



EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 566

Antall ord: 8991



Bilde hentet 06.03.17 fra: <https://www.ntnu.no/studier/966do>

***”Den skjulte smerte:
Smertelindring til pasienter med
demens og kreft i palliativ fase”.***

Høgskulen på Vestlandet, Avdeling Haugesund

Bachelorutdanningen i sykepleie

Haugesund, April 2017

Kull 2014

Antall ord: 8991

Sammendrag

Tittel: Den skjulte smerte: Smertelindring til pasienter med demens og kreft i palliativ fase.

Bakgrunn: Levealderen i Norge øker stadig og forventes å øke ytterligere i framtiden. I dag lever over 70.000 nordmenn med demens, samtidig som over 32.592 personer ble diagnostisert med kreft i 2015. På bakgrunn av dette kan man derfor se en økning i antall personer med demens og samtidig kreftdiagnose. Dette innebærer utfordringer for helsepersonell, nettopp relatert til smertebehandling.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier sikre smertelindring til pasienter med demens og kreft i palliativ fase?

Hensikt: Hensikten med bacheloroppgaven er å se på hvordan sykepleier kan identifisere og kartlegge smerter hos pasienter med demens og kreft i palliativ fase, for å sikre optimal smertelindring.

Metode: Oppgaven er bygget på litteraturstudie som metode. Seks ulike forskningsartikler er benyttet og samlet inn via litteratursøk i flere databaser.

Resultat/funn: Resultatene i dette litteraturstudiet indikerer at smertebehandling til pasienter med demens og kreft ikke er tilstrekkelig, da denne pasientgruppen lider unødige i livets siste fase og er samtidig svært utsatt for over-, under- og feilbehandling av smerter. Forskning viser at kompetanse blant sykepleiere er betydningsfullt samt bruk av tilrettelagte smertekartleggingsverktøy.

Konklusjon: En viktig sykepleieoppgave i den palliative fasen er å lindre pasientens smerter og unngå unødige påføring av lidelse. Det er derfor avgjørende at sykepleiere som arbeider med denne pasientgruppen har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse når det kommer til smertelindring, palliative tiltak samt demenssykdom. Bruk av tilrettelagte smertekartleggingsverktøy er nøkkelen til god smertebehandling.

Abstract

Title: The hidden pain: Pain relief to patients with dementia and cancer in palliative phase

Background: Life expectancy in Norway is increasing and it is expected to increase even more in the future. Today there are over 70.000 Norwegians living with dementia, while over 32.592 people were diagnosed with cancer in 2015. This indicates challenges for healthcare professionals, precisely related to pain management.

Thesis question: How can nurses ensure pain relief to patients with dementia and cancer in palliative phase?

Aim: The aim of this bachelor thesis is to study how nurses can identify and map the pain in patients with dementia and cancer in palliative phase, to ensure optimal pain relief.

Method: This thesis is structured as a literature study. Six different research articles were used and collected through literature search in several databases.

Results/findings: The results of this literature study indicates that pain treatment for patients with dementia and cancer is insufficient as this patient group suffers unnecessary in the last phase of life, and at the same time is exposed to over-, under- and mis-treatment of pain. Research shows that competence among nurses is significant as well as the use of organized pain management tools.

Conclusion: An important nursing task in the palliative phase is to alleviate the patient's pain and avoid unnecessary inflict of suffering. It is therefore crucial that nurses working with this patient group have sufficient knowledge and competence when it comes to pain relief, palliative measures and dementia. Using pain management tools is the key to good pain management.

Innholdsliste

Sammendrag	3
Abstract	4
Innholdsliste	5
1.0 Introduksjon	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Metode	8
1.3 Hensikt.....	8
1.4 Problemstilling.....	8
1.5 Begrepsavklaring.....	8
1.6 Avgrensning og presisering.....	9
1.7 Oppgavens disposisjon	9
2.0 Teoretisk perspektiv	10
2.1 Palliasjon.....	10
2.2 Kreft.....	10
2.3 Demens	10
2.4 Smerte	11
2.4.1 Smerter ved kreftsykdom.....	11
2.4.2 Smerter ved demens	11
2.5 Personsentrert omsorg: Brendan McCormack og Tanya McCance	12
3.0 Metode	14
3.1 Litteraturstudie	15
3.2 Litteratursøk.....	15
3.3 Kildekritikk.....	16
3.4 Forskningsetikk.....	17
4.0 Resultat	18

5.0 Drøfting	25
5.1 Palliativ behandling av personer med demens og kreft	25
5.2 Over- og underbehandling av smerter: påføring av unødig lidelse.....	27
5.3 Kartlegging av smerter hos personer med demens	29
5.4 Sykepleierens rolle og kompetanse	33
6.0 Konklusjon	36
7.0 Referanser	37
Vedlegg 1: Søkehistorikk	41
Vedlegg 2: Kritisk vurdering av artikkel	43
Vedlegg 3: MOBID-2 Smerteskala	47

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge øker stadig andelen av eldre og samtidig øker forekomsten av diagnoser som kreft og demens. I følge Kreftregisteret (2015) ble over 32 592 personer diagnostisert med kreft i 2015, hvorav flest tilfeller var blant eldre. Tre av fire krefttilfeller diagnostiseres hos menn og kvinner over 60 år. Den kraftige økningen av krefttilfeller i Norge skyldes trolig at vi lever lengre enn tidligere, samt at andelen eldre stadig øker (Kreftregisteret, 2015). Samtidig som andelen eldre øker, øker også forekomsten av sykdommer som demens. I Norge lever over 70 000 personer med demens, samtidig kan man se at omtrent 80% av de ca. 180 000 som dør i norske sykehjem hvert år, har en kognitiv svikt (Huurnink & Haugen, 2016, s. 672-673).

På bakgrunn av dette kan man derfor se en økning i antall personer med demens og samtidig kreftdiagnose. I dag lever ca. 5500 eldre mennesker med komorbid demens og kreft i Norge, hvor antallet er forventet å øke (Blytt, Selbæk, Drageset, Natvig & Husebo, 2017). Kreftpasienter med kognitiv svikt er en pasientgruppe som kan være med på å skape utfordringer blant helsepersonell, nettopp på grunn av pasientgruppens manglende evne til å uttrykke egne behov ved blant annet smerte.

I løpet av mine praksisperioder, samt arbeid på lindrende enhet, har jeg møtt flere pasienter med komorbid demens og kreft. Jeg har fått erfare hvor viktig smertelindring er for pasienter i den palliative fasen, nettopp for å sørge for at pasienten opplever en smertefri og verdig død. Mine observasjoner har gjort meg bevisst på viktigheten av- og utfordringene ved å sikre god kartlegging av smerter og administrere smertelindring på best mulig måte. Dette har skapt interesse, samtidig som det fikk meg til å innse at dette er et område som krever god sykepleiekunnskap.

