

Kandidatnummer: 10129

# Den skjulte smerten har såret meg.

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i HSYK 3003 Bacheloroppgave i sykepleie  
Januar 2022



Kandidatnummer: 10129

# **Den skjulte smerten har såret meg.**

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i HSYK 3003 Bacheloroppgave i sykepleie  
Januar 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



# **Den skjulte smerten har såret meg.**

Antall ord: 7691

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i sykepleie

Juni 2022

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Forekomst av demenssykdom øker kraftig blant eldre, denne sårbare pasientgruppe lider av smerter. Sykepleiere har store utfordringer ved smertekartlegging, da pasientene ikke kunne formidle sine smerter.

**Hensikten:** Hensikten med oppgaven er å oppnå forståelse om hvordan sykepleiere kan kartlegge smerter hos sykehjemsbeboere med meneds.

**Metode:** Systemtematisk litteraturstudie som er basert på 7 forskningsartikler og faglitteratur. Studiedesignet på de inkluderte artiklene er både i kvalitative og kvantitative metode.

**Resultat:** Funnene viser at demenspersoner ikke er i stand å formidle sine smerter og grunn av tapt av språk og de er undervurdert for smerter. Studier viser at smertevurderingsverktøyet er manglende i sykehjemmene. Derimot kommer sykepleierne til at ved smertevurdering må benyttes observasjonsbasert kartleggingsverktøy. Mangel på kunnskap og usikkerhet med å tolke smerteuttrykk og manglende faste rutiner er de største risikoelementene for dårlig smertekartlegging.

**Konklusjon:** Smerteproblematikk er nedprioritert blant sykehjemsbeboere i flere studier. Et godt faglig miljø og kompetanse blant sykepleiere kan være avgjørende i omsorg for de sårbare demenspersoner. Dermed krever det kompetanse og kunnskapshøving om demenssykdommer, smerteuttrykk, kartleggingsverktøy. Samtidig må sykepleiere ta seg tild for relasjonsbygging med pasienten og se pasienten som et unik individ med ulike behov for å kunne yte helhetlige omsorg. Smertekartleggingsverktøyet regnes som et hjemmiddel som bidrar for å optimalisere kartlegging, det er nødvendig å bytte observasjonsbaserte kartleggingsverktøy. Samarbeid mellom pårørende og sykepleier blir sett som gunstig faktor, men samtidig kan dette fører til et dilemma om pårørendes ønsker eller pasientens behov skal tas hensyn.

**Nøkkelord:** Demens, Smerter, Sykepleier, Sykehjem

## **Abstract**

**Background:** The incidence of dementia is increasing sharply among the elderly, this vulnerable group of patients suffers from pain. Nurses have major challenges in pain mapping, as patients could not convey their pain.

**Purpose:** The purpose of the thesis is to gain an understanding of how nurses can map pain in nursing home residents with dementia.

**Method:** Systematic literature study based on 7 research articles and non-fiction. The study design of the included articles is in both qualitative and quantitative methods.

**Results:** The findings show that people with dementia are not able to communicate their pain due to loss of language and they are underestimated for pain. Studies show that the tool is absent in nursing homes. On the other hand, in order for the nurses to conclude that pain assessment must be used, observation-based mapping tools. Lack of knowledge and uncertainty in interpreting pain expressions and lack of fixed routines are the biggest risk elements for poor pain mapping.

**Conclusion:** Pain problems are downgraded among nursing home residents in several studies. A good professional environment among nurses can be crucial in caring for the vulnerable dementia people. Thus, it requires competence and knowledge raising about dementia diseases, pain expression, mapping tools. At the same time, nurses must take the time to build relationships with the patient and to see the patient as a unique individual with different needs in order to be able to provide comprehensive care. The tool is considered a tool that helps to optimize mapping. It is necessary to use observation-based mapping tools. Cooperation between relatives and nurses is seen as a favourable factor, but at the same time this can lead to a dilemma whether the relatives' wishes, or the patient's needs should be considered.

Keywords: Dementia, Pain, Nurse, Nursing Home

## **Forord**

*Vi kommuniserer også når vi ikke snakker. Det er umulig å ikke kommunisere.*

(Watzlawick mfl. 1967)



## Innhold

1. Innledning.....	1
1.1 Introduksjon til tema.....	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.3 Teori.....	2
1.3.1 Demens.....	2
1.3.2 Smerte.....	2
1.3.3 Kjennetegner til demens personer med smerte.....	2
1.3.4 Smertekartlegging.....	3
1.3.5 Sykepleie- pasienten- relasjon/forhold.....	4
1.3.6 Personsentrert omsorg.....	4
1.3.7 Smertekarlegging hos demenspersoner krever kunnskap og kompetanse, rutiner og prosedyrer .....	5
1.3.8 Yrkesetiske retningslinjer og lovverk.....	6
1.4 Hensikten med litteraturstudie og presentasjon av problemstilling.....	6
2. Metode.....	6
2.1 Litteraturstudie som metode.....	6
2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	7
2.2.1 Tabell1: Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	7
2.2.2 Tabell2: Pico- skjema.....	7
2.2.3 Tabell3: Søketabell.....	8
2.3 Databasene og søkestrategi.....	10
2.4 Kvalitetsvurdering.....	11
2.5 Analyse.....	11
3. Resultat.....	12
3.1 Tabell 5: Presentasjon av artikkelmatriser.....	12
3.2 Presentasjon av forskningsartikler resultater.....	18
3.2.1 Sykepleier bør være klar over kjennetegner ved smerte hos demenspersoner.....	18
3.2.2 Bruk av kartleggingsverktøy for å vurdere smerter.....	19
3.2.3 Sykepleierens ferdigheter i møte med demenspersoner.....	19
3.2.4 Kartlegging av smerter hos demenspersoner krever kunnskap og kompetanse, rutiner og prosedyrer.....	20
4. Drøfting.....	20
4.1 Sykepleier bør være klar over kjennetegner ved smerte hos demenspersoner.....	21
4.2 Bruk av kartleggingsverktøy for å vurdere smerte.....	22
4.3 Sykepleierens ferdigheter i møte med demenspersoner.....	23
4.4 Kartlegging av smerter hos demenspersoner krever kunnskap og kompetanse, rutine og prosedyrer.....	25
4.5 Implikasjoner.....	26
4.6 Metoderefleksjon.....	26
4.7 Konklusjon.....	27
Referanseliste.....	27

## **Tabeller**

2.2.1 Tabell 1: Inklusjon-og eksklusjonskriterier.....	7
2.2.2 Tabell2: Pico-skjema.....	7
2.3.1 Tabell3: Søketabell.....	8
2.5.1 Tabell4: Identifisering temaer med tilhørende forskningsartikkel.....	12
3.1 Tabell5: Presentasjon av artikkelmatriser.....	12

# 1. Innledning

## 1.1 Introduksjon til tema

Forekomsten av demens øker fremover med eldrebølgen på verdensbasis også i Norge. 1,88% av befolkning er personer med demens i Norge i 2020 og antallet vil øke til 3,99% i 2050 (demenskartet.no). I følge Helsedirektoratet (2017) er demens et syndrom som skyldes ulike sykdommer eller skader i hjernen. Det kan redusere gradvis kognitive funksjoner hos personen og resultat blir hemming av personens daglige aktiviteter som også endrer sosial atferd. Demens er en av de største helseutfordringer i Norge.

Temaet er viktig for sykepleie i praksis, siden eldre med demens er en sårbar gruppe som er avhengig av hjelp fra sykepleiere for å dekke sitt helhetlige behov. Sykepleiere kommer til å møte personer med demens i alle seksjoner/arbeidsplasser med den eldrebølgen som vi står ovenfor.

## 1.2 Bakgrunn for valgt av tema

I følge Torvik og Bjøro smerteforekomsten hos eldre er hyppig og de fant at eldre med kognitiv svikt og særlig alvorlig demens kan ikke formidle sin smerte og de får ikke tilfredsstillende smertebehandling (Torvik mlf. 2009; Torvik mfl. 2010; Husebo mfl. 2011 referert i Torvik og Bjøro, 2014).

Basert på egen erfaring fra jobb og praksis gjennom studiet, opplevde jeg at identifisering og kartlegging av smerte hos pasienten med demens var utfordrende, fordi de kunne ikke rapportere sine smerter på grunn av nedsatt kommunikasjonskompetanse hos sykepleiere. Smertetegn hos demente kan være uro, agitasjon, ansiktsuttrykk og rastløshet. Det er sterk anbefaling i helsedirektoratet i forhold til smertevurdering hos demente er at helsepersonell må bruke strukturerte verktøy for å tilpasse smertelindringer etter behov. Dette bør gjennom pasientens egen rapportering og observasjoner av pasientens atferd. Anbefalingen er nyttig å benytte MOBID-2 smerteskala og Doloplus-2 (Helsedirektoratet, 2019). Det krever at sykepleiere må bruke sin kompetanse til å observere og kartlegge smerter hos demente. Dette er en stor utfordring for sykepleiere som er pasienten nærmest.

I oppgaven skal jeg utforske hvordan sykepleiere kan identifisere smerter hos personer med demens, og hvilke faktorer som spiller inn eller har betydning for prosessen. På bakgrunn av dette velger jeg følgende problemstilling:

***Hvordan kan sykepleiere kartlegge smerter hos personer med demens på sykehjem?***

## Avgrensning

I oppgaven skal jeg velge å avgrense pasientgruppen til eldre personer med demens. Det ble ikke avgrenset til en spesifikk demensdiagnose, men til personer med

moderat til alvorlig demens. I følge Folkeinstitutt, (2014) 80% av demensrammende har langtidsplass i sykehjem, derfor jeg avgrenset til sykehjemsbeboere.

## **1.3 Teori**

### **1.3.1 Demens**

Demens er en samlebetegnelse på sykdommer i hjernen som medfører svikt i hjernens funksjoner for eksempel hukommelsestap, redusert orienteringsevne i tid og sted, språklig kommunikasjonsevne, forandring i væremåten eller atferd som gjør personen mer passiv og irritert, blir fort sint og har sviktende dømmekraft (alderoghelse.no). I følge Helsedirektoratet er demensrammende personer er sårbar gruppe med høyere risiko for angst og depresjon. De har utfordring med å håndtere sin egen situasjon og dermed har de behov for ekstra oppfølging og tilrettelegging. Gjennom personsentrert omsorg og behandling kan det bidra til at demensrammende person kan opprettholde sin personlige autonomi, få muligheter til å utøve aktiviteter gjennom demensforløpet. Påførende og det sosiale miljøet kan være en kunstig ressurs for denne prosessen.

