjonene i mengde kompetanse på feltet.



## 2.0 Bakgrunn

I dette kapittelet presenteres kunnskapsgrunnlaget for oppgaven. Først redegjøres forskningsbasert kunnskap om demens, deretter sykepleierens kompetanse, funksjons- og ansvarsområder.

### 2.1 Eldre med demenssykdom

Demens innebærer ulike sykdommer som rammer hjernen, og som fører til kognitiv svikt (Engedal og Haugen, 2016). Disse kan gi ulike symptomer avhengig av demenstype. Sykdommen kan ramme både eldre og unge mennesker, og man blir gradvis dårligere (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2021). Demens deles inn i lett, moderat og alvorlig grad (Engedal og Haugen, 2016). Den vanligste demenssykdommen er Alzheimers sykdom, som representerer 60% av tilfellene. Andre typer er vaskulær demens, frontallappsdemens, demens med Lewy-legme og Parkinson med demens (Nasjonalforeningen for folkehelsen, u.å., avsnitt 1).

Symptomene på demens kan inndeles i tre kategorier; atferdsmessige, motoriske og kognitive.

*Atferdsmessige symptomer* som kan forekomme er blant annet angst, aggressivitet, motorisk uro og roping. Symptomene har fått forkortelsen APSD, og deles hovedsakelig inn i atferdsmessige og psykiatriske symptomer. Årsakene til utfordrende atferd er svært sammensatt. Demenstype, sykdomsforløp, redusert evne til å forstå egen situasjon, miljø og angst er påvirkende faktorer. I forhold til psykiatriske symptomer er depresjon og angst vanlig ved demenssykdom. Dette relateres til redusert mestringsevne eller innsikt i egen situasjon og egenomsorg. Symptomene som opptrer kan påvirke smertelindringen av pasienten. Dette grunnet usikkerhet rundt de underliggende årsakene for atferden. På bakgrunn av usikkerheten har atferdsmessige symptomer fått større fokus i nyere forskning (Engedal og Haugen, 2009).

*Motoriske symptomer* kan fremstå som muskelstivhet, inkontinens og balansesvikt. Spesielt Alzheimers sykdom og vaskulær demens gir redusert evne til å koordinere bevegelser. Ved langtkommen Alzheimers sykdom kan man oppleve svikt i balansen, redusert evne til å beregne avstand og koordinere muskulaturen til funksjonelle bevegelser. Dette kan gi utfordringer som å reise seg, eller sette seg i en stol (Engedal og Haugen, 2009). Andre symptomer er inkontinens for både urin og avføring, som ofte gir økt behov for hjelp til ivaretagelse av grunnleggende behov (Solheim, 2015).

*Kognitive symptomer* kan være utfordringer vedrørende hukommelse, handlingssvikt og språk. Redusert hukommelse er blant de vanligste symptomene på en demensdiagnose. Korttidshukommelsen og svikt i planlegging av aktiviteter er funksjonene som ofte svekkes nokså tidlig i sykdomsforløpet (Solheim, 2015). Ved langtkommen demens er vanligvis korttidshukommelsen fraværende. Langtidshukommelsen er allerede nedsatt tidlig i sykdomsforløpet, men blir gradvis verre (Berentsen og Skovdahl, 2014). En konsekvens av hukommelsessvikt kan være utvikling av handlingssvikt, som omhandler utfordringer med å gjennomføre dagligdagse gjøremål (Solheim, 2015).

## **2.2 Smerter ved demens**

Häikiö (2015, s.7) viser til studier gjort i Norge, som sier 45-80% av sykehjemsbeboere med demens har moderate til sterke smerter daglig. Hos denne pasientgruppen var det 30-40% som ikke mottok noen form for smertelindring.

Smerter hos pasienter med demens kan uttrykkes på ulike måter. IASP (2020) beskriver smerte som et subjektivt ubehag, både sensorisk og emosjonelt. Ubehaget ses i sammenheng med vevsskade. Pasienter med demens opplever ofte smerter grunnet sykdommer i muskler og skjelett, som vanligvis forekommer med økende alder (Häikiö, 2015). Endret atferd kan være en indikasjon på smerte (Groven *et al.*, 2019). Avvergereaksjoner kan være agitasjon og uro (Husebø, 2016). Fysiske plager som smerter, kan ifølge Solheim (2015) vises i form av rastløshet, hvileløs gange samt uttrykkelse av smerte ved å rope etter hjelp. Likevel kan pasienter med demens ha utfordringer med å uttrykke seg adekvat gjennom språk. Pasienten kan uttrykke seg i større grad med for eksempel lyder og endret tonefall, istedenfor det verbale språket (Solheim, 2015). Det kan være utfordrende å skille smerteatferd fra demensatferd. Dette kan føre til at pasienter mottar beroligende eller antidepressiva, istedenfor smertestillende (Husebø, 2016).

De fleste følelsene, også smerte, vil gi en aktivering av sympatikus. Dette vil gi økt hjertefrekvens og kontraktilitet, økt respirasjonsfrekvens og dybde, dilaterte pupiller, økt svettesekresjon samt nedsatt mage- og tarmfunksjon (Håkonsen, 2014). Begrepet smertelindring innebærer enten medikamentell lindring eller lindrende metoder. Det kan være berøring, massasje og musikk (Häikiö, 2015). Achterberg, Flo og Husebo (2016) påpeker at mangelfull behandling av smerter kan føre til konsekvenser. Eksempelvis øking av atferdsproblemer, søvnforstyrrelser, redusert livskvalitet, nedsatt ernæringstilstand og redusert sosial aktivitet.

Ved tilstrekkelig smertebehandling er det essensielt med gode kunnskaper hos sykepleier og at smertene er vurdert (Helsedirektoratet, 2019). Kartleggingsverktøy og en trinnvis modell for smertelindring er anbefalt å anvende (NICE, 2018). Husebø (2016) poengterer ikke-medikamentelle tiltak som førsteprioritet, etter kartlagt smerte. Eksempelvis musikk, massasje eller tilrettelegging av hjelpemidler. Dersom ikke-medikamentelle tiltak viser liten effekt, bør analgetika være neste alternativ. Paracet bør benyttes før eventuelt andre smertestillende medikamenter. Smertelindringen må observeres nøye, og vurderes kontinuerlig av ansvarlig sykepleier. Det bør også anlegges en videre plan for å forsøke gradvis seponering av analgetika (Husebø, 2016).

## **2.3 Kartlegging av smerter**

Kartlegging er en viktig oppgave sykepleiere har i arbeidet med smertelindring. Etterhvert som demenssykdommen utvikler seg kan evnen til selvrappotering reduseres, noe som stiller høyere krav til sykepleiernes kompetanse ved smertekartlegging. Med andre ord trengs kartleggingsverktøy som tar utgangspunkt i observasjoner av atferd som tyder på smerte (Leegaard og Winger, 2016). Husebø og Sandvik (2011) viser til systematiske oversiktsartikler hvor de utviklede kartleggingsverktøyene basert på atferd, blir sett på som for svake i forbindelse med kartleggingen av smerte hos de med alvorlig

demens. Kartleggingsverktøyene MOBID-2 og Doloplus- 2 er oversatt til norsk og vurdert som anvendbare verktøy i Norge (Helsedirektoratet, 2019). Kartleggingsverktøy må brukes i samhandling med andre observasjoner, grunnet risiko for at atferdsendringen kan skyldes andre årsaker enn smerter. Resultater fra smertekartlegging skal kun sammenlignes med pasientens egne resultater da smerter er subjektivt og pasienter har ulike smerteterskler (Häikiö, 2015).

#### **2.4 Sykepleiernes kompetanse, ansvar og funksjon i møte med personer med demens**

Love og retningslinjer blir berørt ved smertelindring av eldre med demens på sykehjem. World Health Organization (2001) definerer eldre som individer over 65 år. Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) skal det tilrettelegges for kompetanseheving hos helsearbeidere. Dette skal sørge for at sykepleiere har tilstrekkelig kompetanse til å arbeide faglig forsvarlig. Kompetanse om demenssykdommer, personsentrert omsorg, kartleggingsverktøy, kommunikasjon og legemiddelbehandling blir fremhevet som viktig for faglig forsvarlig demensomsorg (Helsedirektoratet, 2019). En måte å jobbe kunnskapsbasert på er å innhente informasjon fra retningslinjer. Smerter hos eldre med demens er en problemstilling som krever kompetanse hos sykepleieren. Sykepleiere har ansvar i å tilegne ny kunnskap for å utvikle denne kompetansen (Graverholt, Jamtvedt og Nortvedt, 2015). Ved mistanke om smerter og usikkerhet rundt smertelindring av eldre med demens, kan sykepleiere henvende seg til nasjonale faglige retningslinje for demens. Den beskriver at pasienten skal smertevurderes ved eventuelle atferdsendringer. Retningslinjen legger føringer for tilpasset kartlegging og behandling uansett hvor i sykdomsforløpet pasienten befinner seg (Helsedirektoratet, 2019).

Fravær av smerte er et grunnleggende behov personer med demens skal motta bistand i å dekke. Dette reguleres av §3 i kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenesten (2003). Dette innebærer nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, som omhandler kartlegging og smertelindring av pasienten. Sykepleiere inntar en lindrende funksjon som innebærer å rette omsorgen mot redusering av pasientenes fysiske, psykiske og sosiale ubehag. Dette krever en innstilling om ivaretagelse av pasientens livskvalitet, opplevelser og erfaringer (Grønseth og Nortvedt, 2016). Det kan ses i sammenheng med sykepleierens plikt til å følge lov om pasient- og brukerrettigheter §2-1a. Denne beskriver pasientens rett på nødvendig og verdig helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Herunder inngår retten til smertelindring og ivaretagelse av verdigheten pasientgruppen ikke er i stand til å ivareta selv.

En viktig del av sykepleierens behandlende funksjon er dokumentasjon i journal om vurderinger-, observasjoner-, symptomer og funn vedrørende smerter. Sykepleierne skal dokumentere gjennomførte behandlinger samt effekten av disse (Grønseth og Nortvedt, 2016). Dette reguleres også gjennom §6 i forskrift om pasientjournal (2019).

Kunnskapsgrunnlaget hos sykepleiere innebærer å anskaffe meninger fra pasientene. Som sykepleier møter man pasientgrupper som krever ulik brukerinvolvering. Dette krever kompetanse fra sykepleieren i å vurdere hver enkelt situasjon for å oppnå brukerinvolvering (Graverholt, Jamtvedt og Nortvedt, 2015). I forhold til beboere med demens kan nedsatt kommunikasjonsevne være utfordrende med tanke på

brukermedvirkning. Kombinasjonen av dette kan gjøre at pasienten ikke forstår konsekvensene av valgene de gjør, og kan ifølge §4-3 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), fratras samtykkekompetansen. I samme lov beskriver §3-1 at pasientens synspunkter skal ivaretas av pårørende ved bortfall av samtykkekompetanse. Dette synliggjør viktigheten av sykepleierens kunnskaper om innhenting av informasjon fra pårørende.

## **2.5 Kommunikasjon som verktøy for demensomsorg**

Kommunikasjon er et viktig verktøy for å kunne bistå pasienter med demens generelt, og spesielt ved smertetilstander. Dette innebærer både verbal- og nonverbal kommunikasjon mellom sykepleieren, pasienten, pårørende og eventuelt andre nøkkelpersoner rundt pasienten. Ved utvikling av demenssykdom kan evnen til å kommunisere bli nedsatt (Heyn, 2015). Det kan innebære nedsatt ordproduksjon, vanskeligheter med å snakke i fullstendige setninger, utfordringer med å tolke hva som blir sagt eller skrevet, samt vanskeligheter med benevning av ord (Engedal og Haugen, 2009). Dette krever dermed kompetanse hos sykepleierne vedrørende observasjoner (Meld. St. 24 (2019-2020)). Afasi kan ha konsekvenser for behandling av pasienten. Ved afasi kan pasienten oppleve symptomer som utfordringer med å finne ord eller svikt i forståelse av verbalt og skriftlig språk. I tillegg kan pasientene kun ha evne til å si bruddstykker av setninger og enkeltord, ettersom sykdommen progredierer (Engedal og Haugen, 2009).