1.2 Metode

I oppgaven ble det benyttet litteraturstudie som metode. Et litteraturstudie innebærer å gjøre systematiske litteratursøk. I denne sammenheng ble det gjort flere litteratursøk og funn av artikler basert på publiserte vitenskapelige artikler. Det vil si at artikkelen er skrevet av personene som har gjennomført undersøkelsen (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62). I dette kapittelet vil jeg komme inn på litteraturstudie som metode, hvilke litteratursøk som er blitt gjort, kritisk vurdering av kilder samt forsknings etikk.

1.3 Hensikt

Denne oppgaven har til hensikt å se på hvordan sykepleier kan identifisere og kartlegge smerter hos palliative pasienter for å sikre optimal smertelindring. Her vil jeg ha fokus på smertelindring til pasienter med demens og samtidig kreftdiagnose. I oppgaven vil jeg benytte ulik forskning samt relevant litteratur for å belyse temaet.

1.4 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier sikre smertelindring til pasienter med demens og kreft i palliativ fase?

1.5 Begrepsavklaring

Under vil jeg kort definere begrepene smerte, demens, kreft og palliasjon. For utfyllende definisjoner, se kapittel 2.0 Teori.

Smerte

Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse (Helsedirektoratet, 2015, s. 61).

Demens

Demens forårsakes av forskjellige sykdommer som påvirker hjernefunksjonen og kjennetegnes ved tiltakende kognitiv svikt, endringer i følelser, atferd og personlighet (Huurnink et al, 2016, s. 672).

Kreft

Svulst eller tumor betyr i opprinnelig forstand alle former for hevelse eller knutedannelse i et vev eller organ (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2014, s. 124).

Palliasjon

Palliasjon defineres som en aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid (Helsedirektoratet, 2015).

1.6 Avgrensning og presisering

Jeg har valgt å avgrense oppgaven slik at den omhandler fysiske smerter som oppstår hos personer med demens og kreft. Selv om fysisk og psykisk smerte går hånd i hånd i denne problemstillingen, har jeg valgt å vinkle oppgaven slik at den kun omhandler fysiske smerter. Mange beskriver det å leve med demens som en stor påkjenning som medfører usikkerhet og angst. Dette kan innebære forvirring samt frykt for den gradvise forverringen av svikt (Rokstad, 2014, s. 11). Ettersom fokuset blir på fysiske smerter, har jeg valgt å ekskludere de psykiske, kulturelle og åndelige/eksistensielle problemene som flere kreftpasienter har. Samtidig har jeg valgt å fokusere på pasienter med moderat til alvorlig demens i palliativ fase, hvor jeg har valgt å ikke gå inn på hvilken type demens pasientene har. Oppgaven rettes mot målgruppen pasienter på sykehjem.

1.7 Oppgavens disposisjon

I bacheloroppgaven vil jeg starte med å belyse relevant teori. Dette vil jeg gjøre i en teoridel hvor jeg tar for meg begreper som er aktuelle for problemstillingen. Samtidig vil jeg se på sykepleieteoretikerne Brendan McCormack og Tanya McCance, og deres tilnærming til problemstillingen. Videre fortsetter en metodedel hvor jeg gir en oversikt over hvilken metode som er benyttet samt fremgangsmåte og kritisk vurdering av kilder. Deretter presenteres seks ulike forskningsartikler i en resultatdel, hvor artiklene er plukket ut etter relevans for oppgaven. Siste del av oppgaven inneholder en drøftingsdel hvor jeg vil legge fram relevant teori og funn, samt drøfte dette opp mot min problemstilling. Avslutningsvis vil jeg svare på problemstillingen i en konklusjon.

2.0 Teoretisk perspektiv

2.1 Palliasjon

Palliasjon defineres av European Association for Palliative Care (EAPC) og Verdens helseorganisasjon (WHO) som:

...en aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Sentralt i palliativ behandling er lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer. Samtidig står tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer svært sentralt. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Helsedirektoratet, 2015).

Grov (2014, s. 523) hevder at den palliative fasen, altså livets slutfase, er en prosess som starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig, og avsluttes når pasienten dør. Palliativ behandling, pleie og omsorg eller lindrende behandling, skal være en integrert del av tjenesten til personer med langtkommen sykdom og forestående død. Dette skal tilbys til personer har høy symptombyrde, eksempelvis eldre personer med stor grad av komorbiditet og langtkommen demens (Grov, 2014, s. 523).

2.2 Kreft

Omtrent halvparten av de personene som diagnostiseres med kreft i Norge, blir friske av behandlingen, men for andre kan behandlingen bare ha smertelindring som formål. Svulst eller tumor betyr i opprinnelig forstand alle former for hevelse eller knutedannelse i et vev eller organ (Bertelsen et al, 2014, s. 124).

2.3 Demens

Demens forårsakes av forskjellige sykdommer som påvirker hjernefunksjonen og kjennetegnes ved tiltakende kognitiv svikt, endringer i følelser, atferd og personlighet med ledsagende svikt i evne til å fungere i dagliglivet (Huurnink et al, 2016, s. 672).

Personer med demens har en kronisk progredierende og livsforkortende sykdom, og de mister gradvis kontrollen over egne liv (Huurnink et al, 2016, s. 677).

2.4 Smerte

Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er alltid subjektiv og er et sammensatt fenomen som influeres av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige/eksistensielle forhold. (Helsedirektoratet, 2015, s. 61).

Smerte påvirkes av en rekke faktorer som enten kan forverre eller redusere smerteopplevelsen. En bestemt smertestimulus kan gi varierende smerteopplevelser hos forskjellige personer, og graden av smerte kan variere fra én situasjon til en annen. Ettersom smerte er en subjektiv følelse, er den lite tilgjengelig for andres kontroll. Bare den selv som kjenner smerten, kan vite hvordan den føles, hvor intens den er, og hvor lenge den varer (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010, s. 357).

2.4.1 Smerter ved kreftsykdom

Smerte forekommer hyppig hos pasienter med avansert kreftsykdom og er et symptom pasientene og de pårørende frykter (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 387). Faktisk er smerte den kreftrelaterte plagen som er mest fryktet blant pasientene. Kreftsmerte er oftest en kronisk tilstand. Dersom disse plagene vedvarer kan det øke pasientens oppgitthet, medvirke til sosial isolasjon og gi en følelse av et uverdige liv (Kaasa, 2016, s. 404).

En viktig del av behandling av kreftrelaterte smerter er å unngå gjennombruddssmerter. Dette er en spesiell form for akutte smerter, da det er smertetopper som kommer i tillegg til den kroniske smerten (Knudsen et al, 2016, s. 393).