### **1.3.2 Smerte**

Definisjonen av smerte i henhold til IASP er som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade» (IASP 2013 referert i Bjørø og Torvik, 2014)

McCafferys (1968) definerte dette som «smerter er det som personer sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte» (Torvik & Bjørø, 2014, s. 390)

De to definisjonen legger vekt på at smerte er et subjektivt fenomen og dette innebærer at kun pasienten kan beskrive sine smerter (Torvik & Bjørø, 2014, s. 390). McCafferys (1984) kom med en presisering om sin definisjon av smerte. Han mente at smerte formidles gjennom kommunikasjon verbalt eller ikke-verbalt. Når det gjelder ikke verbalt mener han at signalene som pasienten formidler må fortolkes av sykepleieren. Denne presisering er betydningsfull når det gjelder selvrapportering hos personen som mangler språklig evne av ulike grunner og kan ikke formidle sine smerteopplevelser. Da må sykepleieren benytte kartleggingsverktøy som vektlegger observasjon (Nortvedt, 2017, s. 177).

### **1.3.3 Kjennetegner til demenspersoner med smerte**

I følge American Geriatrics Society 2002 beskrives smerteindikasjoner for eksempel med ansiktsuttrykk som trist, grimaser, rynket panne, lukkede øyne eller rask blinking. Samt lyder som sukking, stønning, utrop, rop om hjelp også gjennom kroppsbevegelser som beskyttende og nervøse bevegelser, urolighet. Atferdstyper kan være forandring i mellommenneskelig samhandling som aggressiv, forstyrrende eller reservert oppførsel. Indikasjonssmerter kan også være endringer i

aktivitetsmønster og rutiner som økt vandring, forandring i matlyst, søvnmønster og vanlige rutiner. Smerteindikasjoner kan være endring i mental status også som rennende tårer, økt forvirring, irritabilitet (American Geriatrics Society 2002 referert i Torvik & Bjøro, 2014, s. 398).

Etterhvert som demensen utvikler seg hos en person, mister vedkommende evnen til språklige kommunikasjon og vil ha vanskeligheter med å rapportere sin smerte til omverdenen (Nygaard & Jarland 2005, Bjøro og Herr 2008, referert i Torvik & Bjøro, 2014, s. 397). I følge Torvik og Bjøro er smerte et symptom man ser hyppigere med økende alder relatert til skader og fall eller kroniske symptomer. Det kommer fram av undersøkelser at mange eldre ikke får den adekvate smertelindring de behøver. Det gjelder spesielt gamle med kognitiv svikt og de personer som ikke kan rapportere smerten sin (Torvik & Bjøro, 2014, s. 390). Smertekartlegging og smertelindring er utfordrende hos personer med demens og derfor de er utsatt for dårlig smertevurdering og behandling (Torvik mfl. 2009, Torvik mfl. 2010, Husebo mfl. 2011, referert i Torvik & Bjøro, 2014, s.397). Det er verdifullt og avgjørende at sykepleiere kan oppdage og ta hensyn til smerteindikasjoner gjennom atferd og non-verbale kommunikasjon hos personer med demens. Det er nyttig at sykepleier kjenner pasienten godt for å kunne tolke de ikke- verbale smertetegn (Bjøro & Herr 2008, referert i Torvik og Bjøro, 2014, s. 398- 399).

#### **1.3.4 Smertekartlegging**

Systematisk smertekartlegging har stor betydning og det er avgjørende tiltak for effektiv og individuell smertebehandling (Rustøn & Klopstad Wahl, 2008, s. 66). Hensikten med systematisk smertebehandling er hovedsakelig fokus på den enkelte personen vil få individuell og optimal smertebehandling (Rustøen & Klopstad Wahl, 2008, s. 53).

Ulike smertekartleggingsverktøy utvikler for å kartlegge smerter hos personer med demens. Det er også nødvendig at sykepleier benytter klinisk erfaring og kjenneskap til personer er står i fokus, da ulike atferd kan ha ulik betyngning hos den enkelte. (Torvik & Bjøro, 2014, s. 398- 399).

#### **CNPI**

CNPI (Feld 2000) utviklet særlig for eldre personer med hoftebrudd i den akutte fasen. Dette er pålitelig og gyldig for denne gruppen, da utprøvd i sykehjem blant eldre viser at CNPI tilfredsstillende og pålitelighet (Nygaard og Jarland 2006 referert i Torvik & Bjøro, 2014, s. 398)

#### **Doloplus-2**

Doloplus-2 er utviklet for å kartlegge kroniske smerter hos gamle personer som ikke kan formidle sine smerter. Det er undersøkt på sykehjemsbeboere som har demens diagnostisert. Resultatet avslører at Doloplus-2 kan være et kunstig og effektivt hjelpemiddel til kartlegging og evaluering av kroniske smerter hos disse beboere (Hølen mfl. 2005, Hølen mfl. 2007, Torvik mfl.2010 referert i Torvik & Bjøro, 2014, s. 398).

#### **MOBID-2**

MOBID-2 er smertekartleggings verktøy baser på observasjon brukes som hjelpemidler gjennom observasjon under mobilisering av personen som er ikke i stand å rapportere sine smerter (Husebo mfl. 2007 referert i Torvik & Bjøro, 2014, s. 398). Kartlegging skjer det under mobilisering hvor pasienten gir uttrykk for smerte, sykepleier må avgjøre mellom sine observasjoner hvor pasienten har smerter og hvor sterke er det smertene og omfanget av smertene. Effekten av MOBID- 2 ble undersøkt blant personer med demens og det viste gode resultater når det gjelder å avdekke smerte hos personer med alvorlig demens (Husebo mfl. Referert i Torvik & Bjøro, 2014, s. 398)

### **1.3.5 Sykepleier- Pasient- relasjon/forhold**

Joyce Travelbee sin sykepleierteori legger vekt på kommunikasjon og etablering av menneske til menneske forhold, noe som er passe fint til demensomsorg. Dette teorien gjør seg relevant for min gjeldende problemstilling og sykepleierens arbeid med demenspersoner.

Travelbee definerer sykepleier slik «Sykepleier er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaring med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2007, s. 29)

I følge Travelbee for å oppnå det beste resultatet av sykepleiemålet, må sykepleier etablere et menneske- til menneske forhold. Sykepleier bør ha evnen til å bruke seg selv terapeutisk og må se hvert enkelt individ som helt unik med ulike behov. Grunnen til dette er å gjøre omsorgen mer personlig og mindre overfladisk. (Travelbee, 2007, s. 41-97). I følge Travelbee «smerten i seg selv ikke lar seg observere- det er bare virkningene av den vi registrerer». Videre sier hun det er vanskelig og rapporterer smerteopplevelsen (Travelbee, 2007, s. 112). Travelbee påpeker at profesjonell kommunikasjon er det viktigste redskapet som en sykepleier kan benytte for å etablere et menneske til menneske forhold. I kommunikasjonsprosessen formidler og utveksler sykepleier og personen sine tanker, følelser og partene blir kjent med hverandre som likeverdige mennesker. Kommunikasjonen kan være verbal eller non-verbal (Travelbee, 2007, s. 136-142). Travelbee bemerker i det følgende at sykepleieprosessen består av mange overlappende trinn som observasjon, talking, beslutningstaking, handling og evaluering. Videre forklarte hun at observasjon er en aktiv prosess og gjennom den prosessen benytter sykepleieren sine observasjoner. Dette for å kunne planlegge og utføre sykepleiehandlinger, Gjennom observasjon fokuseres det på individet om personens situasjon og omgivelser som helhetlig kontekst. Denne prosessen bidrar til å kjenne og etablere et menneske til menneske forhold (Travelbee, 2007, s. 142-145).

### **1.3.6 Personsentrert omsorg**

Tom Kitwoods teori om personsentret omsorg gjør seg relevant for demensomsorg da Kitwoods fokuserer på personens muligheter og opplevelser enn å se personens sykdom. Omsorgsfilosofien bak personsentret demensomsorg ble utviklet av Tom Kitwood (1997) som tar utgangspunkt i personen sin livshistorie. Dette må være et

sentralt mål å bevare synet på demensrammende person som unike personer med følelser, rettigheter og ønsker. Han hevder at ved demenssykdom har forandret funksjonsnivå grunnet av nevrobiologiske endringer. Med personsentrert omsorg mener han at det skal vektlegges på personens muligheter og opplevelser i stedet for å se personens svakhet på grunn av sykdommen (Kitwood 1997 referert i Skovdahl & Drivdal Berentsen, 2018, s. 408-409).

For å iverksette personsentrert omsorg i praksis har Dawn Brooker fordypet seg og utviklet videre Kitwoods teorier. Resultatet av dette ble VIPS rammeverk for å virkeliggjøre en personsentrert omsorg i sykehjemsavdelinger og hjemmetjenester (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 426). Hovedelementene i VIPS-rammeverket er oppsummert og kategorisert i disse punktene.

**V:** Respektere og anerkjenne menneskers **verdi** uavhengig av alder og kognitivfunksjon

**I:** Iverksette **individuell** tilnærming og omsorg

**P:** Å forstå og se verden fra personen med demens sitt **perspektiv**.

**S:** Tilrettelegging for et **støttende sosialt** miljø, der personen kan oppleve velvære og trivsel (Skovdahl & Berentsen, 2014 referert i Kirkevold, M, Brodtkorb k. Ranhoff, 2014).

I Personsentrert omsorg regnes atferd som kommunikasjon, dette innebærer at når personen med demens er urolig eller frustrert har de en bakenforliggende grunn. Atferden kan være uttrykk for både fysisk eller psykiske lidelser som smerter, ensomhet eller depresjon. Sykepleiere må finne kunnskap gjennom personens vaner, livshistorie, observasjon og informasjon fra pårørende for å tolke atferd og bidra personen med måten som er vant på (Nasjonal senter for aldring og helse).

### **1.3.7 Smertekartlegging hos demenspersoner krever kunnskap og kompetanse, rutiner og prosedyrer.**

I følge Nortvedt et al., (2012) «Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglig avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfarings basert kunnskap og pasientens ønske og behov i den gitte situasjon» Nortvedt mfl. 2012, referert i Kristoffersen et al, 2017)

Kompetansen og kvalifikasjoner som helsedirektoratet satt krav for sykepleieutøvelsen i forhold til yte tjeneste til dement person er blant annet kunnskaper om demenssykdommer, personsentrert omsorg, kartleggingsverktøy, kommunikasjon, aktivitet, lindrende behandling, legemiddelbehandling og psykososiale tiltak (Helsedirektoratet, 2019).

Norsk sykepleierforbund (2019) forklarte sykepleiefaglig ansvaret er i å være oppdatert om forskning og samtidig utøve og praktiserer den nye kunnskapen.

Helsedirektoratet etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, §6F stiller krav til at alle sykehjem har plikt å sørge for at personalet har adekvat kunnskaper og ferdigheter ved utføring av sine arbeidsoppgaver. Dette gjelder også at virksomheter sørger for adekvat opplæring for sine ansatte. (Helsedirektoratet, 2017)

### **1.3.8 Yrkesetiske retningslinjer og lovverk**

Både yrkesetiske retningslinjer for sykepleier og lov om helsepersonell og pasientens rettigheter er viktig da disse regulerer sykepleierens yrkesutøvelse.