Heyn (2015) henviser til forskningsstudier hvor det har kommet frem at svikt i kommunikasjonen har ført til misfornøyde pasienter, og ufullstendig pleie som kunne påvirke pasientsikkerheten. Disse kommunikasjonsutfordringene viser at sykepleiere trenger kunnskaper om akkurat disse utfordringene. Videre henviser Heyn (2015) til studier hvor sykepleieren og pasienten har forskjellige synspunkter om pasientenes situasjon. Samt at pasientenes og sykepleierens oppfatning av bekymring ikke samsvarer. Når pasienten opplever språkutfordringer vil det være avgjørende for behandlingen at sykepleieren kjenner vedkommende og dens fortid. Nonverbal kommunikasjon vil også bli brukt i større grad enn tidligere, i samhandling med denne pasientgruppen (Engedal og Haugen, 2009). Wogn-Henriksen (2020) henviser til sansestimuli, god tid og trygghet som viktige elementer i kommunikasjonen med eldre med demens.

## **2.6 Betydning av personsentrert omsorg**

I møte med pasienter med demens er personsentrert omsorg viktig. Dette omhandler individuelle tilpasninger, helhetlig menneskesyn, respekt for pasienten og fokus på velvære og trivsel (Brooker, 2013). Ifølge Heggstad, Nortvedt og Slettebø (2013) er det essensielt ved demenssykdom, å se mennesket som noe unikt. Mangel på personsentrert omsorg kan gi pasienten opplevelse av redusert frihet og manglende respekt. Berentsen og Skovdahl (2014) påpeker fra et sykepleievitenskapelig perspektiv, at fysiologiske behov er viktige for å ivareta eldre med demenssykdom. Spesielt ved manglende evne til å dekke behovene selv. Vanlige problemområder kan være redusert evne til tolking av

signaler fra blære og tarm eller gjenkjenne, formidle og uttrykke smerte.

Ved personsentrert omsorg er det viktig å ivareta grunnleggende behov som kjærlighet, tilhørighet, trøst, anerkjennelse, være seg selv og føle inkludering. Ved demenssykdom kan pasienten oppleve angst og usikkerhet. Ved at pasienten mottar trøst og føler seg trygg, kan opplevelser av smerter minske. Sammenhengen mellom fysiske og psykiske smerter kan være stor, og pasienter med demens kan ha utfordringer med å uttrykke begge (Rokstad, 2020). Smerte går under kategorien "fysiske behov", og er ofte underrapportert hos eldre. For å minske smerter og dermed øke livskvaliteten til pasienten, kan det være aktuelt med oppfølging av tverrfaglig team (Meld. St. 24 (2019-2020)).

## **2.7 Sykepleieres relasjonskompetanse**

Pasientens velvære kan påvirkes av relasjonen til sykepleieren (Gjellebæk, Kirchhoff og Tangen, 2014). Sykepleierens oppførsel vil påvirke samhandlingen og relasjonsbyggingen. En god relasjon med pasienten og pårørende vil være viktig for smertelindringen. Det krever sykepleiere som etablerer relasjon, og vedlikeholder den over tid. God kommunikasjon ligger til grunn for dette. En stor del av å være en profesjonell fagperson omhandler å møte hele mennesket. Dette vil skape trygghet, tillit, åpenhet og respekt. En solid relasjon vil gi pasienten opplevelsen av å bli hørt, forstått og tatt på alvor. Andre viktige komponenter er empati, væremåte og anerkjennelse. Styrken på relasjonen avgjør om vanskelige temaer kan bli tatt opp (Røkenes, 2006). Det er viktig for sykepleiere å ha kunnskaper om pasienters liv, samt opparbeide en relasjon for å identifisere endret atferd som kan være uttrykk for smerte (Rokstad, 2020).

Ovenstående kunnskapsoppsummering synliggjør betydningen av at personer med demens som har smerter, blir ivaretatt av kompetente sykepleiere som raskt kan identifisere og lindre smertetilstander.

## **2.8 Hensikt med studien**

Hensikten med litteraturstudien er å identifisere tiltak sykepleiere gjør for å sikre tilstrekkelig smertelindring av eldre med demens på sykehjem. Samtidig ønskes det å utforske utvikling på dette området. Vi har en ambisjon om å sette temaet på dagsordenen, og tilegne oss kunnskap som kan anvendes i arbeidet som sykepleiere. Kunnskapen kan også deles med fremtidige kollegaer, samt bidra til å øke bevisstheten rundt temaet.

Med bakgrunn i presentert kunnskapsgrunnlag og temaet "Demens på sykehjem", blir problemstillingen

*På hvilken måte kan sykepleiere bidra til god smertelindring hos eldre med kommunikasjonsutfordringer?*

Begrepet "smerte" er avgrenset til fysisk smerte. Mottakerne av helsetjenesten omtales både som "pasient", "beboer" og "bruker" gjennom oppgaven. Dette med tanke på lesbarhet, og lojalitet til benevnelsen de ulike kildene har brukt.

### 3.0 Metode

Metodedelen av oppgaven beskriver litteraturstudien som metode, søkeprosessen, utvalgsprosessen og analyseprosessen av de utvalgte vitenskapelige artiklene.

Metode omhandler hvordan det innhentes data, som anvendes for å finne svar på problemstillingen (Dalland, 2017). Datainnhentingsmetoden brukes som et hjelpemiddel for å tilegne, og samle ny kunnskap som anvendes i en studie (Dalland (2017, som sitert i Aubert (1985)).

I hovedsak benyttes to metoder innenfor forskning. Kvalitativ metode innebærer en tilnærming for å innhente informasjon om meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Denne metoden blir brukt når man ønsker svar på for eksempel "hva betyr" eller "hvordan foregår". Det blir brukt intervjuer, observasjoner, feltarbeid eller dokumentanalyse som en tilnærming i en kvalitativ studie. Denne type studie kjennetegnes ved mange opplysninger fra få respondenter. Kvantitativ metode vil si funn som kan måles med tall, og gir nøyaktig data. Herunder ligger metodene randomisert kontrollert studie og tverrsnittsstudier. Kvantitativ metode blir brukt når man ønsker svar på for eksempel "hvor mye" eller "hvor ofte" et fenomen forekommer og mulige sammenhenger mellom ulike variabler. Det blir oftest brukt spørreskjemaer med forutbestemte svaralternativer samt systematiske og strukturerte observasjoner og eksperiment. Denne type studie kjennetegnes oftest ved færre opplysninger fra mange respondenter (Thidemann, 2020).

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det vil si en omfattende studie, som tolker den litteraturen som er knyttet mot et bestemt tema. Det handler om å angi et forskningsspørsmål, deretter forsøke å finne svar på spørsmålet ved å analysere litteraturen på en systematisk måte (Aveyard, 2014).

#### 3.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

I tabell 1 vises en oversikt over hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som ligger til grunn i utvalg av artiklene.

Tabell 1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

<b>INKLUSJONSKRITERIER</b>	<b>EKSKLUSJONSKRITERIER</b>
Medikamentell- og ikke-medikamentell smertelindring	Psykisk smerte
Fysiske smerter	Akutte smerter
Pasienter med demens på sykehjem, eventuelt i hjemmesykepleien	Artikler over 10 år
Kvalitative og kvantitative metoder.	Systematiske artikler
Kroniske smerter	Tidsskrifter som ikke fagfellevaluerer
Pasienter med nedsatt kommunikasjonsevne grunnet demens	

### 3.2 Søkeprosessen

Tabell 3 viser søk gjort i databasene Medline (Ovid) og CINAHL presentert med søkeord og antall treff. Det ble gjennomført søk i databasene Medline (Ovid), CINAHL, PubMed og APA PsycINFO. Flere av de utvalgte artiklene ble funnet i alle databasene med samme søkestrategi. Valget ble å innhente artiklene fra Medline (Ovid) og CINAHL.

Som utgangspunkt for søkeprosessen ble PICO- skjema brukt for å systematisere sentrale begreper relatert til problemstillingen.

Tabell 2 PICO-skjema

<b>P - PROBLEM</b> <i>Berørte parter</i>	<b>I - INTERVENTION</b> <i>Hva gruppen er utsatt for</i>	<b>C - COMPARISON</b> <i>Sammenligning</i>	<b>O - OUTCOME</b> <i>Mål</i>
Nurses or Nursing or Nursing role Dementia or Alzheimer's disease	Pain or Physical pain		Pain management

Tabell 3 søkematrise

<b>Søkeord Medline (Ovid)</b>	<b>Treff</b>	<b>Søkeord CINAHL</b>	<b>Treff</b>
1. Nurses	89984	1.Nurses	529014
2. Nursing	255167	2. Nursing role	64946
3. Nursing homes	40496	3. Nursing homes	56121
4. Dementia	172682	4. Dementia	67043
5. Alzheimer disease	97911	5. Alzheimer's disease	25105
6. Pain	407059	6. Pain	322207
7. Pain management	35985	7. Pain management	35478
8. Physical pain (kw)	1430	8. Physical pain (kw)	9829
9. 1 or 2	320322	9. 1 or 2	548487
10. 4 or 5	172682	10. 4 or 5	83888
11. 6 or 7 or 8	421423	11. 6 or 7 or 8	322885
12. 3 and 9	4410	12. 3 and 9	12983
13. 10 and 12	395	13. 10 and 12	1273
14. 11 and 13	19	14. 11 and 13	126



### **3.3 Utvalgsprosessen**

I Medline (Ovid) er det ikke gjort begrensninger i søket, da sluttantall og årstall var innenfor kriteriene.

CINAHL hadde større utvalg av artikler som uten begrensninger gav 126 treff. Derfor ble søket i databasen begrenset til artikler fra 2014 og frem til i dag som gav 53 treff. Videre ble begrensningen satt til "Academic Journals" som resulterte i 46 treff.

Utgangspunktet var å finne forskning knyttet til Alzheimers sykdom. Gjennomgang av artikkelfunnene viste lite forskning på feltet og artikler som ikke kunne gi svar på problemstillingen. Dermed ble ordet "dementia" inkludert, i kombinasjon med "Alzheimers disease", for å finne artikler som bruker ett eller begge begrepene.

Utvalgte artikler bruker kvalitativ- og kvantitativ metode. Ulike forskningsmetoder ble brukt for å få en helhetlig tilnærming, som var viktig for å finne svar på problemstillingen (Dalland, 2017). Dette innebærer intervensjoner, erfaringer, statistikk og meninger. Utvalget ble artikler med fokus på kunnskapsgrunnlaget til sykepleieren, og hva som kan gjøres i samhandling med denne pasientgruppen. Dette vil bidra til avdekking av gode forslag til løsninger for problemstillingen.

Kritisk granskning av artiklenes kvalitet ble gjennomført. Det er en viktig del i gjennomgangen av artiklene for å kvalitetssikre at forskningsresultatene er gyldige og pålitelige. Derfor ble Helsebiblioteket sin tabell benyttet. Denne inkluderer kjernesporsmål som verktøy for å sikre at vi har valgt riktige forskningsdesign for å besvare problemstillingen. I tillegg har kritisk vurdering blitt gjennomført ved å benytte sjekklister for å måle kvaliteten på artiklene (Helsebiblioteket, u.å.). Et viktig sjekkpunkt i den kritiske granskningen er om studiene vurderes forskningsetisk med tanke på personvern, taushetsplikt og samtykke til deltakelse i studien. I tillegg om etisk komite var involvert dersom studien omfatter sensitive opplysninger, eksempelvis helseopplysninger og bosted.