2.4.2 Smerter ved demens

Et viktig område for sykepleieren er å være observant på mulige smerter hos personer med demens. Smerter hos personer med alvorlig demens er ofte undervurdert og underbehandlet. Å utrede smerter blant personer med alvorlig demens er en stor utfordring ettersom de har kraftig redusert evne til å uttrykke sine behov med ord, og de

kan i liten grad beskrive smertene de opplever. Da må man være observant og se etter endret atferd som kan være et uttrykk for smerter. Ofte dreier det seg om ikke-verbale ansiktsuttrykk som pannerynking, trist eller skremt uttrykk, rask blinking, eller verbale uttrykk som stønning, utrop, banning, uro, rastløshet, vugging, endret ganglag eller holdning. Samtidig kan man se at personer med demens eksempelvis motsetter seg pleie eller forandrer seg og blir aggressiv. Andre smerteindikatorer kan være at personen nekter å spise, å stå opp, eller er søvnløs (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 423-424).

2.5 Personsentrert omsorg: Brendan McCormack og Tanya McCance

Begrepet personsentrert omsorg bygger på en tidligere definisjon om personverd av sosialpsykologen Tom Kitwood (1997). Han definerer personverd som:

”...en verdi eller status som tildeles et menneske av andre i mellommenneskelige forhold og sosiale relasjoner, samt innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit” (McCormack & McCance, 2017, s. 17).

Da Tom Kitwood satte personsentrert demensomsorg på dagsorden, startet han en teori som bygget på personer med demens sin opplevelse av verdighet og identitet. Her var hovedfokuset at personen skulle komme før diagnose og pleie. Sykepleieteoretikerne McCormack og McCance bygget deretter sin teori på bakgrunn av Tom Kitwoods tidligere forskning, basert på personsentrert praksis med eldre mennesker. Teorien bygger på fire konstruksjoner. Den første konstruksjonen er forutsetninger, som viser til pleierens egenskaper og inkluderer pleierens profesjonelle kompetanse. Videre viser teoretikerne til pleiemiljøet, som fokuserer på sammenhengen omsorgen blir gitt i. Her inkluderes en hensiktsmessig kombinasjon av kompetanse, miljø for selvbestemmelse og kulturen som finnes i de ulike avdelingene. Den tredje konstruksjonen belyser personsentrerte prosesser som fokuserer på å yte omsorg gjennom ulike aktiviteter og arbeid med pasientenes tro og verdier, engasjement, tilstedeværelse og samtidig sørge for at fysiske behov blir dekket. Den fjerde og siste konstruksjonen er utfallet eller resultatet av den personsentrerte omsorgen. Dette er den mest sentrale komponenten i rammeverket og står for selve resultatet av effektiv personsentrert sykepleie (McCance & McCormack, 2017, s. 38).

Å yte god palliativ omsorg krever at sykepleieren har økt emosjonell bevissthet samtidig som man har utviklet mellommenneskelige ferdigheter. Effektive mellommenneskelige ferdigheter er knyttet til emosjonell intelligens og det å kjenne seg selv. Dette blir identifisert som en forutsetning nettopp for å kunne håndtere omsorgsmiljøet og gi individuell pleie og omsorg gjennom personsentrert omsorg. Palliativ omsorg innebærer å ha de vanskelige samtalene sammen med pasientene, det vil si å dele triste, dårlige og vanskelige nyheter, og håndtere vanskelige spørsmål som inkluderer å prate om prognoser og død (Lannie & Peelo-Kilroe, 2017, s. 249). Her blir det av betydning at man som helsepersonell viser sympati og sørger for at pasienten opplever en følelse av kontroll og å være tilstede i øyeblikket. Å være ærlig og vise sympati er avgjørende for pasientens utfall av blant annet angst og depresjon (Lannie et al, 2017, s. 249).

For å kunne yte optimal personsentrert omsorg i palliativ fase er det av betydning at sykepleier har basiskunnskaper som tilrettelegger for en sterk mellommenneskelig relasjon. Første prioritet når det kommer til personsentrert omsorg i palliativ fase er å øke livskvaliteten og trivselen, både for pasienten selv og dens familie. Dette fremmer fokuset på positive omsorgserfaringer som kan være med på å skape en følelse av velvære og det å bli verdsatt. Dette innebærer at sykepleier kjenner pasientens livsverdier og normer slik at pasienten selv finner mening og mestrer sin egen situasjon (Lannie et al, 2017, s. 255).

En sentral del av rammeverket til McCormack og McCance's teori om personsentrert omsorg er de konstruksjonene som gjør det mulig at personsentrert omsorg kan benyttes. Dette innebærer kvaliteten på ledelsen, kulturen på arbeidsplassen og hvordan omsorgen evalueres (Lannie et al, 2017, s. 255). Å ha klart for seg hvilke verdier og holdninger som gjør det mulig for helsepersonell å praktisere, ha en god oppførsel og kommunisere effektivt i omsorgsmiljøet, er betydningsfullt (Lannie et al, 2017, s. 256).

De fire konstruksjonene i rammeverket til McCormack og McCance henger tett sammen. For å kunne utvikle positive resultater både for pasienter og deres pårørende, må man se på forutsetningene pasientene har, samt omsorgsmiljøet man befinner seg i. I følge McCormack og McCance er dette svært grunnleggende for å kunne gi god og effektiv omsorg og pleie gjennom personsentrert omsorg (McCormack et al, 2017, s. 5).

3.0 Metode

I følge sosiologen Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2013, s. 111) er metode: ”en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i metoder”. Dette betyr at metode forteller oss noe om hvordan vi bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2013, s. 111). På en annen side kan man se på metode som selve redskapet som blir benyttet når man ønsker å undersøke noe, da den er med på å samle inn data, altså informasjon som er nødvendig å innhente til undersøkelsen som blir gjort (Dalland, 2013, s. 112).

Vi skiller gjerne mellom kvantitative og kvalitative metoder. Mens kvantitative metoder har den fordel at den gir data i form av målbare enheter, tar de kvalitative metodene sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2013, s. 112). På den måten kan man si at den kvantitative metoden bygger på blant annet presisjon, bredde og det gjennomsnittlige, mens den kvalitativt orienterte metoden får frem følsomhet, dybde, forståelse og en nærhet til feltet. Begge disse metodene sørger for en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, samtidig som metodene belyser hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2013, s. 112-113).

I oppgaven er det også blitt benyttet artikler av metoden tverrsnittstudie.

Tverrsnittstudie innebærer at undersøkelsene benytter data fra ett bestemt tidspunkt eller en avgrenset og kort periode (Christoffersen et al, 2015, s. 221). I motsetning til kvantitative og kvalitative metoder, egner tverrsnittstudier seg til å beskrive utbredelse av en type fenomener på et gitt tidspunkt, eksempelvis forekomst. Samtidig kan tverrsnittstudier benyttes til å studere sammenhenger mellom en eller flere variabler, noe som kan gi nyttig informasjon som kan testes ut i nye studier med et annet design (Dalland, 2013, s. 221-222).