Ifølge Helsepersonell loven § 4 (1999) «skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig» (Helsepersonell loven. 1999)

Pasient- brukerrettighetsloven (1999) har formål å sikre pasientens rett på helsehjelp, og at utførelsen skal være av god kvalitet. Dette innebærer at loven skal bidra til å fremme og ivareta den enkelte pasientens integritet, menneskeverd og sosiale trygghet. Dette er også viktig for at forholdet mellom pasienten og helse- og omsorgstjenesten skal bygge på tillit (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I følge Helsedirektoratet har sykepleiere ansvar for å innhente opplysninger. I disse tilfellene kan sykepleiere få bistand fra pårørende og bruke deres erfaringer, opplevelse og observasjoner, det må tas med i vurdering og lindring av smerter. Dette gjelder særlig for de med språkvansker. (Helsedirektoratet, 2017).

I yrkesetiske retningslinjer er det tydelig beskrevet at sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket. (NSF, 2019) Sykepleierens utøvelse skal være basert på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Det er nødvendig at sykepleieren holde seg oppdatert i forholdt til forskning og utvikle seg innen eget fagområdet og bistand til at nye kunnskap brukes i praksis. (NSF, 2019)

### **1.4 Hensikt med litteraturstudie og presentasjon av problemstilling**

Oppgavens fokusområde er smertekartlegging hos demens personer. Hensikten med denne litteraturstudie er å belyse hvordan sykepleieren kan bidra til en effektiv smertekartlegging og gi tilstrekkelig smertelindring i denne pasientgruppen. På bakgrunn av dette ble det formulert følgende problemstilling:

***Hvordan kan sykepleiere kartlegge smerter hos personer med demens på sykehjem?***

## **2. Metode**

Hensikten med dette kapittelet er å belyse den som tatt i bruk for å svare på problemstillingen. Det skal avklares litteraturstudie som metode. Det skal komme en beskrivelse av inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkesstrategien for valgt litteratur og kildekritikk. Forskningsartiklene vil analyseres og skal begrunnes hvorfor forskningsartiklene er relevant for denne problemstilling.

### **2.1 Litteraturstudie som metode**



I følge Vilhelm Aubert (1985): «en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til nye kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Vilhelm Aubert, 1985, s. 196 referert i Dalland, 2017, s.51). Det betyr at metoden er redskapet som man benytter ved undersøkelse for å samle inn og vurdere data (Dalland, 2017, s. 52).

I oppgaven har jeg valgt i utgangspunktet å bruke litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en studie som er grunnlagt på en systematisering av kunnskap fra skriftlig kilder. Med å systematisere menes at litteratur skal samles inn, så blir det å vurdere kritisk og til slutt oppsummere. Målet med systematisk litteratursøk er at mottakeren får det nyeste og oppdaterte kunnskap på det området som problemstilling har fokus på. I tillegg viser det at hvordan man har kommet frem til den beste tilgjengelige kunnskapen (Magnus & Bakketeig, 2000, referert i Thidemann, 2015, s. 79-80).

I oppgaven blir det valgt å bruke artikler som enten har et kvalitativt og/eller kvantitativt studiedesign. Med kvantitativt menes data i form av målbare enheter og den kvalitative metode baseres seg på å finne opplevelse av mening i tilværelsen og det er ikke målbart. Man kan benytte relevant teori og begreper for å få best mulig svar på problemstilling (Dalland, 2017, 51-61). Det er også mulig å bruke praktiske erfaringer og opplevelser via praktiske erfaringer og opplevelser via praksis som erfaringsbasert kunnskap.

## 2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Tabellen nedenfor viser at hvilke vurderinger som benyttet til at en artikkel ble inkludert eller ekskludert i oppgaven.

### 2.2.1 Tabell 1: inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publisert etter 2012</li> <li>- Artikkelen er fagfellevurderte</li> <li>- Imrad- Struktur</li> <li>- Kvalitative, kvantitative studier</li> <li>- Geografisk: Europa, Storbritannia og USA</li> <li>- Er skrevet på norsk eller engelsk</li> <li>- Har resultat som er relevant for min problemstilling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Artikkelen er publisert eldre enn 2012</li> <li>- Ikke fagfellevurdert</li> </ul>

### 2.2.2 Tabell 2: Pico- skjema

	P	I	c	O
	Population	Intervention	Comparison	Outcome
<b>Norsk Nøkkelord</b>	Demens Sykepleie Sykehjem Hjemmesykepleie Alzheimers	Smerte		Smertemåling Smertevurdering

<b>English Keywords</b>	Dementia Nursing Nursing homes Home nursing	Pain		Pain measurement Pain assessment
-------------------------	--	------	--	-------------------------------------

### 2.2.3 Tabell 3 søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
CINAHL	05.05.2022	S1.	(MH» Dementia+»)		81,320	
		S2.	((MH «pain measurement»))		51,304	
		S3.	S1 AND S2		532	
		S4.	S1 AND S2	Publisert dato:2012-2015 Peer reviewed Full text	33	1(A)

#### Inkluderte artikkel:

A) Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Nordic Journal of Nursing Research*, 33 (3), 29. Tilgjengelig fra:

<https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=209efdc-d-84ad-4028-bf8e-39b5598dea01%40redis> (Hentet: 05.05.2022)

Database	dato	søk	søkeord	avgrensning	Antall treff	valgtartikler
CINAHL	06.05.2022	S1	(MH" Dementia+")		81,401	
		S2	"Pain assessment"		12,003	
		S3	"nursing home"		39,801	
		S4	S1 AND S2 AND S3		125	
		S5	S1 AND S2 AND S3	Publisert dato: 2012-2020	62	4(B, C, D, E)

#### Inkludert artikler:

B. Rostad, H. M., Grov, E. K., Utne, I., & Halvorsrund, L. T. (2020). Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. *Norsk tidsskrift for klinisk sykepleie/Sykepleien. Forskning*. Tilgjengelig fra:

<https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=4b6cd4a6-2b5f-4871-b68a-0557ae819a2b%40redis> (Hentet 06.05.2022)

C. Larsen, T. A., & Knudsen, L. B. (2013). Systems for pain detection in older patients in nursing homes and care. *Nordisk sykepleieforskning- Nordic nursing research*, 3(4), 287-299. Tilgjengelig fra:

<https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/ISSN1892-2686-2013-04-06> (Hentet: 06.05.2022)

D. Monroe, T. B., Parish, A., & Mion, L.C. (2015). Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia. *Archives of psychiatric Nursing*, 29(5), 316-320  
Tilgjengelig fra:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941715001065?via%3Dihub>

(Hentet: 06.05.2022)

E. Burns, M., & McIlpatrick, S. (2015). Nurses' Knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 21. Tilgjengelig fra

<https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/ijpn.2015.21.10.479> (Hentet: 06.05.2022)

Database	dato	søk	søkeord	avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
PubMed	06.05.2022	1	(Dementia) (Alzheimers) (Pain) Nursing home)			
		2	(Dementia) AND (Alzheimers) AND (pain) AND (nursing home)		129	
		3	(Dementia) AND (Alzheimers) AND (pain) AND (nursing home)	Full text 2015-2017	30	1 (F)

**Inkludert artikler:**

F. Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M., ... & Rispoli, V. (2016). Pain assessment in elderly with behavioural and psychological symptoms of dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 50(4), 1217-1225. Tilgjengelig fra:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4927851/> (Hentet: 06.05.2022)

Databas e	dato	søk	søkeord	avgrensin g	Antalltref f	valgteartikle r
Medline	06.05.2022	2	Dementia Nursing home			

			pain assessment			
		1	Pain assessment MP or pain measurement /		95880	
		2	Exp Dementia/		191067	
		3	Nursing home.mp. Or exp Home Nursing		33769	
		4	1 AND2 AND 3		136	
		5	1 AND 2 AND 3	2013-2015	19	1 (G)
<b>Inkludert artikkel:</b>						
<p><b>G.</b> Husebo, B. S., Ostelo, R. W. J. G., &amp; Strand, L. I. (2014). The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. <i>European journal of pain</i>, 18(10), 1419-1430. Tilgjengelig fra:</p> <p><a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ejp.507">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ejp.507</a> (Hentet: 06.05.2022)</p>						

### 2.3 Databasene og søkestrategi

I følge Dalland (2017) skal resultatene være kontrollbare slik lesere få mulighet til å vurdere resultatene på nytt. I tråd med Dalland skal beskrives søkestrategien som brukt for å finne relevante forskningsartikler til å svare på problemstillingen. Det ble brukt databasene som Cinahl, PubMed og Medline. For å få frem tilsvarende begreper på engelsk ble det brukt MESH (det er en online søkemotor som kan bidra til å finne søkeord på engelsk). Ved hjelp av PICO- skjemaet som et verktøy fant jeg søkeordene som trengtes. Søkeprosessen tok lang tid på grunn av at mange søk ledet til artikler som var ikke aktuelle for problemstillingen på bakgrunn av inklusjon -og eksklusjonskriterier. Detaljer om litteratursøket vises i en søke tabell i (2.3.1, Tabell 3, søketabell). De søkeordene som ble brukt ved å finne forskningsartiklene var i første omgang: dementia, pain measurement, nurses experiences, Alzheimer's, long time care, cognitive failure samsvarte ikke med noen. For å få tilgang til flere resultater justerte jeg søkeordene dementia, pain measurement, pain assessment, nursing home, Alzheimer's, nursing, home nursing, pain. Treffene ble det tilstrekkelig for å vurdere hvilke artikler som er relevant til å svare på problemstillingen, først ble artiklenes overskrift sjekket og i neste fase ble abstrakter lest med fokus på resultat og inklusjons- og eksklusjonskriterier for å velge artikler. Deretter ble det utarbeidet ei liste med de valgte artiklene, så ble alle artiklene lest for å ta avgjørelse om de er aktuelle og relevant for å inkludere og/eller ekskludere. Til slutt ble det valgt noen artikler som var relevant til problemstillingen. Dette er samsvar med Dalland (2017) som bemerker at data må være relevant til

problemstilling og må være pålitelig (det vil si at hele prosessen må vise nøyaktighet). Det er noe som man kan vurdere ved å lese artiklene i sin helhet. (Dalland, 2017, s. 60)

## 2.4 Kvalitetsvurdering

Dalland (2017) forteller at kildevurdering er det viktigste i en litteraturstudie. Han beskriver at for kvalitetsvurdering av kildene skal man se etter kildens gyldighet og holdbarhet, og vurdere kildens relevans (Dalland, 2017, s. 158-162)

### Kildenes relevans

De inkluderte artiklene følger kriteriene for IMRAD- struktur, de må være publisert de siste ti år. Artiklene er ute fra et sykepleieperspektiv. De inkluderte artiklene er fra vestlige land som de skandinaviske, europeiske, Storbritannia og USA, tankene bak dette var at kulturen i disse landene er ganske lik som Norge. Dette kan bidra til at relevansen kan overføres til Norge.

### Kildens gyldighet og holdbarhet

De inkluderte artiklene ble vurdert for gyldighet og holdbarhet. For å undersøke artiklenes nivå ble det benyttet REGISTER OVER VITENSKAPELIGE PU (kanalregister.hkdir.no). Alle artiklene var publisert i tidsskrift som hadde nivå 1, det vil si at disse tidsskriftene ble godkjent som vitenskapelige tidsskrifter.