### **3.4 Analyseprosessen**

Analysen er gjennomført ved nøye og kritisk gjennomgang av de utvalgte artiklene. I arbeid med analysen har hovedfunnene i hver artikkel blitt gjennomgått. Ut ifra funnene ble likheter og forskjeller vurdert, og sammenfattet i ulike kategorier i henhold til Aveyard (2014). Vurdering av innholdet og tolking av artiklene resulterte i fire kategorier som kan gi svar på problemstillingen.

## **4.0 Resultater**

I dette kapitlet presenteres resultatene av litteratursøkene i en tabell. Først presenteres seks artikler som på ulike måter kan gi svar på studiens problemstilling. Deretter følger en oppsummering av forskningens hovedfunn innenfor de ulike kategoriene.

Tabell 4 - Artikkel 1

Database	Medline (Ovid)
Referanse	Bowers, B.J. og Gilmore-Bykovskyi, A.L. (2013) Understanding nurses decisions to treat pain in nursing home residents with dementia, <i>NIH Public Access: Author manuscript</i> , 6(2), s. 127-138. Doi: 10.3928/19404921-20130110-02.
Tittel på artikkel	"Understanding Nurses Decisions to Treat Pain in Nursing Home Residents with Dementia"
Forfattere	Gilmore-Bykovskyi, A.L. og Bowers. B.J.
Tidsskrift	NIH Public Access; Author Manuscript
Hensikt	Få rede på prosessene rundt sykepleiernes avgjørelser vedrørende medikamentell smertelindring for personer med demens på sykehjem. Forskerne ønsket å identifisere hva som påvirket sykepleierne i disse avgjørelsene.
Metode	Kvalitativ studie. 15 dybdeintervjuer med 13 sykepleiere fra fire ulike sykehjem i Wisconsin ble gjennomført.
Resultat	<p>Resultatene viser en modell som omhandler prosessen sykepleierne går igjennom ved mistanke om smerter. Den beskriver også i hvilken grad de er sikre på smertene.</p> <p><i>Handlinger ved usikkerhet om smerter</i> Beboere med demens som ikke har åpenbar grunn til smerte havnet under denne kategorien. Her vil sykepleierne trenge flere vurderinger av pasienten, som kan føre til forsinket eller ingen behandling. Beboerne hadde underliggende sykdommer som kunne bidra til smerter. Grundigere vurderinger av smerte ble gjennomført ved manglende åpenbar årsak til smerte, samt avvik fra sykepleiernes forventninger. Ingen åpenbar grunn til smerter hos personer med demens bidro til økt usikkerhet rundt smerter og smertelindring. Demens er beskrevet som det største hinderet for tilstrekkelig smertelindring. Personer med demens var den mest utsatte gruppen til å motta forsinket eller ingen smertelindring.</p> <p><i>Sykepleiernes forståelse og evne til valg vedrørende smertelindring hos beboere med demens</i> Sykepleierne beskrev stor usikkerhet når det ikke var mulig å motta bekreftelse på smertene. Ved smertelindring kunne man se variasjon i strategiene sykepleierne brukte. Atferdsendringer ble sett i sammenheng med somatiske- eller psykososiale ubehag, samt patologiske forandringer. Smerter ble vurdert som én av årsakene til atferdsendringen. I forsøk på å lindre smertene eller ubehaget, baserte sykepleierne seg på prøve og feile metoden som omhandlet medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak. Sykepleiere mente smerte oppstod og ble lindret av flere kombinerte årsaker.</p> <p><i>Handlinger når de er sikre på smerter</i> De er sikrere og igangsetter behandling raskere når det gjelder beboere uten demens, med kort opphold, i palliativ fase eller uten åpenbar smerte. Ved utydelig smerte, samt manglende mistanke om smerte, ble behandlingen rapportert som mer effektiv hos pasienter med gode kommunikasjonsevner.</p> <p><i>Synlig eller åpenbar smerte</i> Beboere med åpenbar smerte hadde større sannsynlighet til å bli smertelindret. Sykepleierne sier grunnen er utilstrekkelig verbal kommunikasjon hos pasienten, og at smerten er vurdert av kun én sykepleier, samt vage tegn til smerte.</p>

Tabell 5 - Artikkel 2

Database	CINAHL
Referanse	Godskesen, T.E. og Lundin, E. (2021) End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes, <i>BMC Nursing</i> , 20(48), s. 1-11. Doi: 10.1186/s12912-021-00566-7
Tittel på artikkel	"End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes"
Forfattere	Godskesen, T.E. og Lundin, E.
Tidsskrift	BMC Nursing
Hensikt	Beskrive sykepleiernes erfaringer rundt å ivareta smertepåvirkede pasienter med avansert demens i livets slutfase.
Metode	Kvalitativ studie. Det ble intervjuet 13 sykepleiere på 12 forskjellige demensavdelinger i Sverige.
Resultat	<p><i>Kommunikasjonsutfordringer</i> Flere av sykepleierne opplevde smertevurdering av pasientene med kommunikasjonsutfordringer som utfordrende. Dette grunnet nedsatt evne til verbal uttrykkning av smerte. Andre utfordringer var å skille mellom smertetilstander og angst, samt administrere rett medikamentdose.</p> <p><i>Relasjons utfordringer</i> Sykepleierne syntes smertevurderingen var krevende dersom de ikke hadde en relasjon til pasienten. Dette grunnet vanskeligheter med å observere endringer i atferd. Pårørende ansees som en positiv faktor siden de kjenner pasienten godt, og kan bemerke forskjeller fra fortid til nåtid som kanskje ikke personalet oppfatter. Noen ganger har de også negativ innvirkning vedrørende medisinadministrering, da pårørende ofte ikke innehar samme kunnskap som sykepleieren. Sykepleierne nevner godt samarbeid som viktig for å vurdere og behandle smerte.</p> <p><i>Organisatoriske utfordringer</i> Ved god smertelindring, bør sykepleieren være lett tilgjengelig. Dersom pasienten er alene og føler seg ensom, kan fysisk og psykososial smerte øke. Flere av sykepleierne mente begrenset tid, underbemanning og stor arbeidsbelastning utgjorde barrierer for å yte tilstrekkelig omsorg. Andre medvirkende faktorer er kompetanse og evne til å anvende palliativ omsorg. De viser tidvis svikt på disse faktorene. Det beskrives at sykepleierne enten anvendte Abbey pain scale, eller vurderte smerte ut fra egen intuisjon.</p>

Tabell 6 - Artikkel 3

Database	Medline (Ovid)
Referanse	Achterberg, W.P. <i>et al.</i> (2018) Effects on pain of a stepwise multidisciplinary intervention (STA OP!) that targets pain and behavior in advanced dementia: A cluster randomized controlled trial, <i>Sage Journals</i> , 32(3), s. 682-692. Doi: 10.1177/0269216316689237
Tittel på artikkel	Effects on pain of a stepwise multidisciplinary intervention (STA OP!) that targets pain and behavior in advanced dementia: A cluster randomized controlled trial
Forfattere	Achterberg, W.P., Francke, A.L., Piper, M.J., Scherder, E.J., Steen, J.T.V.D. og Twisk, J.W.
Tidsskrift	Sage Journals
Hensikt	Vurdere om en trinnvis intervensjon kan redusere smerte og forbedre smertebehandling. Hypotesen var at beboerne som mottok protokollen sammenlignet med kontrollgruppen, skulle oppleve betydelig mindre smerte og smerterelatert oppførsel. Samtidig som bruken av analgetika ville øke.
Metode	Randomisert kontrollert studie. Protokollen ble forsøkt på 21 avdelinger på 12 sykehjem i Tyskland. Totalt 288 beboere ble inkludert. Inndelingen resulterte i 148 beboere i forskningsgruppen og 140 i kontrollgruppen. Kartleggingsverktøyene som ble anvendt var PACSLAC-D og MDS-RAI pain scale.
Resultat	<p>I forkant av intervensjonen var det stadfestet at pasientene i kontrollgruppen hadde større mental svekkelse enn pasientene i intervensjonsgruppen. Justeringer av gruppene ble gjort i løpet av studien. Intervensjonsgruppen fikk mer analgetika, men komorbiditeten i gruppene var lik.</p> <p><i>Fremtredelse av smerte</i>            Observert smerte gjennom kartleggingsverktøyet PACSLAC-D, var høyere enn estimert smerte ved bruk av MDS-RAI pain scale.</p> <p><i>Effekten av intervensjonen</i>            Ut fra de 148 beboerne ble 58 stykker utvalgt til å motta protokollen. Blant disse 58 var det mistenkt smerte hos to, både smerte og atferdssymptomer hos åtte, og kun atferdssymptomer hos de gjenværende 48 beboerne. I løpet av intervensjonen ble det foretatt 175 fysiske- og psykososiale vurderinger: 34 ikke-medikamentelle tiltak, 12 utprøvinger av farmakologisk smertelindring og fem eksterne konsultasjoner.</p> <p><i>Effekt av medisiner</i>            Resultatet viser at intervensjonsgruppen mottok mer opioider enn kontrollgruppen. Samtidig ble økt brukt av paracetamol og annet analgetika, ikke påvist.</p> <p>Studien viser nedgang i observert smerte, men ingen endring i den estimerte smerten. De viser også at en trinnvis modell er mest hensiktsmessig. Ved avansert demens så de tydelig atferdsendring etter smertelindringen. Ikke-farmakologisk behandling ble hyppigst brukt, som trolig er grunnen til redusert observert smerte hos pasientene.</p>

Tabell 7 - Artikkel 4

Database	CINAHL
Referanse	Kunz, M. <i>et al.</i> (2017) Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain?, <i>Pain Medicine</i> , 18(11), s. 2105-2115. Doi: 10.1093/pm/pnw281
Tittel på artikkel	Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain?
Forfattere	Kunz, M., Lautenbacher, S., Pähl, S. og Sampson, E.L.
Tidsskrift	Pain Medicine
Hensikt	Undersøke hvilke ansiktsuttrykk sykepleierne legger til grunn ved identifisering av smerte hos personer med demens. Samt faktorer som påvirker valg rundt smertevurdering og hvilke ansiktsuttrykk sykepleieren assosierer med smerter.
Metode	Kvantitativ metode. Studien tok utgangspunkt i 12 smertekartleggingsverktøy, hvor de kom frem til 13 ansiktsuttrykk som høyst sannsynlig kunne bidra til identifisering av smerte. Spørreundersøkelser ble sendt til 366 sykehjem i Tyskland.
Resultat	<p>Sammenlignet med andre daglige aktiviteter, er sårstell ansett som faktoren som gir høyest smerte. De mest observerte ansiktsuttrykkene forbundet med smerte var rynke i pannen, mysing med øynene samt intens- og redselsfullt blick. De minst observerte ansiktsuttrykkene var lukkede øyne, løfting av overleppen, åpen munn, stramme lepper, tomt blick, uinteressert blick, blekt ansikt, tårevåte øyne og trist ansikt.</p> <p><i>Hvert enkelt ansikts beskrivelses element</i> De 13 ansiktsuttrykkene som sykepleierne observerte ble satt inn i to tabeller og vurdert ut ifra smerteuttrykk og smerteintensitet. Enkelte ansiktsuttrykk ble hyppigere observert. Dette gjaldt når pasienten ble antatt til å ha mer intens smerte, eller viste sterke smertefulle uttrykk som rynking i pannen og anspent ansikt.</p> <p>Av de 13 ansiktsbeskrivelsene, fant de henholdsvis fem-seks av dem som mest forutsigbare for å vurdere smerteuttrykk og smerteintensitet. Rynket panne, åpen munn og intenst blick viste å være de mest forutsigbare uttrykkene blant begge gruppene.</p> <p>Innenfor kategorien "smerteuttrykk" var intenst blick den mest forutsette. Heretter kommer innsnevrende øyne, tårevåte øyne, strammende lepper og rynket panne. Disse utgjør uttrykkene som høyst sannsynlig tyder på smerte. Vedrørende smerteintensiteten var rynket panne den tydeligste verdien. Ved å tilføye strammende lepper, åpen munn, intenst blick, se trist ut og tomt blick ser man uttrykkene som høyst sannsynlig tyder på intens smerte. Resultatet viste at kategorien "anatomiske beskrivelser" var best egnet for vurdering av både smerteintensitet og smerteuttrykk. I motsetning til kategoriene "mangel på interesse" og "emosjonell uro".</p>