3.1 Litteraturstudie

I et litteraturstudie er det vanlig å gjøre systematiske litteraturstudier basert på data fra primærkilder i form av publiserte vitenskapelige artikler. Med andre ord kan man si at artikkelen er skrevet av personene som har gjennomført undersøkelsen (Christoffersen et al, 2015, s. 62). Ved et litteraturstudie gjør man systematiske søk etter primærkilder, hvorav utvalgsmetoden skal være definert. Som en hovedregel skal litteraturstudier ha en tydelig problemstilling samtidig som man skal beskrive hvilke søkestrategier som er blitt gjort. En viktig del av et litteraturstudie er å beskrive på hvilket grunnlag primærkildene inkluderes eller ekskluderes, i tillegg til at man skal gjøre en analyse av resultatene. Ved å benytte litteraturstudie som metode innebærer det at man gjør en kritisk vurdering, altså kvalitetsvurderer primærkildene som blir benyttet (Christoffersen et al, 2015, s. 62-63).

Litteraturstudier kan utføres på ulike måter. Likevel er det av betydning at studiet har en gjennomgående god struktur når det kommer til gjennomføring og rapportering. Det innebærer at litteraturstudiet skal inneholde en problemstilling og et spesifikt formål, hvilke søk som er blitt gjort, gjennomgang av undersøkelser som er benyttet, analyse og diskusjon av materialet samt en rapport (Christoffersen et al, 2015, s. 63).

3.2 Litteratursøk

Denne studien tar utgangspunkt i et systematisk litteraturstudie innenfor smertelindring til personer med demens og kreft i palliativ fase. Litteratursøk har som mål å få et bilde av hva som allerede er skrevet om temaet (Dalland, 2013, s. 68).

Jeg har i hovedsak benyttet tre helsefaglige databaser ved søk etter studier som er relevante for min oppgave. Disse databasene er Cinahl, SveMed og PubMed. I mitt søk valgte jeg først å lete etter aktuelle studier basert på kreftpasienter i den palliative fasen, deretter smertelindring til pasienter med demens og til slutt gjorde jeg flere søk for å finne forskning som belyser begge temaene i samme forskning. Etter hvert ønsket jeg også forskning som belyste det sentrale kartleggingsskjemaet MOBID-2, og gjorde derfor flere søk etter relevante artikler som omhandlet dette.

Ved mine søk i databasene Cinahl og PubMed valgte jeg engelske søkeord for å finne flest mulig artikler. Søkeordene jeg brukte her var DEMENTIA + PAIN MANAGEMENT + PAIN ASSESSMENT + END OF LIFE + PALLIATIVE CARE + CANCER + CANCER PAIN + COMORBID + MOBID-2. Under litteratursøket valgte jeg også å søke etter norske artikler i databasen SveMed. Der benyttet jeg søkeordene DEMENS + SMERTE + SMERTEKARTLEGGING + SMERTEVURDERING. Alle søkeordene ble benyttet i forskjellige kombinasjoner samtidig som det ble brukt OR for å utvide søkene.

Utfallet av litteratursøket resulterte i fire engelske forskningsartikler, hvorav to av artiklene var fra Cinahl samt to artikler fra PubMed. I tillegg fant jeg to norske artikler fra SveMed, som ble ansett som svært relevante for oppgaven. Tre av de seks artiklene som ble valgt ut er tverrsnittstudier, én artikkel er kvantitativ, mens de to resterende artiklene har benyttet kvalitativ metode. Alle de valgte vitenskapelige artiklene er publisert etter 2012 (fem år gamle) og er knyttet til sykepleiefaglige områder som belyser min problemstilling.

For utfyllende søkehistorikk, se vedlegg 1.

3.3 Kildekritikk

Alt som kan bidra til en oppgave, er kilder. Kilder brukes som opphav til kunnskap noe som betyr at kildene må gjennom en prosess for å finne ut om de er brukbare. Når kilden er funnet, må den kritisk vurderes i forhold til både kvalitet og hvorvidt den er relevant for arbeidet (Dalland, 2013, s. 63). Kildekritikk defineres som de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann, altså at man vurderer og karakteriserer de kildene som blir brukt i oppgaven. Kritikken skal vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til det kildematerialet som blir brukt og hvilke kriterier som er benyttet under utvelgelsen. Hensikten er at leseren skal kunne ta del i de refleksjonene du har gjort deg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det kommer til å belyse problemstillingen (Dalland, 2013, s. 72). Når man skal kritisk vurdere en kilde, skal man så godt man kan, vurdere i hvilken grad de teoriene og forskningsresultatene vi har funnet, lar seg bruke til å beskrive vår problemstilling (Dalland, 2013, s. 73).

I dette litteraturstudiet er det i hovedsak brukt primærkilder, men sekundærkilder er også benyttet. En utfordring når det kommer til tilstrekkelig oppdatert litteratur, er sekundærlitteratur. At noe er sekundærlitteratur betyr at teksten er bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren, noe som kan innebære at teksten allerede er oversatt og fortolket før man selv leser den (Dalland, 2013, s. 73). Under utvelgelsen av litteratur så jeg på gyldighet, holdbarhet og relevans, noe som er helt sentralt når man skal velge kilder som er viktige for temaet (Dalland, 2013, s. 74).

Under søkeprosessen ble det funnet litteratur både i form av forskningsartikler og annen relevant litteratur, som igjen ble vurdert i form av metode, resultat og referanser som ble benyttet. Ettersom min oppgave inkluderer forskning på eldre med kognitiv svikt, har det vært av betydning at studiene er troverdige, gyldige og relevante.

Eksempel på kildekritikk, se vedlegg 2.

3.4 Forskningsetikk

Etikk dreier seg om normene for riktig og god oppførsel. Den skal gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler. Dette gjelder alle typer etikk. Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene er en vesentlig del av forskningsetikken. Forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt skal ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2013, s. 96).

Ved mine søk etter forskningsartikler har det vært av betydning at artiklene er godkjente av etisk komité og at sensitive opplysninger og personvern blir ivaretatt. Jeg har vært nøye med å henviser til litteratur og forskning som er blitt brukt i oppgaven ved å følge standarden til American Psychological Association (APA), samtidig som jeg har prøvd å omformulere litteraturen korrekt uten å kopiere.

4.0 Resultat

Artikkel 1: "Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life".

(Monroe, Carter, Feldt, Tolley & Cowan, 2012)

Hensikt: Hensikten med studien var å vurdere avanserte kreftsmarter hos eldre mennesker med demens på slutten av levetiden.

Metode: I forskningen ble det brukt et tverrsnittstudie, hvor det ble benyttet mennesker med Alzheimers sykdom i ni sykehjem i USA. Deltakerne var sykehjemsbeboere med mild til svært alvorlig demens. Der ble det kartlagt smerte og kognitive tiltak i løpet av tre måneder. Primært ble det brukt et mål på observert smerteatferd og et mål på sykdommens alvorlighetsgrad, samt medisin administrering.

Resultat/funn: Alzheimers sykdommens alvorlighetsgrad var negativt forbundet med smerte atferd. Forskningen viser at forskjellen var på grunn av forskjellen i smerte atferd mellom personer med moderat og svært alvorlig Alzheimers. Total mengde opioider, totalt antall doser av ikke narkotiske midler og psykotrope medikamenter, altså medisiner som er foreskrevet psykiske lidelser, hadde ikke sammenheng med smerteatferd. En sammenheng var funnet mellom kognitive evner og total mengde opioider, noe som indikerte at personer med alvorlig Alzheimers sykdom fikk mindre opioid som smertebehandling.