## 2.5 Analyse

For å analysere de valgte artiklene ble det benyttet Evans (2002) analysemetode. I følge Evans (2002) for å analysere en artikkel skal gå det gjennom fire faser:

**Fase 1:** Første fasen handler om å sammenfatte data på en systematisk måte, det vil si at artiklene ble lest gjennom flere ganger for å forstå og bli kjent med innholdet.

**Fase 2:** Evans anbefaling i andre fase er at det er nødvendig å identifisere hovedtema og viktige funn i hver enkelt artikkel (Evans, 2002, s. 25). Basert på Evans anbefaling ble det lest nøyaktig gjennom alle inkluderte artikler for å finne ut hvilke elementer må taes hensyn på til og samlet i hver enkelt artikkel. Samtidig ble det skrevet ned ulike temaer som ble samlet i en artikkel. I tillegg er ulike emner kodet og merket med ulike farger for å lette arbeidet, kodene som ble brukt var «Kjennetegner ved smerte og demens», «Kartleggingsverktøy», «Sykepleie ferdigheter», «kunnskap og rutiner». Etterpå ble alle funnene samlet som hadde samme markering på en kategori.

**Fase 3:** I tredje fase sier Evans (2002) at det er nødvendig å evaluere alle artiklene først, så sammenlignes funnene mot hverandre (Evans, 2002, s. 25) Det ble arbeidet med funnene og slått sammen i koder til en hovedkategori, videre ble disse funnene samlet på fire hovedtemaer: «Kjennetegner ved smerte og demens», «Kartleggingsverktøy», «Kunnskap og rutiner», «Sykepleie ferdigheter». For å ha oversikt over hovedkategorien ble det valgt å samle alle funnene som var kodet samlet inn under de fire hovedkategorien. (Se tabell 4 nedenfor)

**Fase 4:** I siste fase om analysering sier Evans (2002) at det må presentere og forklare hovedtemaene som er funnet fra de ulike artiklene gjennom en analyse og funnene (Evans, 2002, s. 25). Basert på dette ble det presentert og analysert av artiklenes funn.

### 2.5.1 Tabell 4: Identifisering temaer med tilhørende forskningsartikkel

Tema	Forskningsartikler
Kjennetegner ved smerte og demens	A, B, F, G
Bruk av kartleggingsverktøy	B, C, E, F, G
Sykepleier ferdigheter	A, C, D, E
Kunnskap og rutiner	A, B, C, E

## 3. Resultat

### 3.1 Tabell 5 Presentasjon av artikkelmatriser:

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<p><b>A)</b> Database: CINAHL</p> <p>Lillekroken, D., &amp; Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. <i>Nordic Journal of Nursing Research</i>, 33 (3), 29.</p>	<p>Hensikten med studiet er å undersøke og analysere sykepleiernes erfaringer i forhold til smertekartlegging og smertelindring hos personer med demensdiagnose.</p>	<p>Kvalitativt utforskende design, for å samle data brukte en fokusgruppe intervjuer og en semistrukturert intervjuguide.</p> <p>Sykepleierne jobbet i geriatrike avdelinger ved to ulike sykehus og et kommunalt sykehjem som var en skjermet enhet for personer med demens på østlandsområdet i Norge. Deltakernes</p>	<p>Studien viser at smertekartlegging hos personer med demens er utfordrende og ulike forhold som sykepleierne må ta hensyn til når det gjelder kartlegging og behandling. Hos demente kan f. eks. pasientens høye alder og komorbideitet, polyfarmasi, etiske dilemmaer i forhold til smertelindring og tvangs behandling, rutiner rundt kartlegging og lindring. Funnene viser at opplæring om observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy er gunstig til effektiv behandling. Videre bemerket de at i sammenheng med</p>	<p>Artikkelen er relevant for bruk i oppgaven da den dekker utfordringene som sykepleiere møter med demenspersoner om smertekartlegging og løsninger som kan bidra i denne forbindelse.</p>

		alder variert mellom 24 til 61 år med arbeidserfaring fra 3 til 35 år innen geriatri eller demensomsorg, og ingen av dem hadde videreutdanning.	økende kunnskap har temaet behov for mer forskning.	
<p><b>B)</b> Database : CINAHL</p> <p>Rostad, H. M., Grov, E. K., Utne, I., &amp; Halvorsrud, L. T. (2020). Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. <i>Norsktidsskrift for klinisk sykepleie/Sykepleien. Forskning.</i></p>	Hensikten med studien er å kartlegge utbredelse av smerter hos personer med langtkommen demens i sykehjem, samt hva som kjennetegner eldre med denne diagnosen ved å sammenligne med beboere som er uten smerte.	Kvantitativ beskrivende studie med et tverrsnittsign, deltakere var 112 sykehjemsbeboere fra 16 sykehjem i fire fylker på østlandsområdet i Norge. Sykepleierne benyttet et standardisert skjema for å finne demografiske data eller de brukte validert kartleggingsverktøy for å oppdage kliniske data om smerte, nevropsykiatriske og depressive symptomer, agitasjon, ADL, somatisk helse og	Inkludert funnene i studien var to tredjedeler personer med demens som opplevde smerter. Det var sammenheng mellom smerter og nevropsykiatriske symptomer, depressive symptomer og lavere livskvalitet. Samt beboere med smerter hadde høyere hjelpebehov ved ADL.	Artikkelen er relevant for bruk i oppgaven da den tar for seg kjennetegn ved demens hos eldre sykehjemsbeboere. Dette er nyttig kunnskap som sykepleierne trenger ved smertekartlegging. Jeg mener at å ha kunnskap som kjennetegner demens kan bidra til å skille smerter fra nevropsykiatriske symptomer.

		livskvalitet. I studien benyttet brukerens medisinalister for å samle data om bruk av smertestillende legemidler og psykoleptika.		
<p><b>C)</b> Database: CINAHL</p> <p>Larsen, T. A., &amp; Knudsen, L. B. (2013). Systems for pain detection in older patients in nursing homes and care. <i>Nordisk sykepleieforskning- Nordic nursing research</i>, 3(4), 287-299.</p>	<p>Hensikten med denne studie er å belyse hva slags prosedyrer og rutiner benyttes ved virksomheter som Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenest er ved avdekke smerter.</p>	<p>Studien er en kvalitativ studie deskriptiv tverrsnittstudie. Det ble brukt spørreskjema med preformulerte og åpne spørsmål ved kartlegging. Spørsmålene ble formulert på en slik måte for å få kunnskap om både virksomhetens brukere og ansattes kompetanse. Også system av prosedyrer og rutiner for å avdekke smerteproblematikk. Forespørsel og informasjonskriv ble sendt til ledere for 16</p>	<p>Fra studien duket det opp at virksomhetene ikke hadde systemer, samt kartleggingsverktøy og oppfølging av smerteproblematikk var ikke implementert som en del av kvalitetssystemet. Både sykehjemmet og hjemmetjenesten avdekket smerter hos beboerne, men det var ikke på en systematisk måte. De forklarte at det ble bedre kvalitet på å avdekke smerter ved å bruke systemer med rutiner for kartlegging og vurdering.</p>	<p>Studien handler om prosedyrer og rutiner for å avdekke smerte basert på observasjoner. Det er relevant i oppgaven for å forklare at gode observasjoner bidrar til kartlegging.</p>



		<p>virksomheter i åtte kommuner i Norge høsten 2011. Spørsmålsskjemaer besvart av 14 virksomheter består av 10 institusjoner med langtids- korttids- avlastnings - og akutt plasser og fire hjemmetjenester.</p>		
<p><b>D)</b> Database: CINAL</p> <p>Monroe, T. B., Parish, A., &amp; Mion, L.C. (2015). Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i>, 29(5), 316-320</p>	<p>Hensikten i studien er å undersøke og vurdere sykepleierens metoder for å identifisere og smertelindrende sykehjemsbeboere med demens.</p>	<p>Studien er en kvalitativ, utforskende med fokusgruppe metodikk som data samlet ved 29 deltakere fra to forskjellige langtidspleieinstitusjoner i Nashville, Tennessee-området. Ved diskusjon ble det brukt semistrukturerte, åpne spørsmål som knyttet til smertefølelsen hos denne pasientgruppen.</p>	<p>Studien viser usikkerhet blant sykepleiere om smerteopplevelsen hos beboere, det ble samlet data basert på observasjon av atferd. Sykepleierens erfaringer, samarbeid med pårørende, tverrfaglig samarbeid og relasjonsbygging kan være avklarende faktorer. Sykepleiere beskrev at det kan ofte oppstå konflikter i tilknytning av smerte utredning og behandling. Hovedpunkter ved sykepleierrollen var et våkent blikk</p>	<p>Siden oppgaven skal belyse utfordringer ved smertebehandling vil man presentere løsninger til problemet. Den aktuelle studien kan avdekke noen utfordringer som skal ta hensyn i min oppgave.</p>

		Deltakende sykepleiere ble bedt om å presentere hvordan de gjenkjenner smerte og hvilken smertebehandlingsstrategier de bruker. Målet med dette var å belyse utfordringer på hver av disse områdene.	rundt pasientene for å oppdage smerte, å ha vilje til å prøve og feile samt prioritere personens livskvalitet.	
<p><b>E)</b> Database: CINAL</p> <p>Burns, M., &amp; McIlpatrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 21(10), 479-487</p>	Hensikten med studien var å analysere og kartlegge sykepleierens kunnskap om smertekartlegging og hvilke holdninger de har i forhold til smertevurdering.	Studien har et tverrsnitt med undersøkelse design, ved datainnsamling ble det brukt et spørreskjema som består av tre seksjoner som ble sendt til 96 sykepleiere til 17 sykehjem i en region i Storbritannia. Spørreskjema ble det besvart av 32.	Resultatene av studien viser at sykepleierne var usikre knyttet til tilstedeværelse av smerte, også bruk av verktøy ved vurdering av smerte. Flere sykepleiere mente smerte bør behandles ut i fra pasientens tilstand. Sykepleiere opplevde barrierer for optimal smertebehandling fore eksempel ved mangel på tid og underbemanning for gjennomføring av smertekartlegging. Dette gjelder også pasientens nedsatt forståelse av smertelindring, ulike holdninger i forhold til smertelindring og	Artikkelen er relevant å benytte i oppgaven av den grunn, de søkte etter utfordringene sykepleiere møter i behandlingen. Temaene som man ønsker å diskutere i drøfting.