Tabell 8 - Artikkel 5

Database	CINAHL
Referanse	Burns, M. og McIlfatrick, S. (2015) Nurses´ knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting, <i>MAG online library</i> , 21(10), s. 479-487. Doi: 10.12968/ijpn.2015.21.10.479
Tittel på artikkel	Nurses´ knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting
Forfattere	Burns, M. og McIlfatrick, S.
Tidsskrift	MAG Online library
Hensikt	Utforske hvilke kunnskap og holdninger sykepleiere hadde til smertevurdering for personer med demens på sykehjem.
Metode	Tverrsnittstudie. Spørreskjemaet ble besvart av 32 deltakere.
Resultat	<p>Punkter sykepleierne nevner og opplever utfordrende vedrørende smertelindring for personer med demens;</p> <p><i>Fremtredelse av smerte</i> 50% av sykepleierne svarte at de ikke tror smerter har sammenheng med økt alder. Det var delte meninger om personer med demens opplever mer smerter enn de uten. Flesteparten mente beboere med demens endret atferd ved smerter, og at demensdiagnosen påvirket den fysiologiske behandlingen.</p> <p><i>Smertevurdering</i> Flertallet av sykepleierne var av den oppfatningen at personer med demens ikke var i stand til å selvrappportere smerte. Det fantes også stor usikkerhet rundt kartleggingsverktøy. Kunnskaper om bruken av dem var på plass, men det fantes ingen rutinemessig bruk av disse. Flere av sykepleierne anerkjente også viktigheten med pårørendes observasjoner.</p> <p><i>Smertebehandling</i> Flertallet av sykepleierne var av den oppfatningen at pasientgruppens opplevde smerte måtte vurderes forskjellig ut ifra deres mentale status. Sykepleierne ytret et ønske om å anvende en trappetrinnsmodell i smertelindringen. 31,3% var usikre på om analgetika ville gi en tilfredsstillende smertelindring. Det var usikkerhet blant sykepleierne om bruk av opioider var et godt alternativ grunnet risiko for bivirkninger og avhengighet. Sykepleierne var enige om at ikke-medikamentelle tiltak var det beste smertelindringstiltaket for pasienter med demens.</p> <p><i>Barrierer for optimal smertelindring</i> Den største barrieren, som ble anerkjent av 90,6%, var underbemanning. Dårlig tid til gjennomføring av god smertelindring ble nevnt av 81,3%. Det ble påpekt at beboerne hadde nedsatt forståelse rundt smertelindring og derfor nektet å ta imot smertelindring, som også gav dem økt angstfølelse. Andre barrierer som ble nevnt var forsinket behandling samt mangel på støtte fra ansvarlig lege. Både sykepleierne, beboerens og pårørendes holdninger til smertelindring ble sett på som barrierer.</p> <p><i>Veiledning og opplæring</i> Sykepleierne med opplæring i demens viste seg å gi bedre smertelindring og smertevurdering enn de uten. Sykepleierne ønsket ytterligere opplæring og veiledning i smertelindring, bruk av analgetika og kartleggingsverktøy.</p>

Tabell 9 - Artikkel 6

Database	CINAHL
Referanse	Mion, L.C., Monroe, T.B. og Parish, A. (2015) Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia, <i>Science Direct</i> , 29(5), s. 316-320. Doi: <a href="https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007">10.1016/j.apnu.2015.05.007</a>
Tittel på artikkel	Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia
Forfattere	Mion, L.C., Monroe, T.B. og Parish, A.
Tidsskrift	Science Direct
Hensikt	Undersøke sykepleiernes metoder for å identifisere og smertelindrende personer med demens på sykehjem.
Metode	Kvalitativ studie Fokusgrupper ble anvendt i datainnsamlingen. 29 sykepleiere fra to forskjellige sykehjem i Nashville deltok.
Resultat	<p>Studien resulterte i ét overordnet tema, som sammenligner smertelindring med å sette sammen et komplekst puslespill. Herunder innhenting av informasjon om beboeren fra ulike hold. Denne prosessen tar tid, og kjennskap til pasienten er essensielt for å gi god behandling.</p> <p><i>Usikkerhet om beboernes opplevde smerte</i> Til tross for sykepleiernes beste innsats, fantes ofte usikkerhet vedrørende beboernes opplevde smerte. Ofte grunnet manglende evne til verbal kommunikasjon. Sykepleierne kunne aldri med sikkerhet konkludere med smerte, med mindre observasjoner tilsa en åpenbar årsak, eller handling som kunne resultere i smerte.</p> <p><i>Undersøkelse</i> Sykepleierne beskrev gjennomføring av en kompleks evalueringsprosess for å måle beboernes velvære. De fokuserte på å innhente informasjon ved å observere den verbale kommunikasjonen, atferden, kartlegging av smerte og leste over brukerens journal. De evaluerte pasientens miljø slik som værendringer, støynivå og temperatur. Til slutt forsøkte sykepleierne å skille emosjonell smerte fra fysisk smerte.</p> <p><i>Oppklarende faktorer for om pasienten opplever smerte</i> Dette omhandler sykepleierens kliniske erfaring, kommunikasjon med pårørende, tverrfaglig arbeid samt relasjon til pasienten.</p> <p><i>Løse konflikter</i> Konflikter kan oppstå ved smertelindring. Dette gjelder utfordringer vedrørende balansering av familiens ønsker og pasientens behov.</p> <p><i>Sykepleierens rolle</i> Refleksjon vedrørende sykepleierens rolle i smertelindringen, resulterte i flere viktige hovedpunkter. Disse var å alltid ha et våkent blikk rundt pasientene for å oppdage smerte, gi pleie til pårørende, være villige til å prøve og feile samt prioritere pasientens komfort og livskvalitet.</p>



## **4.1 Samlet resultat**

Analyseprosessen resulterte i fire hovedfunn, som svarer på problemstillingen.

For at sykepleiere kan bidra til tilstrekkelig smertelindring hos pasienter med demens og kommunikasjonsutfordringer, er deres holdninger til pasienten og pårørende en viktig forutsetning. Derne er kunnskaper om smerter og smertelindring generelt, samt ferdigheter i bruk av kartleggingsverktøy og behandlingsstrategier viktig. Til slutt viser forskningen stor betydning av organisatorisk tilrettelegging av omsorgen.

### **Holdninger til pasienter med demens og deres pårørende**

Burns og McIlpatrick (2015, s. 484) viser at 62,5% av sykepleierne mener holdninger er en barriere for god smertelindring, og forsinket behandling. Bowers og Gilmore-Bykovskiy (2013) belyser det kunne ta to-tre åtte-timers vakter før smertelindrende tiltak ble iverksatt. Pasientene med åpenbar årsak til smerte fikk kun tilsyn av sykepleier én gang per vakt. En sykepleier i studien forteller hun unnlater å stille spørsmål til pasienter med demens, da de uansett ikke forstår. De gav heller smertestillende, da de ikke mente dette ville påføre skade for pasienten. Andre sykepleiere i studien hadde holdningen at å motta bekreftelse av underliggende årsaker til smerte, nærmest var umulig.

Sykepleierne i studien til Godskesen og Lundin (2021) påpeker viktigheten med å berolige pårørende og dekke deres behov for informasjon. Pårørende anses som en positiv faktor i smertelindringen, da de kjenner beboeren. Dette underbygger Burns og McIlpatrick (2015), og Mion, Monroe og Parish (2015). Videre legger Godskesen og Lundin (2021) vekt på å imøtekomme beboerne på en god og respektfull måte, for å roe dem. Sykepleierne i studien sier det er godt å se pasientene slappe av og ikke uttrykker smerte. De bemerker forskjell på pasientene etter hvem som er på jobb. Dette grunnet personalets ulike oppførsel og holdninger. Faktorer som usikkerhet, høyt stemmenivå og stressnivå vil påvirke pasientene. For eksempel vil opplevelsen av smerte hos pasienten kunne øke ved høyt stressnivå hos sykepleierne.

Mion, Monroe og Parish (2015) studie viser til sykepleiere som ikke trodde pasienter med demens har mindre smerte, men at observasjonen og vurderingen er nedprioritert. De mente relasjonen mellom sykepleier og pasient er avgjørende for god smertelindring. En av deres viktigste oppgaver i møte med nye pasienter var å sørge for pasientens velvære, og videre relasjonsbygging.

### **Kunnskaper om smerter og smertelindring**

Forskningen til Bowers og Gilmore-Bykovskiy (2013) belyser sykepleiernes utfordringer i å oppdage smerter hos personer med demens, dersom smertene ikke var åpenbare. Grunnen til usikkerheten var beboernes nedsatte evne til selvrapporing, og virkningen knyttet til analgetika. Denne usikkerheten resulterte til forsinket behandling. I enkelte tilfeller uteble smertelindringen totalt. Det samme funnet vedrørende sykepleiernes usikkerhet, fremkommer også i Godskesen og Lundins (2021) studie. Denne henviser til nedsatt kommunikasjonsevne

som hovedutfordring. Videre påpekes viktigheten med gode kunnskaper om kommunikasjon for å kunne vurdere smerte og gi optimal smertelindring.

31,3% av sykepleierne i artikkelen til Burns og McIlpatrick (2015, s. 484) var usikre om beboerne oppnådde optimal smertelindring med analgetika. De identifiserte mangelfulle kunnskaper om opioider, samt usikkerhet rundt bivirkninger og avhengighet av disse. Videre poengteres opplæring i demens som avgjørende for å øke sikkerheten rundt smertelindring. Sykepleierne mente forelesninger, studiedager og fjernundervisning var de beste metodene for å tilegne kunnskap. Ønskede temaer for opplæring var kunnskap om smertelindring hos pasienter med demenssykdom i palliativ fase, valg av smertestillende medikamenter og smertekartleggingsverktøy som var lettere å anvende. Andre etterspurte ytterligere kvalitet på undervisningen til beboere med demens vedrørende smertelindring (Burns og McIlpatrick, 2015).

### **Ferdigheter i bruk av kartleggingsverktøy og behandlingsstrategier**

Achterberg *et al.* (2018) viste til mindre observert smerte ved bruk av trinnvis tilnærming. Observert smerte ble kartlagt gjennom PACSLAC-D og estimert smerte ble kartlagt ved bruk av MDS-RAI. Opplæring i smertekartlegging henger sammen med sykepleiernes utførelse av kartleggingen. Det innebar ferdigheter i observasjon og identifisering av tiltak for å ivareta fysiske og psykososiale behov.

Det blir belyst utfordringer ved gjenkjenning av smerte hos eldre med demens i Burns og McIlpatricks (2015) studie. Samt usikkerhet knyttet til bruken av kartleggingsverktøy og medikamentell behandling. Flesteparten mente ikke-farmakologisk behandling var nyttig for smertelindringen. Bowers og Gilmore-Bykovskiy (2013) fremhever toalettbesøk, temperatur- og miljøendringer samt mobilisering, som ikke-medikamentelle tiltak.