Konklusjon: Etersom mennesker med forverring av sin Alzheimers sykdom har mindre smerteatferd, viste forskningen at det kan være en utfordring å vurdere smerte ved hjelp av atferds indikatorer. Det er derfor av betydning at det brukes andre metoder for å vurdere smerte hos personer med Alzheimers sykdom.

Artikkel 2: "Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer".

(Lillekroken & Slettebø, 2013)

Hensikt: Hensikten med forskningen var å studere sykepleieres erfaringer med smertevurdering og administrering av smertestillende hos pasienter med demens.

Metode: For å kunne utforske sykepleiernes erfaringer med smertekartlegging og smertevurdering av pasienter med demens ble det benyttet kvalitativ metode. Data ble samlet inn gjennom tre ulike fokusgruppeintervjuer. En semi-strukturert intervjuguide ble benyttet for å svare på problemstillingen.

Resultat/funn: Forskningen viser at pasienter med demens fortsatt lider unødig smerte. Grunnen til det kan være at sykepleiere har vanskeligheter med å tolke og kartlegge pasientens smerte. Informantene i studien kom frem til at det å kartlegge smerter og gi smertelindring til demente pasienter var faglig spennende men også utfordrende. Sykepleierne må ta hensyn til en rekke forhold når de kartlegger og lindrer smerte hos pasientgruppen. Disse forholdene var blant annet pasientens alder, komorbiditet og polyfarmasi, rutiner for smertekartlegging og smertelindring samt etiske betraktninger ved behandling av pasientens smerte.

Konklusjon: Smertevurdering og smertelindring hos pasienter med demens er en utfordring for sykepleiere. Vanlige prosedyrer for smertevurdering og smertelindring kan være viktig for at pasientene får en effektiv lindring av sin smerteproblematikk. Regelmessig bruk av smertekartleggingsverktøy som er skreddersydd for denne pasientgruppen vil bidra til effektiv smertevurdering og smertelindring hos pasienter med demens.

Artikkel 3: "Comorbid Dementia and Cancer in Residents of Nursing Homes: Secondary Analyses of a Cross-Sectional Study".

(Blytt, Selbæk, Drageset, Natvig & Husebo, 2017)

Hensikt: Hensikten med studien var å identifisere prevalensen av kreft og ulike forskjeller i nevropsykiatriske symptomer og andre symptomer, samt bruk av medisiner blant sykehjemspasienter med og uten demens og kreft.

Metode: I studien ble det benyttet et tverrsnittstudie av norske sykehjemspasienter. Studien inkluderer 64 sykehjem i fem forskjellige fylker i Norge. Det ble tatt utgangspunkt i standardiserte intervju med ansatte i sykehjem samt informasjon fra pasientjournaler. Deltakerne ble kategorisert etter grad av demens og kreftdiagnoser.

Resultat/funn: 84% av sykehjemspasientene hadde demens og 5,5% hadde både demens og kreft. Pasienter med både demens og kreft mottok signifikant mer smertestillende sammenlignet med pasienter uten kreft, men med demens. Sammenlignet med pasienter uten demens, men med kreft, hadde pasienter med begge diagnosene flere nevropsykiatriske symptomer som innebærer søvnforstyrrelser og agitasjon, altså at pasientene blir mer urolige, opprørte og ampre. Disse funnene kan ha en sammenheng med smerter, men også følelsen av å ikke bli forstått.

Konklusjon: Pasienter med komorbid demens og kreft mottok mer smertestillende enn pasienter med demens, men viste samtidig mer agitasjon og søvnforstyrrelser enn pasienter med kreft samt pasienter med verken demens eller kreft, noe som indikerer at symptomene ikke blir behandlet adekvat. Studien viser at pasienter med både kreft og demens opplever en betydelig belastning og belyser store utfordringer for helsepersonell som er ansvarlig for behandling og pleie.

Artikkel 4: "Pain and hospice care in nursing home residents with dementia and terminal cancer".

(Monroe, Carter, Feldt, Dietrich & Cowan, 2013)

Hensikt: En tilstand som assosieres med en svært smertefull død er kreft. Kreftsmarter hos personer med demens er av spesiell bekymring grunnet kommunikasjonsproblemer som oppstår ved forverring av sykdom. Formålet med dette studiet var å undersøke sammenhengen mellom innleggelse i hospice¹, alvorlighetsgrad av demens samt smerte blant sykehjemsbeboere med demens og alvorlig kreftdiagnose.

Metode: Metoden som ble benyttet i denne forskningen er tverrsnittstudie, hvor informantene var 55 sykehjemspasienter med diagnosen demens. For å kunne være deltakende i studiet var det av betydning at pasientene hadde diagnosen demens og døde av kreftsykdom i sykehjem.

Resultat/funn: Funnene i studiet viste at 50% av pasientene som ikke ble innlagt i hospice viste alvorlig kognitiv svikt, mens bare 20% av de som ble innlagt i hospice avdekket det samme nivået av kognitiv svikt. Ingen av beboerne på sykehjemmene med alvorlig kognitiv svikt, ble innlagt i hospice. 80% av pasientene som ble innlagt på hospice fikk administrert opioider som smertestillende i løpet av de to siste ukene av livet, sammenlignet med kun 43% av dem som ikke ble innlagt i hospice. Når opioider ble administrert, fantes det ingen signifikant forskjell i dosestørrelse, avhengig av om pasientene befant seg på sykehjem eller i hospice, eller avhengig av alvorlighetsgrad av demens. Studiet belyste videre at det å være innlagt i hospice var assosiert med økt sannsynlighet for å motta opioider etter å ha kontrollert nivået av kognitiv svikt, likevel opplevde pasienter med en forverring av kognitiv svikt å motta mindre opioider som smertestillende.

¹ Hospice: European Association for Palliative Care (EACP) definerer hospice som:

"...et sted der pasienter legges inn i siste fase av livet når vedkommende ikke trenger sykehusbehandling, og behandling i hjemmet eller sykehjem ikke er mulig (sitert i Haugen & Aass, 2016, s. 115)."

Konklusjon: Innleggelse i hospice forutsier større sannsynlighet for opioid smertebehandling hos pasienter med demens og uhelbredelig kreft. Likevel ble ingen av beboerne på sykehjemmene med alvorlig demens og uhelbredelig kreft, innlagt i hospice. Pasienter som er alvorlig kognitivt svekket og som bor på sykehjem er i stor fare for å lide av ubehandlede og avanserte kreftsmarter.

Artikkel 5: "Smertebehandling til personer med langtkommen demens".

(Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013).

Hensikt: Hensikten med denne studien var å undersøke sykepleiernes erfaringer med å vurdere smerter hos personer med langtkommen demens og språkvansker.