			mangel på støtte fra ansvarlige leger. Sykepleiere har behov for opplæring og veiledning i sammenheng med smertehåndtering.	
<b>F)</b> Database: PubMed  Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M., ... & Rispoli, V. (2016) Assessment in elderly with behavioral and psychological symptoms of dementia. <i>Journal of Alzheimer's Disease</i> , 50(4), 1217-1225	Studiens hensikt er å finne tilstedeværelse av smerter hos de sykehjemsbeboerne ved å benytte kartleggingsverktøyer selvrappoterin g og observasjonsverktøyet. Studien har mål å se på forholdet mellom smerte og atferdsmessige, psykologiske symptomer.	En prospektiv observasjonsstudiet (observasjon s- og beskrivende studie). Det ble utført smertevurdering ved hjelp av selvrappoterende verktøy NRS for personer med lett kognitiv svikt. Det ble også brukt observasjonsverktøy (PAINAD) for personer med moderat eller alvorlig demens. Forskningen ble bygget på 233 sykehjemsbeboere i Calabria-regionen.	I studien fant man at forekomsten av smerter er ca. dobbelt hos med demensdiagnose enn de som er frisk. Barrierene i smertebehandling var at mangelen på et veldefinert smertekartleggingsverktøy og riktig dokumentasjon. Det er nødvendig å observere adferd blant personer med moderat og alvorlig demens.	Artikkelen er relevant for oppgaven siden funnene beskriver hindringene som manglende veldefinert smertevurderingsverktøy og riktig dokumentasjon for en vellykket behandling. Noe som er interessant å diskuteres i drøfting.
<b>G)</b> Database: Medline  Husebo, B. S., Ostelo, R. W.	Hensikten med studie er å utforske MOBID-2 kartlegging smerteverktøye	Studien har RCT design. Data samlet fra en randomisert klyngestudie	Resultat av studie viser at totalscoren på MOBID-2 er responsiv på reduksjon i smerte hos pasienter.	Artikkelen er relevant for å bruke i oppgaven da den viser at ved å benytte

<p>J. G., &amp; Strand, L.I. (2014). The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. <i>European journal of pain</i>, 18(10), 1419-1430</p>	<p>ts test-retest-pålitelighet, måle feil og respons på endring.</p>	<p>som deltakerne var 352 pasienter med alvorlig demens fra 18 norske sykehjem. Deltakerne ble diagnostisert moderat til alvorlig demens og betydelige atferdsforstyrrelser.</p>	<p>Det viser at MOBID-2 er et egnet hjelpemiddel og verktøy for å kartlegge smerter hos personer med demens over tid. Et av funnene i studien var at det er reduksjon i smertescore kan være knyttet til reduksjon i agitasjonsnivå, og omvendt viste at økt smerteskår kan ha sammenheng med økt agitasjonsnivå. Ved evaluering av smertebehandlingene kan sykepleierne kartlegge smerte på nytt for å bekrefte reduksjon. Hvis behandling ikke er tilstrekkelig trenger pasienten bedre behandling. I studien kom det frem at MOBID-2 smertekartleggingsverktøyet for demensrammede pasientene er et pålitelig og validert kartleggingsverktøy.</p>	<p>MOBID-2 som er et verktøy fører til reduksjon av smerter hos demente og dette er oppgavens målsetting</p>
---	--	--	---	--

### 3.2 presentasjon av forskningsartikler resultater

#### 3.2.1 Sykepleier bør være klar over kjennetegner ved smerte hos demens personer

Rostad og medarbeidere (2020) påpeker noen av kjennetegnene ved demensrammede med smerte blant annet nevropsykiatiske og depressive symptomer som gir påvirkning i daglige gjøremål. Videre sier de at å vite om symptomene på smerte og demens hjelper

sykepleiere til å forstå pasientens behov bedre, dette gjør det lettere å iverksette smertebehandling.

I studien Lillekroken og Slettebø (2013) påpeker at eldre har ofte smerte relatert til komplekse sykdommer og dette fører til forverring av pasients tilstand. I tillegg medvirker smerte til at endring i adferd og dette er viktig tegn som sykepleier bør ta hensyn til ved smertevurdering. Videre viser de at sykepleier opplever utfordringer når det gjelder å tolke pasientens atferd. Atferdsendring kan være på grunn av smerter eller demens.

Malara et al., (2016) reflekterte i sin studie fra andre studier (Cohen- Mansfield og Greedon 2002; Kunik ME, et al., 2010) at smerte blir observerbart ved adferd hos eldre med demens diagnose. Malara et al., (2016) avklarer at symptomer hos demensrammende personer som knyttet til smerte kan være angst og irritabilitet samt aggresjon. De fant at det skjer feilmedisinerer i forhold til atferdsendring og smerter.

Husebo, et al., (2014) peker på utfordring ved smertevurdering hos demente på grunn av tapt språk, Pasienten kan ikke formidle sine smerter også bivirkninger av medisiner.

### **3.2.2 Bruk av kartleggingsverktøy for å vurdere smerter**

Rostad et al., (2020) viser i sin studie at smerteopplevelsen er ulik og subjektiv hos pasienter, dermed er det nyttig å bruke observasjonsbasert smertekartlegging for å sette i gang effektive tiltak. Videre påpeker de at selvrappoterer av smerte er ikke tilstrekkelig hos demenspasienter.

I studien Larsen og Knudsen (2013) håndtere sykepleierne smertebehandling uten å bruke egnet verktøy, det vil si smerte avdekket uten rutine for smertebehandlinger. I mellomtiden kommer de med forklaring om hvordan standardliste kartleggingsverktøy sikrer kvalitet i smerteproblematikk arbeid og dette fører til personsentrert omsorg.

Malara, et al., (2016) viser i studien sine barrierer for en effektiv smertelindring for eksempel mangel på tilrettelagt kartleggingsverktøy og ikke nok dokumentasjon. Burns og McIlpatrick (2015) påpeker utfordringer og usikkerhet som sykepleierne møter i smertebehandlingen ved bruken av verktøy for vurdering av smerte og medisinerer.

Husebo, et al., 2014 refererer til flere studier som støtter hverandre som sykepleiere bør ikke stole på selvrappoterer. Videre tydeliggjøres det at MOBID-2 smertekartlegging er pålitelig på grunn av at resultatet viser reduksjon i smerter hos pasienter. Rostad og medarbeidere (2020) peker på noen av utfordringene som sykepleiere møter ved bruk av observasjonsbasert kartleggingsverktøy til å skille mellom symptomene på smerte og demens.

### **3.2.3 Sykepleierens ferdigheter i møte med demenspersoner**

Monroe et al., (2015) fant utfordringer ved smertekartlegging hos demente personer på grunn av nedsatt kommunikasjonsevne. Det er usikkerhet blant sykepleiere om både smerteopplevelsen og adekvat smertelindring. Larsen og Knudsen (2013) peker på evaluering av smerter avhenger av sykepleierens tolkning av smerteatferd.

Monroe et al., (2015) viser også utfordringer og utsikkerhet som sykepleier hadde ved smertevurdering på grunn av manglende verbal kommunikasjon. De samler data gjennom observasjon av atferd, kommunikasjon gjennom verbal og non-verbale og samarbeid med pårørende. Sykepleier legger vekt på smertekartlegging ut i fra pasientens mentale tilstand og bruker en trappetrinns modell i smertelindring. Monroe et al., (2015) fant at relasjonsbygging er viktige element ved både smertekartlegging og smertelindring. De peker på forskjellige perspektiv ved opplevelse blant sykepleiere relatert til følelsesmessig eller fysisk årsak.

I studien til Burns og McIlpatrick (2015) viser pårørende en viktig faktor som kan bidra med datasamling og informasjon. Dette støttes av Monroe, et al., (2015) da sykepleiere samarbeider med pårørende for å samle informasjon. Samtidig viser studien til Burns og McIlpatrick (2015) utfordringer og konflikter mellom sykepleier og pårørende særlig i administrering av narkotiske preparater. Lillekroken og Slettebø (2013) viser dilemmaet blant sykepleiere i forhold til tvangshandling eller overbehandling. De skal arbeide og iverksette tiltak som skal ta utgangspunkt i pasientens eller pårørendes ønsker spesielt ved administrering av smertestillende medisiner.

### **3.2.4 Kartlegging av smerter hos demenspersoner krever kunnskap og kompetanse, rutine og prosedyrer.**

Lillekroken og Slettebø (2013) fant at sykepleiere var usikre på bruk av vurderingsverktøy. Behandlingsmåte virket tilfeldig på grunn av manglende kunnskap om smertekartlegging og ingen rutiner og prosedyrer. Sykepleiere var åpne på opplæring og få kunnskap om demens og smerter. Dette gjelder i studien til Larsen og Knudsen (2013) også. Lillekroken og Slettebø (2013) tyder på at det er nødvendig med en systematisk vurdering hos demente pasienter, også sykepleiere bør ha kunnskap og kjennskap til pasienten. I studien Larsen og Knudsen (2013) viser at kompetanse hos sykepleiere og rutiner for smertekartlegging er det viktigste for kvalitet i lindring. Studier viser behov for opplæring og kunnskap for sykepleiere i demensomsorg og smerte. Sykepleiere ønsker studiedager, forelesninger om temaer for eksempel kartleggingsverktøy, smertelindring, demenssykdom og medikamenter og bivirkninger. (Bruns & McIlpatrick, 2015; Monroe et al., 2015). Lillekroken og Slettebø (2013) viser at systematisk smertevurdering virker som om det fremmer kvalitet i demensomsorg og dette krever tid. Larsen og Knudsen (2013) påpeker at virksomheter har ansvar for kontinuitet og systematisk behandling hos eldre med demens siden ansatte har ulike kompetanse og kunnskap. Rostad et. al. (2020) bemerket at internundervisning om temaet er gunstig i daglig omsorg og å oppdatere nye kunnskaper som kan bidra til kvalitet. Men virksomheter har ikke tatt hensyn til dette og har hatt lite internundervisning i de siste årene.

## **4. Drøfting**

Funnene fra flere studier bekrefter at smerte er vanlig blant personer med demens som dessverre fortsatt er undervurdert og underbehandlet. (Horgas Al et. al., 2009; Leone AF, et. al., 2009; Bjørø K. & Herr K. 2008 referert i Lillekroken og Slettebø 2013)

I følge American Geriatrics Society's panel (2002) lider eldre ofte av konstante smerter som har konsekvens på både fysiske og psykososiale funksjoner. Det er nødvendig at smerte vurderes rutinemessig for å finne utløsende årsaker som kan behandles eller gi god lindring. Her krever det sykepleiernes ansvar for å kartlegge smertens virkning både på fysisk funksjon og atferd (American Geriatrics Society's panel, 2002 referert i Larsen & Knudsen 2013).

I de siste årene utvikler valide og reliable standardiserte kartleggingsverktøy gjennom forskninger som kan benyttes for å vurdere smerter hos demente. (Husebo, et., 2009; Nygaard HA & Jarld M. 2006; Hølen J, et al. 2005 som referert i Lillekroken og Slettebø, 2013) Det skal diskuteres nedenfor «Hvordan kan sykepleiere kartlegge smerte hos personer med demens på sykehjem?».

#### **4.1 Sykepleier bør være klar over kjennetegner ved smerte hos demens personer**

Nygaard og Jarland (2006) påpeker at demensrammende lider ofte av komplekse sykdommer som gir smerteproblem og multimedisinerer forverrer pasientens tilstand (Nygaard HA, & Jarland M. 2006 referert i Lillekroken og Slettebø).