Mion, Monroe og Parish (2015) viste til sykepleiernes usikkerhet rundt beboernes opplevde smerte. Dette til tross for bruk av smerteskalaer, observasjoner av verbale og atferdsmessige væremåter, samt vurderingen av underliggende faktorer. Usikkerheten var alltid tilstede med mindre de kunne se årsaken til smerte, eller ved tilstander som urinveisinfeksjon.

Godskesen og Lundins (2021) studie viser til nedsatt kommunikasjonsevne som en utfordring for effektiv bruk av kartleggingsverktøy. Sykepleierne peker på viktigheten av god kommunikasjon ved vurdering av smerte hos beboerne. Erfaring og øving blir pekt på som viktige faktorer for å øke denne ferdigheten. Sykepleierne forteller om utfordringer med å skille angst og smerter, da det er flere likhetstrekk. Dermed var de ofte nødt til å behandle begge. De poengterer også utfordringer med å finne riktig dose smertestillende medikamenter. I studien til Mion, Monroe og Parish (2015) fremkommer det at sykepleiere kan ha ulike syn på om pasientens smerteopplevelse skyldes fysiske eller emosjonelle årsaker. Dermed vurderes andre årsaker til smerten og medikamenter som psykofarmaka. Grunnet lite erfaring hos nyutdannede sykepleiere, viser studien til mulige vanskeligheter med å vurdere bruken av analgetika til pasienter med kommunikasjonsutfordringer.

## **Organisatorisk tilrettelegging av omsorgen**

Godskesen og Lundin (2021) ser på samarbeid som et godt verktøy for å oppdage, gjenkjenne, vurdere og behandle smerte. Sykepleierne opplever underbemanning, dårlig tid og stor arbeidsbelastning som barrierer for å gi tilfredsstillende smertelindring. Denne barrieren, samt utfordringer vedrørende støtte fra lege, påpekes av Burns og McIlpatrick (2015).

Burns og McIlpatrick (2015, s. 482) viser at 68,8 % av sykehjemmene rutinemessig bruker retningslinjene for smertebehandling. Selv om disse ble brukt, etterspurte fremdeles informantene tydeligere retningslinjer. Samt en trinnvis tilnærming, i henhold til smertebehandlingen for beboere med demens. Flertallet av sykepleierne var klar over bruken av de enkelte kartleggingsverktøyene, da 81,3% av sykehjemmene brukte disse (Burns og McIlpatrick, 2015, s. 484).

I forhold til kartleggingsverktøy, sier Godskesen og Lundin (2021) at utilstrekkelige kartleggingsverktøy og manglende retningslinjer gjorde at sykepleierne valgte å bruke egen intuisjon i smertevurderingen. I Bowers og Gilmore-Bykovskys (2013) studie har ikke sykehjemmene rutiner på å evaluere effekten av individuell smertevurdering og behandling.

## 5.0 Drøfting

I dette kapitlet presenteres aktuelle artikler opp mot relevant og oppdatert faglitteratur samt forskning. Metodediskusjon som drøfter artiklenes aktuelle begrensninger er også inkludert.

### Hvordan påvirke sykepleierens holdninger til pasienter og pårørende?

Sykepleiernes verdier, følelser og tanker kommer til uttrykk gjennom atferd. Ved sykepleiernes handlinger og kommunikasjonen med pasienter med demens, vil egne holdninger og kunnskaper avspeiles bevisst og ubevisst. Holdningene kan bidra til en atferd hos sykepleieren som påvirker pasienten i negativ forstand (Solheim, 2015). Dessuten påpeker sykepleierne i studien til Godskesen og Lundin (2021) at pasientenes atferd varierer etter hvem som er på jobb. Dette er basert på ulike oppførsel og holdninger hos personalet. For øvrig kan høyt stemmebruk, uttrykkelse av stress og usikkerhet gjøre pasienten bekymret, og gi en økt opplevelse av smerte. En måte å utøve god omsorg på, er å være forberedt på blant annet endringer ved pasientens tilstand. Samt bevissthet rundt pasientens nonverbale kommunikasjon, eksempelvis gjennom rynkede øyenbryn, lyder og kroppsholdning. Ved bevissthet, samt å være i beredskap kan raskere bistand forekomme ved endring i pasientens tilstand (Hauge, Helleberg og Thorvik, 2014). Imidlertid viser forskningen til Bowers og Gilmore-Bykovskiyi (2013) at det ofte tok to-tre åtte-timers vakter før det ble iverksatt tiltak mot smerte. Pasientenes smerter ble gjennomgått av sykepleier kun én gang per vakt. Dette kan tyde på at sykepleierne hadde en holdning om å utsette oppgaven, istedenfor å iverksette tiltak.

Kunnskaper vedrørende smerte hos eldre med demens, vil være avgjørende for god smertelindring (Solheim, 2015). Dette er et grunnleggende behov sykepleieren skal ivareta gjennom å respektere pasientens medbestemmelse, levemåte og menneskelige verdier (Kvalitetsforskrift for pleie og omsorgstjenestene, 2003). For å ivareta respekt, er det viktig å møte pasienten på en god måte (Godskesen og Lundin, 2021). Gjennom handlinger, kan disse holdningene komme til uttrykk. Kunnskap om smertelindrende tiltak, samt utprøving, og evaluering av disse kan skape refleksjon rundt effekten. Dette vil igjen påvirke sykepleierens holdninger. Identifisering og øking av kunnskap er sykepleieren selv ansvarlig for. Likevel ses det at kulturen på arbeidsplassen vil påvirke sykepleiernes holdninger. Med en positiv innstilling vedrørende smertelindring av pasientgruppen på arbeidsplassen, kan sykepleiernes holdninger bli påvirket. Dette kan resultere i endring av holdninger. Imidlertid kan arbeidsplassens kultur ta tid å forandre (Solheim, 2015).

Uavhengig av funksjonsnivå og kommunikasjonsevne, skal pasienter ha mulighet til å ytre sine meninger vedrørende egen situasjon (Holthe (2020, som sitert i Hofmann, 2010)). Mangel på dette kan imidlertid true etiske prinsipper, slik som respekt og autonomi (Brinchmann, 2012). Likevel viser Bowers og Gilmore-Bykovskiyi (2013) til én sykepleier som ikke stiller spørsmål til pasienter med demens vedrørende smertekartlegging. Dette fordi hun mener pasienten ikke vil forstå. Denne handlingen reflekterer en negativ holdning. For å kunne endre denne holdningen, må disse identifiseres av sykepleieren. Ved å bli bevisst på egne mangler, gir det muligheter for å identifisere hvilke områder det er behov for økt kunnskap (Solheim, 2015). På en annen side viser erfaring at det finnes usikkerhet rundt forståelsen til den aktuelle

pasientgruppen. Enkelte kan oppleve svikt med å finne ord, mens andre har svikt i språkforståelsen. Dette kan være utfordrende å skille mellom ved nedsatt kommunikasjonsevne (Engedal og Haugen, 2009). Mangelfull brukermedvirkning i gjennomføring av smertekartlegging, vil stride imot pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-1. Denne beskriver pasientens rett på informasjon om blant annet kartlegging og behandling. Sykepleieren må derfor tilpasse informasjonen slik at pasienten har mulighet til å forstå, som også beskrives i yrkesetiske retningslinjer. Her presiseres også sykepleierens ansvar for å bevare rett på medvirkning, samt å ikke bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Pårørende kan være en del av oppdagelse av smerter, siden de innehar mye kunnskaper om pasienten (Häikiö, 2015). Dette innebærer at sykepleiere bør innhente opplysninger fra pårørende. Deres erfaringer og observasjoner må tas med i vurderingen og lindringen av pasientens smerter (Helsedirektoratet, 2017). I tillegg påpekes det i studien til Mion, Monroe og Parish (2015) at innhenting av informasjon fra pårørende er essensielt for å gi god smertelindring, da de ofte kjenner pasienten godt. Dessuten er sykepleierne lovpålagt å forveksle informasjon med pårørende gjennom §3-3 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

Samspelet mellom sykepleier og pårørende kan styrke kvaliteten på helsehjelpen og er sykepleierens ansvar. En viktig del av samarbeidet med pårørende innebærer å synliggjøre, anerkjenne og verdsette den informasjonen de har om pasienten (Bruvik, 2016). På en annen side kan dette bli utfordrende dersom sykepleierens vurderinger står i strid med pårørendes meninger (Helsedirektoratet, 2017). Burns og McIlpatrick (2015, s. 484) viser til at 53,1% av sykepleierne har opplevd pårørende som en barriere i smertelindring. Konflikter mellom pårørende og sykepleieren ses ofte i sammenheng med smertelindring av pasienten. Utfordringene gjaldt ofte å balansere pasientens behov med pårørendes ønsker, spesielt knyttet til narkotiske preparater (Mion, Monroe og Parish, 2015). For øvrig viser Godskesen og Lundin (2021) til pårørendes usikkerhet vedrørende tilstrekkelig smertelindring. Dette resulterte i sykepleiere som ofte gav mer smertestillende for å tilfredsstille pårørendes ønske. Pårørendes holdninger knyttet til morfin ble sett på som det mest utfordrende aspektet, grunnet deres redsel for fremprovosering av pasientens død eller avhengighet (Godskesen og Lundin, 2021).

Ettersom det kan foregå delte meninger rundt smertelindring, vil bevissthet rundt etiske problemstillinger og refleksjon kunne bidra til å skape nye perspektiver, samt løsninger ved oppståtte dilemmaer. En måte å tilegne nye perspektiver er å invitere pårørende til etisk refleksjon i samhandling med sykepleierne (Helsedirektoratet, 2017). Erfaringene sykepleierne opparbeider seg gjennom etisk refleksjon kan føre til faglig bevisstgjøring og utvikling. Videre kan dette bidra til minsket fare for feilbehandling av personer med demens (Solheim, 2015).

### **Hvordan sørge for at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskaper om smerter og smertelindring?**

18-32% av sykepleiere i Norge vurderer egen kunnskap om smerte som svært eller ganske bra (Galek og Gjertsen, 2011, avsnitt 2). Virginia Henderson sier at sykepleie må bygges på forskningsbasert kunnskap, samtidig skal ikke individets særegenhet oversees (Mathisen, 2015). Kompetansen som kreves av sykepleiere er blant annet kunnskaper

om demenssykdommer, personsentrert omsorg, kartleggingsverktøy, kommunikasjon, aktivitet, lindrende behandling, legemiddelbehandling og psykososiale tiltak (Helsedirektoratet, 2019). Dette innebærer sykepleierfaglig ansvar i å være oppdatert om forskning, samtidig som man praktiserer den nye kunnskapen (Norsk sykepleierforbund, 2019). Bowers og Gilmore-Bykovskiy (2013) underbygger behovet for økt kunnskap, da sykepleierne i studien hadde mangelfull kompetanse.

For å sikre at sykepleiere har tilstrekkelige kunnskaper om smerte hos brukere med demens og kommunikasjonsutfordringer, er det viktig å identifisere hvor disse manglene foreligger. Nevrogene smerter er en smertetype som sykepleiere har utfordringer med å identifisere og kartlegge (Torvik, 2013). Mion, Monroe og Parish (2015) viser utfordringer med å skille fysisk smerte fra emosjonell smerte. Videre var én sykepleier i studien av den oppfatning at pasienter med demens sannsynligvis ikke opplever mindre smerte. De belyser at årsaken kan være sykepleiere med manglende kunnskaper om observasjon. Derimot viser Burns og McIlfatrick (2015) til overordnede gode kunnskaper om smertevurdering og smertelindring.