Metode: I studien ble det benyttet en kvalitativ tilnærming, hvor det ble intervjuet fem sykepleiere som arbeider på sykehjemsavdelinger tilrettelagt for personer med demens. Intervjuene tok opp utfordringer relatert til smertevurdering og kartlegging hos personer med demens og språkvansker.

Resultat/funn: Funnene i artikkelen belyser at sykepleiernes erfaringer med smertebehandling peker i retning av både over- og underbehandling. Årsaken ser ut til å være vanskeligheter med å tolke pasientens uttrykk, manglende faglige basiskunnskaper, manglende spesifikke kunnskaper om demenssykdom samt manglende samarbeid innad i helsefaggruppen.

Konklusjon: Samarbeid innad i personalgruppen, med tilsynslege og pårørende, viser seg å være svært sentralt for å kunne oppdage og ivareta pasientens behov for smertelindring. Helsepersonell må tilstrebe felles mål for pleie som ytes i avdelingen. Lederne må prioritere kompetanseoppbygging til personalet. Fokus på kunnskapen omkring oppfølging og behandling av smerte vil kunne gi bedre livskvalitet for den enkelte person som har en langtkommen demenssykdom.

Artikkel 6: "The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia"

(Husebo, Ostelo & Strand, 2014).

Hensikt: MOBID-2 er et smertekartleggingsverktøy tilrettelagt for pasienter med demens. Hensikten med denne studien er å utføre en test-retest og utforske verktøyets pålitelighet og troverdighet samt se på eventuelle målefeil og hvordan MOBID-2 fanger opp endringer i smertenivå.

Metode: I studien er det blitt benyttet kvantitativ metode, hvor det er utført et randomisert kontrollert studie. I alt ble pasienter fra 18 sykehjem med moderat til alvorlig demens deltakende i studiet. Studien inkluderte pasienter med smerteproblematikk samt pågående smertebehandling. Døende pasienter og pasienter med akutte, eller ustabile psykiatriske eller medisinske forhold, ble ekskludert fra studien.

Resultat/funn: I artikkelen kommer det frem at bevegelse av hofter, knær og ankler samt bevegelse i sengen var mest smertefullt relatert til muskler og skjelett. Pasientene som fikk bruke MOBID-2 ble bedre smertelindret og smertekartlagt enn de pasientene som ikke fikk bruke MOBID-2 og som fikk behandling som tidligere. Samtidig kom det frem at MOBID-2 fanger opp endringer i smertenivået til pasientene.

Konklusjon: MOBID-2 viser seg å være et smertekartleggingsverktøy som fanger opp endringer i smertenivå og dermed gir pasientene økt tilfredsstillende smertelindring enn de ellers ville fått dersom det ikke ble brukt MOBID-2. Ved bruk av MOBID-2 får man informasjon om hvor god smertelindringen er over tid. Tilfredsstillende test-retest troverdighet og pålitelighet i testperiodene ble demonstrert.

4.1 Hovedfunn

Hovedfunnene i de utvalgte artiklene belyser viktigheten av god sykepleiekompetanse omkring palliativ fase, demenssykdom, smertekartlegging og smertebehandling. Funntilviser at sykepleieres egne erfaringer peker i retning av både over-, under- og feilbehandling av smerter, nettopp grunnet manglende kompetanse. Til slutt er bruk av tilpassede smertekartleggingsverktøy vektlagt i studiene, da dette er med på å sørge for at pasientene opplever så god smertelindring som mulig.

5.0 Drøfting

Nyere forskning viser at personer med kreft og demens lider mer enn andre kreftpasienter. Mye tyder på at disse pasientene ikke får god nok behandling, noe som igjen byr på en stor utfordring blant helsepersonell (Blytt et al, 2017). Funn fra forskning og litteratur indikerer at pasienter med kreft og demens står i fare for unødig påføring av lidelse ettersom kartlegging av smerter hos personer med demens er utfordrende.

5.1 Palliativ behandling av personer med demens og kreft

Personer med demens har en kronisk progredierende og livsforkortende sykdom, noe som fører til at de gradvis mister kontrollen over egne liv (Huurnink et al, 2016, s. 677). Både i palliasjon og demensomsorg brukes en personsentrert arbeidsmåte. Å arbeide personsentrert innebærer å sette pasienten i fokus og se pasienten som et enkelt individ. Dette betyr at man som sykepleier har respekt for pasientens personverd og arbeider for gjensidig respekt, selvbestemmelse og forståelse (McCormack et al, 2017, s. 20-21). Mens demensomsorgen fokuserer på pasientens fortid og nåtid, retter den palliative fasen oppmerksomheten mot det som er viktig for pasienten nå og i nær fremtid. Målet er å oppnå best mulig livskvalitet, basert på en felles forståelse og strategi med størst mulig grad av brukermedvirkning (Huurnink et al, 2016, s. 678).

Kjennetegn på livets siste fase i menneskers liv er de samme hos alle mennesker, uansett grunnsykdom. De viktigste kjennetegnene er angst, smerter, kvalme, obstipasjon, hoste og utmattelse. I livets siste fase endrer kroppens behov seg fra å være i en oppbygnings- og vedlikeholdsfasen til en nedbrytningsfase. Hos personer med demens er kjennetegnene de samme som hos ellers kognitivt friske mennesker, men på grunn av denne pasientgruppens manglende evne til å kommunisere adekvat, kan det være vanskelig for omgivelsene å identifisere disse kjennetegnene. Spesielt gjelder dette å fange opp de subjektive kjennetegnene som eksempelvis smerter (Hanson & Solheim, 2015, s. 256).

Lindrende omsorg tar derfor utgangspunkt i palliativ omsorgsfilosofi, noe som bygger på et holistisk menneskesyn, hvilket betyr at man ser på det enkelte individs behov som

en helhet. Dette gjøres ved å ta utgangspunkt i personens fysiske, psykiske, sosiale, kognitive og åndelige/eksistensielle behov. I dagens multikulturelle samfunn innebærer det at helsepersonell er bevisst på å ivareta alle pasienter, uavhengig av lidelse, kjønn, seksuell legning, nasjonalitet og religiøs overbevisning. Målet med palliativ omsorgsfilosofi er å gi personen best mulig livskvalitet, verdighet og komfort i livets siste fase (Hanson et al, 2015, s. 257). Dette underbygges også i teorien til McCance og McCormack, (2017, s. 54) som belyser viktigheten av å styrke de grunnleggende prinsippene for en personsentrert arbeidsmåte i sykepleien generelt, og den palliative fasen spesielt. Ved å arbeide med pasientens tro og verdier kan man styrke den personsentrerte omsorgen, noe som innebærer at man utvikler et klart bilde av hvilke verdier pasienten har og hvordan pasienten selv ser på situasjonen han/hun befinner seg i. Å vite om pasientens verdier og krav krever omsorg for pasienten på en måte som viser forståelse for hver pasient som et enkelt individ (McCance et al, 2017, s. 54).