Kirkevold (2014) understreker at dersom sykepleiere ikke har adekvat kunnskap om demens og dens utvikling, møter de utfordringer ved smertebehandling fordi det er vanskelig å skille mellom atferdsendringer relatert til smerter eller demens (Kirkevold, 2014, s. 122-124).

Rostad og medarbeidere (2020) bemerker at smertebehandling er en viktig oppgave og det er nødvendig for sykepleiere å være klar over demens og smerte symptomer. Dette hjelper sykepleiere til å klargjøre det komplekse sykdomsbildet og deres behov, i tillegg med kunnskap utvikles dyktighet i observasjoner. Dette gjelder også kartlegging av behovene for å iverksette effektive tiltak. De finner i studien at ved smerte øker det belastningen av nevropsykiatriske og depressive symptomer. Disse forårsaker et høyere assistansebehov i dagliglivets aktiviteter og dermed lavere livskvalitet. Fra praksis erfarte jeg at demensrammede ikke kunne formidle smerteopplevelser. Ofte ble smerter undervurdert og tolket som en av de generelle atferds symptomer på demens. I sykehuspraksisen observerte jeg at en pasient plutselig ble fryktelig urolig. Han fikk beroligende medisin i begynnelsen, det fungerte ikke og ble mer impulsiv og rømte fra sengeposten. Pasienten ble funnet av sykehusvakter, og ble eskortert til sengeposten. Etter undersøkelsen ble det oppdaget at smerte i blæra var utløsende årsak. Etter at tømte han blæren sin, roet seg ned. I denne situasjon har ikke sykepleieren nok kjennskap om smerte og demens. Ellers klarer vi ikke å tolke pasienten adferds smerte.

Dessuten forklarer sykepleierne at endringer i pasientens atferd kan være et kriterium for bedømmelse og vurdering av smertelindring (Lillekroken og Slettebø, 2013)

Det understrekkes Håkonsen (2014) at gjennom ansiktsuttrykk og kroppsholdning kan man observere at personen har smerter, er anspent og urolig eller er avslappet. Ut fra min erfaring i praksis har pasienten med nedsatt kommunikasjon formidlet sine smerter gjennom ukontrollert bevegelser og rød i ansiktet. I tråd med dette bemerket Travelbee at kan non- verbal kommunikasjon overføres med gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser (Travelbee, 2007, s.138). Dette bekreftes av Eide og Eide, (2017) som

sier at nonverbale signaler kan forstås gjennom ansiktsuttrykk, øyekontakt, kroppsspråk, stemme, stillhet (Eide & Eide, 2017, s. 140)

I henhold med dette Cohen- Mansfield og Greedon (2002) fremhever at atferds smerte er «nonverbal atferd observerbar». Dett betyr at smerte formidles ofte via adferd hos demens personer (Cohen- Mansfiels og Greedon (2002) referert i Malara, A., et al., 2016). I følge Torvik og Bjøro er atferds symptomer knyttet til demens og kan være f.eks aggressiv og agitert atferd, vandring. Dette støttes av Malara, A., et al., (2016) som viser at kroniske smerter knyttet med noen atferdsfenotyper som angst og irritabilitet. Dette kan en finne støtte for hos Kunik ME, et al., (2010) som viser at de eldre med høyre smerte var i fare for utvikling av aggresjon (Kunik ME, et al., (2016) referert i Malara, et al., 2016).

Husebo, et al., (2014) tydeliggjør at smertekartlegging er komplisert blant demensrammende, grunnen er at hukommelsestap, språk- og talevansker hos demente gjør at de klarer ikke å rapportere sine smertetilstander, også virkning og bivirkninger av smertestillende. Malara, et al., (2016) fant at smerterelatert agitasjon blir behandlet med beroligende medisiner i stedet for smertestillende medikamenter. Dette fører til at smerterelaterte symptomer skjules og dermed hemmer effektiv og riktig smertebehandling. Ut fra min erfaring i praksis opplevde jeg at pasienters atferdsendring ble behandlet først med psykofarmaka i en periode. Det førte til forverring av tilstanden og lidelser hos pasienter. Da startet behandling med smertestillende, så roet pasienten seg etter hvert.

#### **4.2 Bruk av kartleggingsverktøy for å vurdere smerte**

Helsedirektoratet (2019) fastslår at personer med demens som viser ubehag eller atferdsmessige og psykologiske symptomer, bør utredes for eventuell smerte. Så sykepleier tar ansvar for å ha en behandlende rolle. I følge Nortvedt og Grønseth (2016) sykepleierens behandlende funksjon er deres ferdigheter til å samle data, kartlegge både pasientens fysiske og psykososiale behov, samt planlegge, gjennomføre og evaluere intervensjonene som settes i gang (Nortvedt og Grønseth, 2016, s. 21-28). Rostad et al., 2020 mener at smerte er en subjektiv opplevelse og det er nødvendig at sykepleiere bruke observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy, ellers er selvrapporterte smerte kan være utilstrekkelig og går på falsk smerteopplevelse. Videre antyder de at systematisk kartlegging er avgjørende i den hensikt at sykepleiere kan benytte i observasjoner og å iverksette effektive tiltak, samt unngå unødige tiltak. Dette støttes av flere studier som viser ugyldighet ved selvrappotering av smerter hos personer med demens og derfor smerte må observeres av proxy-bedømmere som å benytte en validert verktøy basert på adferd(Hajistavropoulos et al., 2007; Herre, 2011; Corbett et al., 2012; Husebo et al., 2012 referert i Husebo, et al., 2014).

Selv om sykepleiere i studien til Larsen og Knudsen (2013) benytter ikke smertekartleggingsverktøyet, smerte blir påvist og avdekket. Imidlertid bemerker de at systematisk smertekartlegging og rutiner på arbeidsplassen er gunstige og fører til kontinuitet og oppfølging av smerteproblematikken. Videre forklarer de at et standardisert kartleggingsverktøy bidra til alle personell undersøke samme elementer, noe som rette seg til et bedre sammenligningsgrunnlag og dermed kontinuitet i smerteavdekking. I tillegg dette kan bidra til individualisering av helhetlige pleie- og



omsorg, noe som kan henge sammen med Kitwoods teori om personsentrert omsorg dette blir sikre kvalitet i arbeidet med smerteproblematikk.

På den ene siden Husebo et al., (2014) beviser pålitelighet av MOBID-2 smerteskala. Det vil si at smerte reduseres blant demensrammende ved å benytte MOBID-2 smertekartleggingsverktøy. Resultatene er sett da pasienter med smerte behandlet med smertestillende som øke trinnvis over tid blir oppnådd tilstrekkelig smertelindring. På den andre siden Rostad og medarbeider (2020) viser at begrensning ved observasjonsbaserte kartleggingsverktøy er den overlappende spørsmålene som dreier seg om atferdsmessige uttrykk gjerder for smerte, depressive symptomer og demens kan være utfordrende å skille mellom disse symptomene. Dessuten Helsedirektoratet kommenterer at det er utfordrende å anbefale et kartleggingsverktøy til bruk, grunnet er mangelfull forskning på hvilket som er best effektiv i praktisk, og det er behov for videre utvikling i kartleggingsverktøyene. Det viktigste er at sykepleierne være god for ferdighetene til å velge kartleggingsverktøy som er aktuelt ut ifra pasientens tilstander og smertetype, for å gi best mulig smertelindring. I tillegg Helsedirektoratet, (2019) kommenterer at kan oppstå utfordringer ved smertekartlegging, hvor samarbeid med pasienten er utilstrekkelig.

### **4.3 Sykepleierens ferdigheter i møte med demenspersoner**

I følge Travelbee smerte er ikke observerbar og synlig, men smertens virkninger kan registreres og er intenst ensomme erfaringer. Videre forklarer hun at når personen rammes av sterke smerter blir det vanskelig å formilde til andre på en slik måte at de oppfatter hva smerten består i. Dermed blir det vanskelig å vurdere graden og intensiteten av andres smerte. Det er usikkerhet blant helsepersonell om at de vurderte riktig intensitet av smerter som syke personen opplever (travelbee, 2007, s. 112).

Selv om sykepleiere i studien Monroe., et al., (2015) benyttet smerteskalaer, observasjoner av verbale og atferdsmessige væremåter, samt vurderingen av bakenforliggende faktorer. Sykepleiere følte usikkerhet angående pasientens smerte opplevelse. Grunnen var personens nedsatte kommunikasjonsevne. Sykepleierne evaluerer smerte ved å innhente data gjennom observasjon av verbale og atferdsmessige signaler og kartlegging av smerte og de forsøkte å skille emosjonelt ubehag fra fysisk smerte. Videre nevnte de faktorer som kan bidra ved avklaring om smerter hos demente kan være sykepleierens kliniske erfaring, kommunikasjon med pårørende, tverrfaglig samarbeid. Det er også viktig å bygge relasjoner over lengre tid. Dette stemmer med min arbeidserfaring som sykepleierstudent, pasienten var urolig, lei seg og spiste ingenting fra morgenen. Da ble pasientens tilstand akutt kritisk ved vaktskiftet. I følge kliniske tegn som pustevansker, kaldsvette, høy puls og lavt blodtrykk. Flere av personellet mistenkte angst og vil gi henne en sobril. Da kom sykepleieren som har kjenner pasienten i lengre tid. Hun vurderte at pasienten hadde smerte og ga dermed smertestillende. Pasienten ble rolig etter en stund.

Husebø m.fl. (2009) fant ut at alle observasjoner av smerteintensitet avhenger av hvordan sykepleierne tolket smerteoppførsel og pleiesituasjon. Dette ble bekreftet i studien til Larsen og Knudsen (2013) der de sier at smerte må avdekkes ved observasjon Dette kan være forårsak til at forekomsten av smerteintensiteten er lav i kartleggingen.

Monroe et al., (2015) belyser at de sykepleierne som trodde personen med demens hadde lavt smertenivå, der blir observasjonen og smertevurdering nedprioritert. Et annet

hovedtrekk beskriver de at forholdet og relasjon mellom pasienten og sykepleier er den avgjørende faktor for tilstrekkelig kartlegging og lindring. Det er en viktig oppgave for sykepleierne i møte med nye pasienten å sørge for pasientens velvære og videre relasjonsbygging. Videre påpeker de at sykepleierne kan ha ulike perspektiv på om pasientens smerteopplevelse skyldes emosjonelle eller fysiske årsaker. I henhold med dette kan man trekke inn Travelbees teori som har fokus på hvor viktig er å bygge sykepleier- pasienten relasjon. I følge Torvik et al., (2010) må sykepleieren kjenne pasienten godt for å kunne tolke atferdsmessige tegn ved smertekarlegging og observasjon (Torvik et al., 2010 referert i Torvik og Bjørø, 2018, s. 398).