Videre viser Bowers og Gilmore-Bykovskiy (2013) til usikkerhet blant sykepleierne når de ikke fikk bekreftelse på smertene. Eksempelvis dersom evnen til selvrappotering er nedsatt grunnet kommunikasjonsutfordringer. For øvrig viser Godskesen og Lundin (2021) til samme utfordring. Gode kunnskaper om nonverbal kommunikasjon kan bli viktigere for å vurdere smerte og gi optimal smertelindring (Heyn, 2016). Kartleggingsverktøy vil da være sentralt for å avdekke smerte hos eldre med demens og kommunikasjonsutfordringer, da disse baserer seg på observasjoner av pasienten. Samtidig viser Lillekroken og Slettebø (2013) at sykepleiere ikke innehar kunnskaper om ulike typer eller bruk av kartleggingsverktøy for personer med demens. Disse ble derfor ikke brukt på avdelingen.

Personsentrert omsorg er sentralt i arbeidet med personer med demens, særlig grunnet Kitwood sitt arbeid. Det relateres til et helhetlig menneskesyn, som innebærer å se mennesker som enkeltindivider, med dens verdier og behov (Brooker, 2013). Personsentrert omsorg blir i teorien sett på som et godt utgangspunkt for tilstrekkelig smertelindring. Likevel er det rettet kritikk mot den personsentrerte omsorgen grunnet lite fokus på de fysiologiske behovene (Berentsen og Skovdahl, 2014). Samtidig hadde flesteparten i Burns og McIlfatricks (2015) studie fokus på fysiologiske behov ved gjennomføring av ikke-farmakologiske tiltak for smertelindring. For øvrig var manglende kunnskap om smerter og smertelindring, grunnen til at ikke-farmakologiske tiltak ble prioritert. Ved fokus på fysiske behov kan det være enklere for sykepleiere å se fysiologiske reaksjoner på smerte. Eksempelvis dilaterte pupiller, svette, tårer og hyperventilering (Häikiö, 2015).

Godskesen og Lundin (2021) kom frem til at flertallet av sykepleierne opplevde utfordringer med å ha ansvar for administreringen av morfindosen. Enkelte av sykepleierne stod også ansvarlige for dette, selv om de ikke hadde fått opplæring. På den andre siden beskriver ikke artikkelen noe om at sykepleierne aktivt har søkt veiledning ved opplevd usikkerhet. For øvrig står dette sentralt i yrkesetiske retningslinjer. Sykepleierne skal kjenne sine egne grenser og søke veiledning i situasjoner man føler seg utrygg (Norsk sykepleierforbund, 2019). Mangel på dette kan gi pasienter og pårørende en opplevelse av en kvalitetssvak tjeneste, noe som kan påvirke smertelindringsprosessen (Holter, 2015).

Smerteatferd kan bli underbehandlet grunnet forveksling med demensatferd (Husebø, 2016). Utilstrekkelig behandling kan gi konsekvenser som eskalering av uønsket atferd og grunnleggende behov som ikke blir dekket (Husebø (2016, som sitert i Ballard *et al.*, 2011)). Derfor kan økt observasjon av atferdsendringer over tid være hensiktsmessig. Håkonsen (2014) skriver at gjennom ansiktet til pasienten kan man observere følelser slik som smerte. For øvrig er dette grunnlaget i studien til Kunz *et al.* (2017), som beskriver hvilke ansiktsuttrykk som kan relateres og observeres ved smerte. På bakgrunn av endret atferd som kan indikere somatisk sykdom eller smerte, vil kunnskaper og relasjoner til pasienten være avgjørende (Berentsen og Skovdahl (2014, som sitert i Skovdahl 2004)).

For å øke kunnskapene til sykepleiere ses et økt behov for opplæring. Burns og McIlpatrick (2015) nevner temaene demens, smertelindring og palliasjon. Selv om kunnskaper om virkning og bivirkninger ikke blir påpekt som temaer sykepleierne ønsket mer kunnskap om, opplevde de likevel usikkerhet vedrørende dette. Sykepleierne i studien etterspurte mer opplæring, samt større kvalitet på undervisningen. Dette gjaldt omsorg og smertelindring til pasienter med demens. Forelesninger, studiedager og fjernundervisning er måter sykepleierne ønsket å tilegne seg kunnskapen på (Burns og McIlpatrick, 2015). God kunnskap er essensielt for å gi tilfredsstillende smertelindring (Christophersen *et al.*, 2015; Mion, Monroe og Parish, 2015)

### **Hvordan utvikle sykepleieres ferdigheter i kartleggingsverktøy og behandling?**

NICE (2018) anbefaler bruk av kartleggingsverktøy som første del av en trinnvis behandlingsprotokoll for smertelindring hos personer med demens. Studien til Burns og McIlpatrick (2015, s.482) viser også til bruken av kartleggingsverktøy som viktig, da 81,3% av sykehjemmene brukte det. Husebø (2016) trekker frem MOBID-2 som et godt egnet kartleggingsverktøy, som dessuten støttes av nasjonalfaglige retningslinjer for demens (Helsedirektoratet, 2019). Selv om MOBID-2 trekkes frem som et godt eksempel, kan det være utfordrende om samarbeidet med pasienten er utilstrekkelig. Imidlertid er forutsetningen for bruk av MOBID-2 at beboeren til dels forstår hva som foregår, slik at avvergereaksjoner ikke oppstår. En utfordring med en slik avvergereaksjon kan være at sykepleieren ikke vet om det er smerterelatert, eller om det skyldes uvitenhet rundt hva som skjer fra pasientens side (Torvik, 2013).

Dersom det foreligger svikt i språkforståelsen, kan samarbeidet med pasienten bli svekket (Engedal og Haugen, 2009). Ved slike tilfeller kan Doloplus-2 være bedre egnet, da dette kartleggingsverktøyet brukes under nokså naturlige omstendigheter. Derimot kan Doloplus-2 være utfordrende å bruke da den også kan føre til avvergereaksjoner (Torvik, 2013). Samlet sett er det fordeler og ulemper vedrørende kartleggingsverktøyene. Det er vanskelig å anbefale et kartleggingsverktøy fremfor et annet, grunnet mangelfull forskning på hvilket som er best egnet (Helsedirektoratet, 2019). Med andre ord ser det ut til at kartleggingsverktøyene trenger videre utvikling. Samtidig ses viktigheten med at sykepleieren innehar ferdighetene til å velge kartleggingsverktøy som er aktuelt ut ifra pasientens utfordringer og type smerte, for å gi best mulig smertelindring.

En forutsetning for at sykepleiere har kjennskap til kartleggingsverktøyene og ferdigheter i bruken av dem, er at lederen jobber systematisk med implementeringen. Dette bekrefter Godskesen og Lundin (2021) som viser til sykepleiernes meninger om utilstrekkelige kartleggingsverktøy, og manglende retningslinjer for bruken av de. Lederen skal iverksette nødvendige rutiner, veiledere og retningslinjer. Samt sørge for nødvendig kunnskap vedrørende dette blant sykepleierne (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenester, 2016). I tillegg påpeker Husebø og Sandvik (2011) økt fokus på smerter som et godt grunnlag ved implementering av smertekartleggingsverktøy på sykehjem. Videre anbefaler de lik opplæring ved implementeringen.

Ifølge Helsedirektoratet (2019) bør personer med demens som uttrykker ubehag eller atferdsmessige og psykologiske symptomer, utredes for eventuell smerte. På denne måten vil det være behov for at sykepleieren inntar en behandlende rolle og jobber problemløsende. Innenfor den problemløsende funksjonen vil sykepleierens evne til å kartlegge pasientens fysiske og psykososiale behov stå sentralt. Samt planlegge, implementere og evaluere intervensjonene som settes i gang (Grønseth og Nortvedt, 2016). Ifølge Achterberg *et al.* (2018) har nettopp en trinnvis tilnærming med fokus på å imøtekomme de fysiske og psykososiale behovene, vist å redusere pasientens observerte smerte. Det kan tenkes at den vellykkede behandlingsstrategien kan være forbundet med at deltakerne fikk omfattende opplæring i bruk av intervensjonen. Samtidig som studien hadde fokus på forbedring av deltakernes ferdigheter i å vurdere pasientens grunnleggende behov.

Ved smertekartlegging hos pasienter med demens og kommunikasjonsutfordringer er kartleggingsverktøy anbefalt å bruke (Helsedirektoratet 2019; Kunz *et al.*, 2017). Likevel viser Godskesen og Lundin (2021) til utfordringer vedrørende kartlegging av smerte, grunnet pasientens kommunikasjonsutfordringer. For øvrig bekreftes dette av Kunz *et al.* (2017) og Mion, Monroe og Parish (2015). Dette krever ferdigheter hos sykepleierne til å gjenkjenne nonverbale uttrykk for smerter, som rynking i pannen, mysing med øynene samt intenst- og redselsfullt blikk. Disse uttrykkene ble observert av sykepleiere under stellesituasjoner (Kunz *et al.*, 2017). Erfaringsmessig kan stell være gode arenaer for vurdering av smerte grunnet muligheten til å observere pasienten i bevegelse og ved berøring. Denne metoden kan ses i sammenheng med den som benyttes i MOBID-2 (Husebø, 2009). I studien til Bowers og Gilmore-Bykovskyi (2013) blir også smerte vurdert ut fra kroppsspråk, ansiktsuttrykk, måten de responderer til sykepleieren og respons på berøring. Observasjon av atferd, samt ferdigheter til å gjenkjenne uttrykk for smerte kan dermed bli enda viktigere da Godskesen og Lundin (2021) viser til opplevelsen av utilstrekkelige kartleggingsverktøy.

Sykepleierne opplever usikkerhet som ofte knyttes til manglende kompetanse, erfaringer og retningslinjer, samt tillit til kartleggingsverktøyene (Mion, Monroe og Parish, 2015; Burns og McIlpatrick, 2015; Godskesen og Lundin, 2021). Dette kunne resultere i at sykepleierne ikke brukte verktøyene, og heller vurderte smerte ut fra egen intuisjon (Godskesen og Lundin, 2021). Til tross for sykepleiernes viktige rolle i smertelindringen, ses manglende ferdigheter som en hindring i effektiv smertelindring. Det påpekes et behov i utvikling av ferdigheter vedrørende kartleggingsverktøy, observasjon av atferd samt benytting av smertestillende medikamenter (Burns og McIlpatrick, 2015). Riktig og god bruk av kartleggingsverktøy kan være viktig for å gi tilstrekkelig og effektiv



smertelindring. Erfaringer vedrørende observasjoner og vurderinger, samt lærdom av tidligere hendelser, kan bidra til forbedring av disse ferdighetene (Grønseth og Nortvedt, 2016). Dessuten kan det vise seg at opplæring av sykepleiere i henhold til smertelindring og kartleggingsverktøy er hensiktsmessig. Dette på bakgrunn av at det ses en forskjell på sykepleiere med og uten opplæring (Burns og McIlpatrick, 2015).

Ifølge Lillekroken og Slettebø (2013) er det sykepleierne som har best grunnlag for å kunne identifisere om personer med demens uttrykker smerte, og hvordan man kan vurdere den. Likevel beskriver Mion, Monroe og Parish (2015) og Burns og McIlpatrick (2015) at dette skillet kan være vanskelig å observere i praksis. I tillegg påpeker studien til Lundin og Godskesen (2021) utfordringer i å skille mellom smerte og angst. Smertens årsak kan ofte relateres til grunnleggende behov. Ettersom smerte kan være én av flere årsaker til atferdsendringer, kan det være hensiktsmessig å prøve ulike tiltak. For eksempel toalettbesøk, miljøendring, samt gjennomføre undersøkelser som kan oppdage underliggende sykdom, som pneumoni (Bowers og Gilmore-Bykovskiy, 2013). Ved mangelfull lindring etter gjennomførte tiltak bør medikamentelle tiltak prøves (Husebø, 2016). Dette kan bekrefte mistanken om smerte. Ved å se pasienten som et helt menneske med dens sykdommer og behov, kan sykepleieren utvikle ferdigheter i observasjon og vurdering av pasientens smerter (Grov *et.al.*, 2019).