Palliasjon til personer med demens bygger på de samme målsettingene for behandling, pleie og omsorg til eldre. Dette innebærer livsforlengelse, vedlikehold av funksjon, lindring og livskvalitet. Samtidig legger den palliative tilnærmingen vekt på god symptomlindring gjennom hele forløpet, inkludert god ivaretagelse og lindring ved livets slutt (Huurnink et al, 2016, s. 678). Derimot er en betydningsfull forutsetning for en rolig og verdig død, tett oppfølging med symptomlindring og omsorg den siste tiden. Morfin og andre smertelindrende legemidler skal gis når personen viser tegn til smerte, og ved kreftsykdom spesielt, gis morfin hyppigere (Hanson et al, 2015, s. 258).

Men hva skjer når pasienten med demens ikke klarer å kommunisere om sin smerte? Forskning viser at ubehandlede smerter fremdeles er kjent blant sykehjemspasienter med demens og kreft. For å møte disse utfordringene blir det av betydning at man benytter smertekartleggings metoder av høykvalitet. I lys av dette, er det alarmerende at siste funn viser at selv når smertene er kartlagt gjennom riktige metoder, blir pasienter med kognitiv svikt fortsatt ikke behandlet med smertestillende preparater, noe som er et viktig mål i den palliative fasen og i den palliative behandlingen av eldre (Blytt et al, 2017).

5.2 Over- og underbehandling av smerter: påføring av unødig lidelse

Medisinsk behandling til personer med demens innebærer risiko for både underbehandling og overbehandling (Huurnink et al, 2016, s. 683). Til tross for økende bevissthet rundt tema om smerte hos eldre pasienter med demens, er smerte fortsatt undervurdert og underbehandlet hos denne pasientgruppen (Lillekroken & Slettebø, 2013). Forskning viser at blant personer som er i palliativ fase, opplever 70% av pasientene moderat til alvorlig smerte, mens 50% av personene med uhelbredelig kreft opplever smerter på et så høyt nivå at det kreves beroligende behandling under den siste levetiden (Monroe, Carter, Feldt, Dietrich & Cowan, 2013).

Å ha en kombinasjon av demens og kreft kan være svært belastende. Blytt et al (2017) belyser i sin studie at kreftsymptomer er potensielt mer belastende for personer med både demens og kreft, nettopp fordi de ikke lenger er i stand til å kunne rapportere ubehag og smerter, noe som er en forutsetning for adekvat behandling av smerter. I følge Jenssen, Tingvoll og Lorem (2013) har personer med langtkommen demens større risiko for å ikke få god nok smertelindring. Til tross for at 45-80% av alle pasienter som bor på sykehjem har smerteplager, viser det seg at pasienter som har en demenssykdom får mindre smertelindring enn kognitivt velfungerende pasienter. Dette indikerer at dårlig smertebehandling hos eldre mennesker ser ut til å være et utbredt problem i dagens helsevesen (Jenssen et al, 2013).

Kommunikasjonssvikt på grunn av demenssykdommen kan føre til at pasientene ikke kan verbalisere sin smerte, noe som øker faren for at pasienten kan bli over-, under- eller feilmedisinert (Lillekroken et al, 2013). Etersom pasienter med kognitiv svikt ikke kan uttrykke ubehag og smerter på en verbal måte, blir det ofte uttrykket via atferdsindikatorer som irritabilitet, aggressivitet, uro eller vandring, apati, spisevegring eller generelt endret atferd (Huurnink et al, 2016, s. 685).

I studien til Lillekroken et al (2013) kommer det frem at sykepleierne uttrykte bekymring over hvor mange eldre mennesker som kunne ha underdiagnostisert og underbehandlet smerte. Noen av årsakene til dette kunne være pasientens høye alder, individuelle behov for smertelindring, demenssykdommen som fører til omfattende kognitiv svikt samt svekket kommunikasjonsevne. Mye tyder på at pasientens

komorbiditet, samt det faktum at flere eldre er utsatt for polyfarmasi, påvirker smertebehandlingen. Samtidig ser man at medikamenter, spesielt smertestillende medikamenter, kan ytterligere overbelaste pasientens hjerne, noe som kan resultere i alvorlige bivirkninger og igjen komplisere eller skjule pasientens symptombilde. Bivirkningene kan forveksles med symptomer ved alvorlig demens og det kan derfor være vanskelig å skille om pasienten har smerter eller om pasientens demenssykdom er under utvikling (Lillekroken et al, 2013). Pasientenes urolige atferd kunne derfor bli sett på som et resultat av progredierende demensutvikling og ikke av for lite smertelindring (Jenssen et al, 2013). Fordi agitasjon kan være et uttrykk for ubehandlet smerte hos pasienter med demens, kan det indikere at personer med kombinasjonen demens og kreft blir gitt beroligende medikamenter i stedet for smertebehandling (Blytt et al, 2017).

I redsel for at pasientens uttrykk skal mistolkes og at behovet for smertelindring blir oversett, blir flere pasienter satt på fast smertelindring, noe som kan øke faren for overbehandling. Vanskeligheter med å tolke pasientens signaler fører dessuten til at sykepleiere også prøver seg frem med å gi smertelindring for å se om det kan hjelpe på pasientens uro. Likevel kan dette føre til overbehandling av smerter, ettersom pasienten verbalt ikke kan gi tilbakemelding. En stor konsekvens av det som betegnes som prøving og feiling, er at pasientene som blir overbehandlet kan bli sløve (Jenssen et al, 2013). Videre viser forskningsresultatene i studien til Jenssen et al (2013) at pasientene satt i en stol og sov mye av dagen, nettopp på grunn av overbehandling. Studien belyser en bekymring for at denne måten å administrere medikamenter på kan føre til at pasientene får sin kognitive tilstand ytterligere redusert (Jenssen et al, 2013).

Selv om overbehandling er et stort problem i demensomsorgen, viser forskning at sykehjemspasienter med demens har høy forekomst av smerter som ikke blir behandlet. Personer med demens står i stor fare for å ikke få den smertelindrende behandlingen de trenger, ettersom de ikke klarer å kommunisere sine behov på en adekvat måte (Hanson et al, 2015, s. 258). Pasienter med alvorlig demens mottar mindre opioider og viser samtidig mindre tegn på smerte sammenlignet med pasienter med mild kognitiv svikt, noe som øker faren for underbehandling (Blytt et al, 2017). Et studie utført av Monroe, Carter, Feldt, Tolley og Cowan (2012) viste at kreft er svært bekymringsfullt fordi eldre

mennesker med kreft som bor i sykehjem kan oppleve sterke smerter som de ikke får behandling for. Av de personene på sykehjem som hadde sterke smerter daglig, fikk ingen av pasientene med kognitiv svikt, smertestillende preparater.