Erfaringsmessig kan sykepleierne bruke stellesituasjon som gode arenaer for vurdering av smerte. Dette er på grunn av at man har muligheten til å observere personens reaksjon og adferd ved bevegelse og forflytning samt berøring. I praksis møtte jeg en pasient med demens som var irritabel, stram i ansiktet, slo og sparket etter personalet under stell. Personal diskuterte sammen om det skyldes endring i demensen og skal utredes videre. Noen dager pasienten tatt beroligende medisiner. Det ga tvert i mot at den urolige adferden økte mer og mer. Primærsykepleieren observerte under morgenstell at pasienten holdt seg på magen når hun skulle flytte seg og ved vask av nedentil ynket seg. Det ble tatt urinprøve som viset utslag på urinveisinfeksjon og pasienten fikk antibiotikakur. Pasienten ble roligere etterhvert og personalet forstod at den utfordrende atferden var relatert til urinveisinfeksjons og eventuelle smerter.

I tråd med personsentret omsorgsteori som er sentralt i arbeid med demens personer, forbindes med et helhetlig menneskesyn, basert på å se mennesker som enkeltindivider, med sine egne verdier og behov. Personsentrert omsorg er teoretisk sett et godt utgangspunkt for smertelindring hos personer med demens. Men kritikken som har blitt rettet mot den skyldes lite fokus på de fysiologiske behovene (Berentsen & Skovdahl, 2018, s. 422). Samtidig ble flertallet av sykepleierne i studien Bruns og McIlfatricks (2015) oppmerksom på de fysiologiske behovene da de valgt å gjennomføre en ikke- farmakologiske tiltak for smertelindring. Videre påpeker de at 62% av sykepleierne syntes holdninger er en hindring for god smertelindring. Det gjelder også forsinket behandling.

Som det ble forklart i teoridelen med tanke på personsentrert omsorg, trenger sykepleierne innhente informasjon fra pårørende for å tolke atferden, presisere vaner og anbefalingen fra Helsedirektoratet om sykepleiere kan benytte pårørende som en ressurs ved kartlegging av smerter hos demente personer. Dette viser viktigheten av samarbeid mellom sykepleiere og pårørende. Dette er i samsvar med studier som viser at pårørende er en positiv faktor, fordi de kjenner beboeren best og kan brukes som ressurs. Videre legger de vekt på å imøtekomme personen og pårørende på en god, behagelig og respektfull måte (Monroe et al., 2015; Burns & McIlfatrick, 2015). Monroe et al., (2015) understreker i sin studie om innhenting av informasjon og opplysninger fra pårørende er essensielt for å gi adekvat smertelindring, da de ofte kjenner pasienten godt. Det må bemerkes at sykepleiere blir lovpålagt å utveksle informasjon med pårørende gjennom §3-3 i pasient- og brukerrettighetsloven. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)

På den annen side stemmer ikke dette alltid, sykepleierne kommer til å møte utfordringer gjennom samarbeid med pårørende i den situasjon hvor sykepleieres vurdering står i strid med pårørendes meninger (Helsedirektoratet, 2017). Dette er i tråd med Burns og McIlfatrick (2015) sin studie som viser at 53, 1% av sykepleierne har erfaring med pårørende som en barriere i smertelindring. De har ofte opplevd konflikter med

pårørende i sammenhengen med smertelindring av pasienten. For øvrig viser Monroe, (2015) til utfordringene gjelder ofte balansering av pasientens behov med pårørendes ønsker, spesielt knyttet til narkotiske preparater. Dessuten Lillekroken og Slettebø (2013) påpeker at sykepleiere kommer til å møte dilemmaer i en situasjon relatert til smertelindring hvor sykepleier skal velge hvilken og hvem sine verdier bør prioriteres. Tvangshandling og/eller overbehandling er ingen god og lovlig metode basert på etiske retningslinjer innen sykepleiefeltet. Noen ganger er de pårørende og pasienter ikke enige om smertelindring. Det vil si at pårørende vil at mor/far skal slippe å ha vondt, samtidig som pasienten ikke ønsker å ta imot smertestillende medisiner. Slike situasjoner står sykepleiere i et dilemma som velger å bryte pasientens autonomi eller de oppfyller ikke pårørendesønsker.

#### **4.4 Kartlegging av smerter hos demenspersoner krever kunnskap og kompetanse, rutine og prosedyrer.**

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere setter krav til at sykepleieren yter tjenester basert på kunnskap for å sikre kvalitet. (Norsk sykepleierforbund 2011)

I følge Granheim et al., (2015) og Monroe et al., (2015) god kunnskap hos sykepleiere er verdifull for å yte tilfredsstillende smertelindring. I følge Karlsson, et. al., (2012) er en systematisk smertekartlegging og dokumentasjon som kan medvirke og fremme kvalitet og bidra til faglig forsvarlig yrkesutøvelse i praksis. (Karlsson C. et.al, 2012, reflektert i Lillekroken og Slettebø 2013).

I motsetning til dette viser studien Bruns og McIlpatrick, (2015) at en del av sykepleierne var usikre om personer med demens får optimal smertelindring med analgetika. De formidler mangelfulle kunnskaper om opioider samt usikkerhet rundt bivirkninger og avhengighet av smertestillende. De var positiv til opplæring om demens og syntes at det er nyttig og øker sikkerheten rundt smertelindring. De nevnte at gjennom studiedager og forelesninger ønsket de å få opplæring med kartleggingsverktøy, smertelindring hos pasienter som er i palliativ fase, valg av smertestillende medikamenter og bivirkninger.

I sammenheng med dette viste sykepleierne i Lillekroken og Slettebø (2013) studie hadde kunnskap om selvet verktøyet, men de var usikre på om de kunne utnytte verktøyet i vurderingen. Etter deres forklaringer hadde helsepersonell god kunnskap om smertelindring, men manglende kunnskap om kartlegging og ingen rutiner for behandling var som ugunstig og virket som et tilfeldig valg. Dette stemmer med min erfaring fra praksis, sykepleiere ikke benyttet kartleggingsverktøy eller rutiner for smertekartlegging og valg av behandlingsmetode virker det som tilfeldig. Ved spørsmål om hvorfor de ikke bruker smerteskala, svarte de at dårlig tid og usikkerhet, lite kunnskap om observasjonsbasert smertekartlegging. Sykepleierne i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) var enig om å få kunnskap om demenssykdommer, tilpassende og observasjonsbaserte kartleggingsverktøy, smertelindring, samt kjennskap til hvordan pasienter uttrykker sine smerter. Dette er de viktige elementer som bidrar til å iverksette effektive tiltak.

I funnene i studien Larsen og Knudsen (2013) har man forstått at det må opplæring til i kartleggingsverktøy og manglende retningslinjer for å sette i verk systematisk implementering av verktøyene. Videre bekrefter de at kvalitet over sykepleiernes smertevurdering er det viktig, og det er avhengig av deres kompetanse og kontinuitet i pasientoppfølging.

I henhold til kompetanseøkning stiller helsedirektoratet krav etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten, §6F til alle sykehjem og virksomheter som har plikt å sørge for at personalet har adekvat kunnskaper og ferdigheter ved utføring av sine arbeidsoppgaver, samt virksomheter sørger for adekvat opplæring for sine ansatte.

Angående kvalitet i demensomsorg påpeker Lillekroken og Slettebø i studien sin at det kreves systematisk smertevurdering og dokumentasjon. De sier at for å fremme kvaliteten trenges at personalet må ha nok kunnskap, kjennskap til pasienten og refleksjon med sine kolleger for å utøve tilstrekkelig smertevurdering. Dette støttes av Helsedirektoratet som bemerker at ansatte samarbeider og reflekterer over praksis, som kan skape praktiske erfaringer til kunnskap.

Samtidig Larsen og Knudsen (2013) understreker at kvalitet i utredningsarbeidet og vurdering av smerte er avhengige for det første av kompetansen til de ansatte og for det andre sykehjemmets valg av prosedyrer og rutiner. Videre påpeker de at forskningen avdekker et behov for kompetanseheving på området. Videre Karlsson, et.al., (2012) forklarte at en nøyaktig og sikker smertevurdering hos demens personer krever tid. For det første tar det tid at sykepleiere kjenner personer med demens og for det andre trenger sykepleieren tid til å reflektere sammen med sine kolleger. I følge Larsen og Knudsen (2013) virksomheten har ansatte med ulike kompetanse og kunnskap og variert stillingsstørrelser fører til redusert kontinuitet i oppfølging av brukere. Her krevers at virksomhetenes kvalitetssystemer iverksetter tiltak om kontinuitet og systematikk avdekking og oppfølging av smerte. Dette støttes av Rostad et al. (2020) sier at i virksomheter med varierte kompetanse blant personalet kan være et gunstig tiltak i internundervisning som kunne gi pleiepersonaler ny og oppdatert kunnskap om smerte. Dessverre et lite antall av virksomheter gjennomført internundervisning de siste årene.

#### **4.5 Implikasjoner**

I lys av min problemstilling er det nødvendig å si noe om hvordan praksis bør være innenfor helsetjenesten for å sikre gode rutiner hos demens pasienter. Jeg vil trekke frem bruk av kartleggingsverktøyets viktig for å sikre god smertelindringen. Kompetanseheving innen demens og smerter er nødvendig for å bidra til å skille smerterelatert - og demensrelaterte atferd. Det fastslår i lov om pasient-brukerrettighetsloven, (1999) har som formål å sikre pasientens rett på helsehjelp av god kvalitet. I sammenheng med dette er personsentret omsorg er aktuelt for demensrammende personer. Dette innebærer at sykepleier må ha ferdigheter og kunnskaper til å bruke kartleggingsverktøy effektivt til å fremme pasientens velvære. I tråd med dette må sykepleiere skape gode relasjoner for å bli kjent med pasienten og ha god evne til å tolke nonverbal kommunikasjon for å få den vurdering og behandling som er nødvendig. Pårørende som en ressurs kan bidra til smertebehandlings prosess, men kan oppstå konflikter mellom sykepleier og pårørende i noen tilfeller.

#### **4.6 Metoderefleksjon**

Inkluderte artikler er forskninger basert på informasjon og budskap fra sykepleiere sin side, noe som er relevant for oppgaven da sykepleieren hadde god arbeidserfaring med den aktuelle pasientgruppe. Men på den andre siden kan artikler ha en svakhet siden det ikke er inkludert pasientens opplevelser på grunn av de har nedsatt kommunikasjonsevne. En fordel er at de valgte studier/artikler er forsket i landene som har samme kultur som Norge.

Opgaven handler om sykehjemsbeboere, men forskningsdeltakere i noen av artikler var blandet fra sykehus og sykehjem i artikkel (A) og det var blanding fra hjemmesykepleiere og sykehjemsbeboere i artikkel (C). Den delen fra sykehjemsbeboere var viktig i disse to artiklene og relevant derfor ble de inkludert i oppgaven. Flere av inkluderte artikler er i engelsk, og det er risiko for feiltolkning av innhold og grunnen til dette er ukjent ord og uttrykk som forekommer i det engelske språket.