### **Hvilke organisatoriske forhold vil fremme sykepleiernes mulighet for å bidra til optimal lindring til eldre med demens samt kommunikasjonsutfordringer?**

En av hovedkomponentene i Demensplan 2020 er å legge større vekt på en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste. De påpeker at tverrfaglige ressurser som finnes i kommunene bør bli prioritert til pasienter med sammensatte behov. Personer som har demens inngår i denne gruppen. Det innebærer et tettere samarbeid med fastleger og helse- og sosialpersonell for å kunne gi et mer helhetlig behandlingsforløp. Dette for å sikre at pasientene får tilstrekkelig oppfølging i tråd med nasjonale faglige retningslinjer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Godt tverrfaglig samarbeid med andre profesjoner som lege, psykolog, fysioterapeut og annet pleiepersonell har vist seg å ha god effekt på smertelindringen (Achterberg *et al.*, 2018). Dette samarbeidet kan bidra til helhetlig sykepleie, siden de ulike profesjonene kan observere ut fra sitt kompetansefelt og ulike erfaringer. Lederne for institusjonen er ansvarlig for å systematisere tjenesten slik at kvalitet og pasientsikkerhet blir ivaretatt (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). Imidlertid er det viktig å huske at sykepleiere også har et ansvar i å være åpen for andre profesjoners innspill. Samt være villig til å samarbeide med dem (Norsk sykepleierforbund 2019). Slik sett ser det ut til at kartlegging og lindring av smerter hos personer med demens vil påvirkes av kvaliteten på tjenesten. Både kvalitet og gode rutiner for gjennomføring av dette, vil være viktig for å ivareta pasientsikkerheten. Selv om tverrfaglig samarbeid krever god samhandling mellom de ulike profesjonene, vil dessuten tilrettelegging for dette være ledernes ansvar. Hvor godt tverrfaglig arbeid er tilrettelagt og fungerer, kan ha betydning for et helhetlig behandlingsforløp.

For å kunne bevare kvalitet og pasientsikkerhet vedrørende medikamentell smertelindring hos beboere med demens på sykehjem, er gode rutiner essensielt.

Rutinene skal sikre trygg legemiddelhåndtering samt riktig behandling. Virksomheten står ansvarlig for å opprette disse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Samtidig skal sykepleiere skape kvalitetssikre tjenester, noe som innebærer ansvar om å bringe mangler i tjenesten til lederen. Regjeringen ønsker å utarbeide en forskrift som innebærer en plikt for kommunene til å gjennomgå legemiddellister, på en systematisk måte hos de som bor på sykehjem, herunder eldre med demens. I 2012 kom Helsedirektoratet med en nasjonal veileder for legemiddelgjennomgang. Den tas i bruk gjennom pasientsikkerhetsprogrammet, som ses på som et tiltak for å sikre riktig legemiddelbruk i sykehjem (Meld. St. 28 (2014-2015)). I studien til Godskesen og Lundin (2021) kom det frem vanskeligheter med å skille smerte fra angst, noe som førte til at det ble gitt både smertestillende og beroligende medikamenter. Dette kan føre til at pasienten mottar unødvendig bruk av medikamenter, som kan resultere i feilbehandling og bivirkninger som kunne vært unngått. På bakgrunn av pasientsikkerhetsprogrammet sine tiltakspakker, har det kommet frem at gjennomgang av legemiddellister reduserer bruken av antall legemidler (Meld. St. 28 (2014-2015)).

Gjennomgang av medisinalistene sammen med lege har vist å gi bedre helse og livskvalitet, samt reduksjon av sykehusinnleggelse (Meld. St. 28 (2014-2015)). Sykehjemspasientenes medisiner skal følges opp og kontrolleres minimum annenhver måned. Legen skal kunne kontrollere virkning og bivirkninger av behandlingen (Helsedirektoratet, 2016). Dette stiller krav til samarbeid mellom sykepleieren og legen. Kontrollene kan basere seg på sykepleierens observasjoner og dokumentasjon (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012). Imidlertid påpeker Burns og McIlpatrick (2015) at manglende støtte fra ansvarlig lege kan være en barriere for god smertelindring. Samtidig beskriver Helsetilsynet (2011) få legetilsyn av pasienter med demens. Mangel på tilsyn kan hindre forsvarlig medisinsk utredning og oppfølging. Tiltakspakkene som ble gitt gjennom pasientsikkerhetsprogrammet, har ført til hyppigere gjennomgang av sykehjemspasientenes legemiddellister. Samtidig påpekes utfordringer ved å få med fastlegene i tiltakspakkene (Meld. St. 28 (2014-2015)). Sett under ett ser det ut som tiltakspakkene er et godt tiltak for smertelindring, derimot vil tettere samarbeid med lege være nødvendig.

Ifølge Burns og McIlpatrick (2015) opplever flertallet av sykepleiere dårlig bemanning som en barriere i god smertelindring. Dette støttes av Godskesen og Lundin (2021) som påpeker lav bemanning som en utfordring for å utøve personsentrert omsorg. Stor arbeidsbelastning blant ansatte, er også en stor faktor i artiklene. Høy arbeidsbelastning har også vist å påvirke hvor ofte sykepleiere anvender kartleggingsverktøy (Häikiö, 2015). På den ene siden kan økning i bemanning gi bedre tid og mindre belastning. Imidlertid kan dette være utfordrende å få til grunnet manglende midler i kommunene. På den andre siden viser Stortingsmelding 28 (2014-2015) at legemiddelgjennomgang fører til økonomisk besparing for kommunene, da utgiftene for legemidler ble redusert. Midlene spart gjennom dette, kan tenkes å være hensiktsmessig å bruke på bemanningsøkning.

Dokumentasjon er en viktig faktor for et helhetlig pasientforløp. Ved en eventuell vikar for sykehjemslegen kan dokumentasjon være avgjørende for hvilke tiltak som blir iverksatt (Helsetilsynet, 2011). Viktigheten av god dokumentasjon for å kunne gi god smertelindring bekreftes av Godskesen og Lundin (2021). Videre beskriver Häikiö (2015) dokumentasjon av ulike tiltak som essensielt for å kunne sammenligne dem. Likevel viser studien til Bowers og Gilmore-Bykovskiy (2013) at sykepleierne i svært liten grad

dokumenterer effekten av de ulike smertelindrende tiltakene som er prøvd. Dette bekreftes også av Helsetilsynet (2011) som viser til tilsyn som har avdekket mangler i dokumentasjon, samt rutiner for innhold og gjennomføring av dette. Erfaringer gjennom utdanningen har vist forskjellige syn på hva som skal dokumenteres, ut ifra ulike sykepleiere og arbeidsplasser. På den ene siden kan grunnen til utilstrekkelig dokumentasjon reflekteres til dårlige rutiner på arbeidsplassen som leder vil være ansvarlig for (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). På den andre siden er sykepleiere pliktig til å følge helsepersonelloven (1999) som beskriver plikt til dokumentasjon i journal. Institusjonen skal ha én ansvarlig for journalinnholdet, noe som er beskrevet i samme lov. Selv om leder skal tilrettelegge for god dokumentasjon, er det et sykepleierfaglig ansvar å utvikle og gjennomføre faglig forsvarlig arbeid. Ved usikkerhet rundt dette skal sykepleierne søke veiledning, jamfør yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019).

## **5.1 Metodediskusjon**

I søket etter resultatartiklene ble det begrenset til de siste 10 årene for å kunne finne oppdatert forskning. Dette gir muligheten for at noen artikler har falt utenfor våre begrensninger.

Ved fem av artiklene foreligger det en godkjenning fra etiske komiteer. Dette finnes ikke i studien til Bowers og Gilmore-Bykovskyi (2013). Valget falt likevel på å inkludere denne studien, da den kan bidra til svar på problemstillingen. Studien viser til egne begrensninger, samtidig som ingen sensitive opplysninger om hverken sykepleierne eller pasientene ble innhentet. Nyere forskning bruker også informasjon fra denne studien i sine artikler.

Ifølge sjekkliste for tverrsnittstudie, er det vanligvis svarprosent på over 70% (Helsebiblioteket, 2016). Studien til Burns og McIlpatrick (2015) viser til 33%. Likevel ble studien inkludert, grunnet relevans for oppgaven, og siden den beskriver konkrete tiltak. I tillegg kan funnene relateres til andre institusjoner, selv om svarprosenten var lav.

## 6.0 Konklusjon

Gjennom litteraturstudiet er det avdekket ulike måter sykepleiere kan bidra til god smertelindring, vedrørende personer med demens med kommunikasjonsutfordringer. Ut ifra redegjørelse og drøfting vil dette kapittelet konkludere med de ulike kategoriene.

Pasientens atferd kan oppleves utfordrende dersom sykepleierne uttrykker usikkerhet og stress. Ved at sykepleieren anerkjenner egne holdninger og atferd, kan pasienten bli positivt påvirket. Dette kan gi bedre grunnlag for gjennomføring av smertelindring. En annen viktig del av smertelindringen innebærer respekt for brukermedvirkning, herunder tilpasset informasjon til pasienten uansett funksjonsnivå. Ved nedsatt kommunikasjonsevne, skal fortsatt pasientens meninger anerkjennes og respekteres. Meningene ytres ofte gjennom pårørende på vegne av pasienten. Pårørende kan inneha verdifull informasjon, og sykepleiere bør derfor anse dem som en nyttig ressurs. Etisk refleksjon mellom sykepleiere og pårørende kan bidra til dette. Ved anerkjennelse av pårørende kan kvaliteten på tjenesten oppleves sterkere, og føre til god smertelindring. Selv om pårørende er betydningsfulle, skal pasientens behov stå i fokus.

Kompetanseøkning er nødvendig for at sykepleiere skal bli tryggere i avgjørelser vedrørende smertelindring. Kunnskapen kan gi bedre forståelse av hva som skal observeres, og hva som kan indikere smerte. Temaer som påvirker smertelindringen, slik som symptomer, kartlegging og behandling, vil være viktig å inneha kunnskaper om. Dette vil også være viktig for å kunne skille smerte fra andre tilstander, som angst. Kunnskaper vil være viktigere når pasientens evne til verbal kommunikasjon blir dårligere. Sykepleierne foreslår metoder som fjernundervisning, studiedager og forelesninger for kompetanseøkningen, som igjen vil gi bedre smertelindring.

Bedre smertelindring kan komme av økt fokus på identifisering av smerter. Økt forståelse og bruk av kartleggingsverktøy vil kunne gi bedre lindring av pasienten. Bedre rutiner for å systematisere bruken av MOBID-2 og DOLOPLUS-2 vil være avgjørende. For å øke kunnskaper og ferdigheter, må gode rutiner ligge til grunn. Trinnvise modeller bør anvendes. Struktur og rammer vil gi pasientene opplevelse av bedre, samt mer effektiv lindring. Disse rutinene må skapes og vedlikeholdes på et ledernivå.

For at sykepleierne skal ha mulighet til å øke kompetansen vedrørende smertelindring, kan økt bemanning være essensielt. Sykepleierne trenger tid til faglig oppdatering, samtidig skal ikke dette gå utover pasientenes behandling. Økt bemanning vil gi mindre arbeidsbelastning, som kan gi sykepleierne bedre tid til personsentrert omsorg. Redusert arbeidsbelastning og økt bemanning vil også kunne gi sykepleierne større rom for tverrfaglig samarbeid. Dette er viktig for et helhetlig menneskesyn, som kan gi bedre smertelindring. Det inkluderer andre profesjoner og pårørende. Mengden dokumentasjonen samt kvaliteten på den, kan øke ved bedre tid og minske arbeidsbelastningen.

De ulike kategoriene berører hverandre, og er alle viktige for å gi tilstrekkelig smertelindring av pasienten. Derfor vil arbeid med alle kategoriene være hensiktsmessig. Samtidig vil utvidet forskning vedrørende eldre med demens med kommunikasjonsutfordringer på sykehjem, være nødvendig.

## 7.0 Referanseliste

Achterberg, W.P. *et al.* (2018) Effects on pain of a stepwise multidisciplinary intervention (STA OP!) that targets pain and behavior in advanced dementia: A cluster randomized controlled trial, *Sage Journals*, 32(3), s. 682-692. Doi: 10.1177/0269216316689237

Achterberg, W., Flo, E. og Husebo, B.S. (2016) Identifying and managing pain in people with Alzheimer's disease and other types of dementia: A systematic review, *springer international publishing*, 30(6), s. 481-497. Doi: 10.1007/s40263-016-0342-7

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care: A practical guide*. 3. utg. Maidenhead: McGraw-Hill/Open university Press.

Berentsen, V.D. og Skovdahl, K. (2014) Kognitiv svikt og demens, i Brodtkorb, K. Kirkevold, M. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s.408-437.

Bowers, B.J. og Gilmore-Bykovskiy, A.L. (2013) Understanding nurses decisions to treat pain in nursing home residents with dementia, *NIH Public Access: Author manuscript*, 6(2), s.127-138. Doi: 10.3928/19404921-20130110-02

Brinchmann, B.S. (2012) De fire etiske prinsippers etikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS, s. 81-96.

Brooker, D. (2013) *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Bruvik, F.K. (2016) Å være pårørende, i Tretteteig, S. (red.) *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, s.173-198.

Burns, M. og McIlpatrick, S. (2015) Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting, *MAG online library*, 21(10), s.479-487. Doi: 10.12968/ijpn.2015.21.10.479

Christophersen, K.-A. *et al.* (2015) Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne, *Sykepleien Forskning*, 10(4), s. 326-334. Doi-10.4220/Sykepleienf.2015.55983

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. Oslo: Gyldendal akademisk forlag AS.

Engedal, K. og Haugen, P.K. (2009) Demens ved Alzheimers sykdom, i Engedal, K. og Haugen, P.K. *Lærebok demens; fakta og utfordringer*. 5.utg. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, s. 63-98.

Engedal, K. og Haugen, P.K. (2009) Symptomer ved demens, i Engedal, K. og Haugen, P. K. *Lærebok demens; fakta og utfordringer*. 5.utg. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, s. 33-50.

Engedal, K og Haugen, P.K. (2016) Hva er demens, i Tretteteig, S. (red.) *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, s.13-39.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2012) *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2012-08-29-842> (Hentet: 7. Mai 2021).

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250> (Hentet: 7. Mai 2021).

Galek, J. og Gjertsen M. (2011) Personer med demens får bedre smertebehandling, *Sykepleien fagutvikling*, 99(13), s. 62-64. Doi: 10.4220/sykepleiens.2011.0194

Gjellebæk, C., Kirchhoff, J.W. og Tangen, M. (2014) Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem, *Sykepleien forskning*, 9(3), s. 226-233. Doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0130

Godskesen, T.E. og Lundin, E. (2021) End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes, *BMC Nursing*, 20(48), s.1-11. Doi: 10.1186/s12912-021-00566-7

Graverholt, 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.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 179-192.

Grov, E.K. et al. (2019) Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter, *Sykepleien forskning*, 14(79184), u.s. Doi: [10.4220/Sykepleienf.2019.79184](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184)

Grønseth, R. og Nortvedt, P. (2016) Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse, i Almås, H., Grønseth, R. og Stubberud, D.-G. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 17-40.

Hauge, S., Helleberg, K. og Thorvik, K.E. (2014) God omsorg for urolige personer med demens, *Sykepleien forskning*, 9(3), s.236-242. Doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0140

Heggestad, A.K.T., Nortvedt, P. og Slettebø, Å. (2013) The importance of moral sensitivity when including persons with dementia in qualitative research, *sage journals*, 20(1), s. 30-40. Doi: 10.1177/0969733012455564

Helsebiblioteket (u.å.) *Kritisk vurdering*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering> (Hentet: 26. April 2021).

Helsebiblioteket (2016) *Tverrsnittstudie*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie> (Hentet: 26. April 2021).

Helsedirektoratet (2016) *Opiodier: Roller og samarbeid*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/opioider/roller-og-samarbeid/fastlegen> (Hentet: 7. Mai 2021).

Helsedirektoratet (2017) *Pårørendeveileder: Etiske dilemmaer i møte med pårørende*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/etiske-dilemmaer-i-mote-med-parorende#rutiner-for-etisk-refleksjon-om-parorendeinvolvering-begrunnelse> (Hentet: 04. Mai 2021).

Helsedirektoratet (2017) *Pårørendeveileder: Involvere pårørende i utredning, behandling og oppfølging av pasient eller bruker*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/involvere-parorende-i-utredning-behandling-og-oppfolging-av-pasient-eller-bruiker/parorendes-kunnskap-og-ferdigheter#tilby-parorende-veiledning-i-pleie-og-omsorg> (Hentet: 04. Mai 2021).

Helsedirektoratet (2019) *Nasjonalfaglig retningslinje for demens: Krav til kompetanse*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/krav-til-kompetanse#helse-og-omsorgspersonell-skal-ha-kunnskap-om-og-yte-personsentrerte-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-demens> (Hentet: 30. April 2021).



Helsedirektoratet (2019) *Nasjonalfaglig retningslinje for demens: Lindrende behandling til personer med demens*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/lindrende-behandling-til-personer-med-demens#personer-som-viser-atferdsmessige-og-psykologiske-symptomer-ved-demens-apsd-eller-andre-symptomer-pa-ubehag-utilpasshet-bor-vurderes-for-smerte-praktisk> (Hentet: 28. April 2021).

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

[https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf) (Hentet: 7. Mai 2021).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.

Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg> (Hentet: 12. April 2021).

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

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (Hentet: 12. April 2021).

Helsetilsynet (2011) *Krevende oppgaver med svak styring*. (Rapport fra Helsetilsynet 5/2011). Oslo: Statens helsetilsyn. Tilgjengelig fra:

[https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetsrapport5\\_2011.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetsrapport5_2011.pdf) (Hentet: 7. Mai 2021).

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. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 363-398.

Holter, I.M. (2015) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskaper i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s.107-118.

Holthe, T. (2020) Handlingssvikt og tilrettelegging, i Rokstad, A.M.M. og Smebye K.L. (red.) *Personer med demens: Møte og samhandling*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s.134-164.

Husebø, B. (2016) Lindrende demensomsorg, i Tretteteig, S. (red.) *Demensboka*:

Lærebok for helse- og omsorgspersonell. Tønsberg: Forlaget aldring og helse, s. 481-506.

Husebø, B. og Sandvik R.K.N.M. (2011) Måler smerte hos personer med demens, *Sykepleien fagutvikling*, 99(11), s.62-64. Doi: 10.4220/sykepleiens.2011.0162

Husebø, B.S. (2009) Smerteevaluering ved demens, *Tidsskriften - den norske legeforening*, 129(19), s.1996-1998. Doi: 10.4045/tidsskr.08.0660

Häikiö, K. (2015) *Smerter hos eldre og personer med demens*. Oslo: MEDLEX Norsk helseinformasjon.

Håkonsen, K.M. (2014) Empati og samhandling, i Håkonsen, K.M. *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 206-230

Håkonsen, K.M. (2014) Følelser og motivasjon, i Håkonsen, K.M. *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 79-99.

IASP (2020) *IASP Announces Revised Definition of Pain*. Tilgjengelig fra: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475> (Hentet: 18. Mai 2021).

Kunz, M. et al. (2017) Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain?, *Pain Medicine*, 18(11), s.2105-2115. Doi: 10.1093/pm/pnw281

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> (Hentet: 14. April 2021).

Leegaard, M. og Winger, A. (2016) Smerter, i Heggstad, A.K.T. og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s.172- 197.

Leung, D.Y.P. og Liu, J.Y.W. (2017) Pain treatments for nursing home residents with

advanced dementia and substantial impaired communication: A cross-sectional analysis at baseline of a cluster randomized controlled trial, *Pain medicine*, 18(9), s.1649-1657. Doi: [10.1093/pm/pnw242](https://doi.org/10.1093/pm/pnw242)

Lillekroken, D. og Slettebø, Å. (2013) Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer, *Stockholm: Sage Publications Ltd*, 33(3), s. 29- 33. doi: <https://doi.org/10.1177/010740831303300307>

Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie? - Virginia Hendersons svar, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 119-141.

Meld. St. 24 (2019-2020) (2020) *Lindrende behandling og omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 28 (2014-2015) (2015) *Legemiddelmeldingen: Riktig bruk, bedre helse*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Mion, L.C., Monroe, T.B. og Parish, A. (2015) Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia, *Science Direct*, 29(5), s.316-320. Doi: 10.1016/j.apnu.2015.05.007

Nasjonalforeningen for folkehelsen (2021) *Hva er demens?*. Tilgjengelig fra: <https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/> (Hentet: 23. mars 2021).

Nasjonalforeningen for folkehelsen (u.å.) *Ulike typer demens*. Tilgjengelig fra: <https://nasjonalforeningen.no/demens/ulike-typer-demens/> (Hentet: 8. april 2021).

NICE (2018) *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers*. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/dementia-assessment-management-and-support-for-people-living-with-dementia-and-their-carers-pdf-1837760199109> (Hentet: 03. Mai 2021).

Norsk sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 04. Mai 2021).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og> (Hentet: 12. April 2021).

Pasientjournalforskriften (2019) *Forskrift om pasientjournal*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168?q=pasientjournal> (Hentet: 12. April 2021).

Rokstad, A.M.M. (2020) Personsentrert omsorg, i Rokstad, A.M.M. og Smebye K.L. (red.) *Personer med demens: Møte og samhandling*. 2.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 51-71.

Rokstad, A.M.M. (2020) Utdrende atferd, i Rokstad, A.M.M. og Smebye K.L. (red.) *Personer med demens: Møte og samhandling*. 2.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 196-219.

Røkenes, O.H. (2006) For-forståelse, menneskesyn og kommunikasjon, i Røkenes, O.H. og Hanssen, P.H. *Bære eller breste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke, s.137-153.

Solheim, K.W. (2015) *Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorg*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Statistisk sentralbyrå (2020) *Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn> (Hentet: 14. april 2021).

Thidemann, I.-J. (2020) Valg av metode, i Thidemann, I.-J. *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget, s.74-80.

Torvik, K. (2013) *Smertelindring til pasienter og brukere av sykehjem og hjemmebaserte tjenester i Midt-Norge*. (Senter for omsorgsforskning 2/2013). Midt-Norge: Senter for omsorgsforskning. Tilgjengelig fra: [https://omsorgsforskning-midt.no/wp-content/uploads/2013/10/Rapport\\_2-2013.pdf](https://omsorgsforskning-midt.no/wp-content/uploads/2013/10/Rapport_2-2013.pdf) (Hentet: 12. Mai 2021).

Wogn-Henriksen, K. (2020) Kommunikasjon, i Rokstad, A.M.M. og Smebye, K.L. (red.) *Personer med demens: Møte og samhandling*. 2.utg. Oslo: Cappelen damm as, s. 86-113.

World Health Organization (2001) *Men Ageing And Health*. Tilgjengelig fra:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66941/WHO\\_NMH\\_NPH\\_01.2.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66941/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf)  
(Hentet: 25. mars 2021).