#### **4.7 Konklusjon**

Oppsummert tar denne litteraturstudien for seg å belyse hvordan sykepleiere kan kartlegge smerter hos sykehjemsbeboere med demens. Bakgrunnen for valg av tema er eldrebølgen som helsetjenesten står ovenfor og utfordringer som er relatert til smertebehandling blant denne sårbare pasientgruppen. Med diskusjoner som jeg har vært inne i det foregående kapitlene er det helt nødvendig å benytte pålitelig kartleggingsverktøy ved vurdering av smerte. Studiene viser at sykepleiere har store utfordringer med å tolke smertesignaler hos demenspersoner. Sykepleierferdigheter som relasjonsbygging, observasjon og kommunikasjon var viktigste i det personsentrert demensomsorg. Sykepleiere uttrykker at pårørende kan være en helperessurs innen smertevurdering, men samtidig kan oppstå uenighet og dilemma som kan være i å balansere pårørendes ønsker og pasientens behov. Sykepleiere kommenterte at det var stort behov for kompetanseheving relatert til demens og smerter. Dette er nedprioritert i flere sykehjems institusjoner. Avslutningsvis kommer jeg til den konklusjon at det er ingen fasit svar på hvordan sykepleiere kan kartlegge smerter hos personer, men det er ulike faktorer som kan ha innvirkning på prosessen som sykepleiere må ta hensyn til. Samtidig kreves mer forskning vedrørende temaet.

#### **Referanseliste**

Burns, M., & McIlfrack, S. (2015). Nurses 'Knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 21

Bjoro, K., & Herr, K. (2008). Assessment of pain in the nonverbal or cognitively impaired older adult. *Clinics in geriatric medicine*, 24(2), 237-262.

Cohen-Mansfield, J., & Creedon, M. (2002). Pleiepersonells oppfatning av smerteindikatorer hos personer med alvorlig demens. *The Clinical journal of pain*, 18 (1), 64-73. Tilgjengelig fra [:https://journals.lww.com/clinicalpain/Fulltext/2002/01000/Postoperative\\_Pain\\_Expression\\_in\\_Preschool.10.aspx](https://journals.lww.com/clinicalpain/Fulltext/2002/01000/Postoperative_Pain_Expression_in_Preschool.10.aspx) (Hentet: 24.05.2022)

Corbett, A., Husebo, B., Malcangio, M., Staniland, A., Cohen-Mansfield, J., Aarsland, D., & Ballard, C. (2012). Utredning og behandling av smerte hos personer med demens. *Nature Reviews Neurology*, 8 (5), 264-274. Tilgjengelig fra

<https://www.nature.com/articles/nrneurol.2012.53> (Hentet: 21.05.2022)

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

Daniela Lillekroken RN, M. N. S. C., & Åshild Slettebø, R. N. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer *Nordic Journal of Nursing Research*, 33(3), 29. Tilgjengelig fra:

<https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=209efdc-d-84ad-4028-bf8e-39b5598dea01%40redis> (Hentet: 05.05.2022)

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol 20 no2, s. 22-26. Tilgjengelig fra: <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf> (08.05.2022)

Folkehelseinstitutt (2014) *Ikke smittsomme demens*. Tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/> (Hentet: 03.05.2022)

Helsebiblioteket, *Omsorgsbiblioteket demens*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/demens> (Hentet: 03.05.2022)

Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K., & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, (4), 326-334. doi:10.4220/sykepleienf.2015.55983. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2015/11/sykepleieres-og-studenters-kunnskap-og-holdninger-til-smerte-og-smertelindring-hos> (Hentet 23.05.2022)

Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, Fine PG, Dworkin RH, Helme R, Jackson K, Parmelee P, Rudy T, Lynn B, Chibnall J, Craig K, Ferrell B, Ferrell B, Fillingim R, Gagliese L, Gallagher R, Gibson S, Harrison E, Katz B, Keefe F, Lieber S, Lussier D, Schmader K, Tait R, Weiner D, Williams J.(2007) En tverrfaglig ekspertkonsensususerklæring om vurdering av smerte hos eldre personer. *The Clinical Journal of pain*, 23 :S1-S43. Tilgjengelig fra:

[https://journals.lww.com/clinicalpain/fulltext/2007/01001/An\\_Interdisciplinary\\_Expert\\_Consensus\\_Statement\\_on.1.aspx](https://journals.lww.com/clinicalpain/fulltext/2007/01001/An_Interdisciplinary_Expert_Consensus_Statement_on.1.aspx) (Hentet 23.05.2022)

Helsedirektoratet (2017) *Retningslinjer demens*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens> (Hentet: 03.05.2022)

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-begrunnelse \(Hentet: 25.04.2022\)](#)

Helsedirektoratet (2017) *Veiledere ledelse- og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten planlegge*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/planlegge#paragraf-6f-oversikt-over-kompetanse-og-behov-for-opplaering> (Hentet: 24. 04. 2022)

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Hentet Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> ( Hentet: 22.04.2022)

Helsedirektoratet (2017) *Pårørendeveileder: Etske dilemmaer i møte med pårørende*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/involvere-parorende-i-utredning-behandling-og-oppfolging-av-pasient-eller-bruker> (Hentet: 26.01.2020)

Horgas, A. L., Elliott, A. F., & Marsiske, M. (2009). Pain assessment in persons with dementia: Relationship between self-report and behavioural observation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(1), 126-132.

Husebo BS, Ballard C, Cohen-Mansfield J, Nilsen OB, Aarsland D. (2012) Responsen av agitert atferd på smertebehandling hos personer med demens. *Am J Geriatr Psykiatri*. 2013 doi: 10.1016/j.jagp.2012.12.006;

Husebo, B. S., Ostelo, R. W. J. G., & Strand, L. I. (2014). The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *European journal of pain*, 18(10), 1419-1430. Tilgjengelig fra:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ejp.507> (06.05.2022)

Husebø, B.S. (2009) Smerteevaluering ved demens, *Tidsskriftet - den norske legeförening*, 129(19), s.1996-1998. Doi: 10.4045/tidsskr.08.0660 Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2009/10/aktuelt/smerteevaluering-ved-demens> (Hentet: 27. 04. 2022)

Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., & Ljunggren, A. E. (2009). Pain behavior and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 180-189. Tilgjengelig fra:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-6712.2008.00606.x> (Hente 26.05.2022)

Hølen, J. C., Saltvedt, I., Fayers, P. M., Bjørnnes, M., Stenseth, G., Hval, B., ... & Kaasa, S. (2005). The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. *Palliative medicine*, 19(5), 411-417.

Håkonsen, K.M. (2014) *Empati og samhandling*, i Håkonsen, K.M. *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 209-211

Kanalregister (u.å), publikasjonskanaler, *Register over vitenskapelige PU, publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra:  
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=European+journal+of+pain&tv=true> (Hentet: 19.05.2022)

Karlsson, C., Sidenvall, B., Bergh, I., & Ernsth-Bravell, M. (2012). Registered nurses view of performing pain Assessment among persons with dementia as consultant advisors. *The open nursing journal*, 6, 62. Tilgjengelig fra:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362856/> (Hentet: 02.06.2022)

Kirkevold M, Brodtkorb K. Kartlegging. In: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH (2014), editors. *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. 1. ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2008.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A., & Grimsbø, G. H. (2017). *Grunnleggende sykepleie bind 1*, (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Kunik, ME, Snow, AL, Davila, JA, Steele, AB, Balasubramanyam, V., Doody, RS, ... & Morgan, RO (2010). Årsaker til aggressiv atferd hos pasienter med demens. *Journal of clinical psychiatry*, 71 (9), 2438. Tilgjengelig fra

<https://www.psychiatrist.com/jcp/impulse/violence-aggression/causes-aggressive-behavior-patients-dementia/> (Hentet 02.06.2022)

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: 25. 04. 2022)

Larsen, T. A., & Knudsen, L. B. (2013). Systems for pain detection in older patients in nursing homes and home care. *NORDISK SYKEPLEIEFORSKNING-NORDIC NURSING RESEARCH*, 3(4), 287-299. Tilgjengelig fra:

<https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/ISSN1892-2686-2013-04-06> (Hentet: 06.05.2022)

Leone, A. F., Standoli, F., & Hirth, V. (2009). Implementing a pain management program in a long-term care facility using a quality improvement approach. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(1), 67-73.

Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M., ... & Rispoli, V. (2016). Pain assessment in elderly with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 50(4), 1217-1225. Tilgjengelig fra:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4927851/> (Hentet: 06.05.2022)

Monroe, TB, Parish, A., & Mion, LC (2015). Beslutningsfaktorer sykepleiere bruker for å vurdere smerte hos sykehjemsbeboere med demens. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29 (5), 316-320. Tilgjengelig fra:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941715001065?via%3Dihub> (Hentet: 06.05.2022)



Nasjonal senter for aldring og helse (u.å), *demens fakta -om- demens*. Tilgjengelig fra:

[https://www.aldringoghelse.no/demens/fakta-om-demens/?doing\\_wp\\_cron=1644409629.1932671070098876953125](https://www.aldringoghelse.no/demens/fakta-om-demens/?doing_wp_cron=1644409629.1932671070098876953125)

(Hentet:10.04.2022)

Nasjonal senter for aldring og helse (u.å), *Demens behandling og oppfølging personsentrert- omsorg*. Tilgjengelig fra:

<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/> (20.05.2022)

Nasjonal senter Aldring og helse (u.å), *Demenskartet*. Tilgjengelig fra:

[https://demenskartet.no/?doing\\_wp\\_cron=1644413511.5871179103851318359375](https://demenskartet.no/?doing_wp_cron=1644413511.5871179103851318359375)

(Hentet: 29.05.2022)

Norsk sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 04.05.2022)

Nortvedt, F. (2017). *Smerte–en personlig og sammensatt erfaring*. I NJ Kristoffersen, F. Nortvedt, EA. Skaug & GH Grimsbø (red.). Grunnleggende sykepleie Bind, 3.

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

Nygaard, H. A., & Jarland, M. (2006). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes. *Age and Ageing*, 35(1), 79-81. Tilgjengelig fra

<https://academic.oup.com/ageing/article/35/1/79/33582?login=true> (Hentet 02.06.2022)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV1999-07-02-63). Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 04.05.2022)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*.

Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3) (Hentet: 26.04.2022)

Rostad, HM, Grov, EK, Utne, I., & Halvorsrud, L. (2020). Kjennetegn på sykehjemsbeboere med sent stadium av demens og smerter. *Norsk tidsskrift for klinisk sykepleie/Sykepleien Forskning*. Tilgjengelig fra:

<https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=4b6cd4a6-2b5f-4871-b68a-0557ae819a2b%40redis> (Hentet:06.05.2022)

Rustøen T. & Klopstad Wahl A. Red, 2008, *ULIKE TEKSTER OM SMERTE fra nocisepsjon til livskvalitet*. Gyldendalen akademisk

Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K.

Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 408-434). Oslo: Gyldendal Akademisk.

The, A. S. (2002). *Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older adults. J Am Geriatr Soc, 50(6), 205-224.*

Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforl.

Torvik, K., & Bjørø, K. (2018). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., s. 390-407). Gyldendal Akademisk.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS (kap 1;2;3;4;6;9;10)

Watzlawick, P., Bavelas, V. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debates. The evidence for what makes psychotherapy work* (2. Utgave). New York: Routledge.