At en person med kreft har smerter, vil for mange være en selvfølge. Men hva skjer når denne pasienten samtidig har en kognitiv svikt? Forskning viser at personer med demens har smerter, men etter hvert som sykdommen utvikler seg og evnen til å oppdage, tolke og verbalt eller atferds kommunisere går tapt, kan personer med demens føle smerte eller ubehag, men være ute av stand til å uttrykke det. Studien til Monroe et al (2012) belyste videre at progredierende demenssykdom resulterte i mindre smertestillende behandling, samt at personer med kreftrelaterte smerter og alvorlig demens viser få tegn til ubehag, noe som kunne resultere i at sykepleierne ikke hadde noen form for observerbar smerteatferd å gå etter, og dermed valgte å ikke administrere smertebehandling til pasienten (Monroe et al, 2012).

Likevel ser man i studien til Blytt et al (2017) at pasienter med komorbid demens og kreft mottok betydelig mer smertestillende sammenlignet med pasienter med demens, men som ikke hadde kreft. Samtidig kunne man se at pasienter med demens og kreft viste flere symptomer som agitasjon og søvnforstyrrelser enn pasienter med kreft som ikke hadde noen form for kognitiv svikt. Mye av funnene i denne studien tyder på at symptomene ikke blir tilfredsstillende kartlagt og behandlet (Blytt et al, 2017).

5.3 Kartlegging av smerter hos personer med demens

I en aldrende befolkning øker forekomsten av kognitiv svikt, og en høy andel av pasienter på sykehjem har redusert kognitiv funksjon. Hukommelsen, evnen til abstrakt tenkning og språkferdighetene reduseres. En pasient med kognitiv svikt vil dermed ha redusert evne til å uttrykke smerte, og en risikerer derfor at smerten ikke blir diagnostisert og behandlet (Knudsen et al, 2016, s. 399).

Smerte påvirker en persons livsverden, hvor smerten blir fokuset i personens liv og opplevelsen av tid og rom opphører. Kroppserfaringer som smerter er en indre, subjektiv opplevelse, noe som medfølger at andre ikke har tilgang til erfaringene med

mindre de kommer til uttrykk gjennom smerteatferd eller språklige uttrykk. Etter hvert som den språklige evnen svikter og når kommunikasjonsevnen er redusert, vil smerter kunne komme til uttrykk gjennom atferd. Slik atferdsforandring er ikke entydige signaler og kan være kjennetegn som tilbaketrekning, uro, vandring, flytting på ting eller sinne. Samtidig ser man at uro imidlertid kan være indikasjon på redsel, infeksjon eller være symptom på annen somatisk sykdom. Dermed kan det være vanskelig for helsepersonell å skille uttrykkene fra hverandre, og skaper dermed en stor utfordring i smertekartleggingen (Jensen et al, 2013).

Systematisk, standardisert og nøyaktig kartlegging danner grunnlaget for god smertebehandling. Kartleggingen inkluderer anamnese, klinisk undersøkelse, bruk av standardiserte kartleggingsverktøy, bildediagnostikk og andre supplerende undersøkelser. Gjentatt kartlegging for å evaluere behandlingseffekt er avgjørende. Primært er det nødvendig å skaffe seg en oversikt over kreftsykdommens utbredelse, hvilke organer som kan være affisert og hvordan grunnsykdommen henger sammen med smerten (Knudsen et al, 2016, s. 388). Her blir det viktig å tenke på at mange kreftpasienter angir smerter flere steder samtidig. De kan arte seg ganske likt, eller de kan ha forskjellig uttrykksform. I løpet av en lengre sykdomsperiode kan nye smerter oppstå, eller det kan observeres en forsterkning av smerter på enkelte lokalisasjoner, samtidig som smertene andre steder blir svakere (Knudsen et al, 2016, s. 389).

En slik systematisk symptomkartlegging er sentralt også hos pasienter med kognitiv svikt og demens, men mer utfordrende. Kartlegging og behandling av smerter hos eldre mennesker er komplekst. Mange forhold må tas hensyn til både ved planlegging og gjennomføring av smertekartlegging og smertebehandling (Torvik & Bjøro, 2014, s. 393). Smerte bør derfor kartlegges både i hvile og ved mobilisering. Helsepersonell bør kjenne pasienten godt og samarbeide med pårørende til pasienter som ikke klarer å formidle sin smerteopplevelse språklig, nettopp for å kunne tolke om endret atferd faktisk indikerer smerte (Knudsen et al, 2016, s. 399). I følge McCance og McCormack (2017, s. 44) vil man på denne måten også kunne få til en god personsentrert arbeidsmetode, hvor man bygger positive relasjoner og et sterk mellommenneskelig ferdighetsgrunnlag, nettopp for å forstå pasienten og lettere kjenne til hvilke atferdsforandringer som kan indikere smerte.

Ettersom gullstandarden for smertekartlegging er personens selvrapporing, er gamle mennesker med kognitiv svikt og demens i sykehjem spesielt utsatt for mangelfull smertevurdering og behandling (Torvik et al, 2014, s. 395-397). Mange er i stand til å formidle sine smerter tydelig med ord i sykdommens tidlige faser, men etter hvert som tilstanden utvikler seg, svekkes evnen til språklig kommunikasjon i så stor grad at pasienten ikke lenger klarer å formidle sin smerte til omverden med ord. Med sviktende språkevne blir det nødvendig å observere atferd som tegn på smerte (sitert i Torvik et al, 2014, s. 397). Dermed blir direkte observasjon av smerteatferd standard metode ved smertekartlegging hos personer som ikke kan uttrykke seg verbalt eller som er kognitivt svekket (Monroe et al, 2012). Forskning viser at helsepersonell er avhengige av atferdsindikatorer for å vurdere smerter hos denne pasientgruppen. På en annen side ser man at personer med demens og kreft har redusert motorisk funksjon, noe som innebærer at flere indikatorer på smerte kan være unnvikende. Uten åpenbare tegn på smerte eller ubehag, kan det resultere i at sykepleiere velger å ikke administrere smertestillende. Enhver uvanlig oppførsel hos personer med demens bør derfor trigge smertevurdering. (Monroe et al, 2012).

Smertekartlegging er en selvstendig sykepleierfunksjon, som utføres av sykepleieren på egen hånd. Ettersom smerte kan være svært ødeleggende og har stor betydning for mennesker, er det av betydning at sykepleiere benytter smertekartlegging fortløpende, med fokus på informasjon om smerten og hvordan den virker inn på pasientens fysiske, kognitive og psykososiale funksjon (sitert i Torvik et al, 2014, s. 393). Likevel viser forskning at helsepersonell sjelden eller aldri benytter smertekartleggingsverktøy (Lillekroken et al, 2013). Mye tyder på at den øverste ledelsen har manglende forståelse for behovet for å avsette tid til faglig oppdatering av personalet samt å gi bedre muligheter for kursing, kan være en medvirkende årsak til at nødvendig kartleggingsutstyr ikke blir tatt i bruk (Jenssen et al, 2013). I studien til Lillekroken et al (2013) kom det frem at informantene hadde av oppfatning at smertekartleggingsverktøy ikke kunne benyttes hos personer med demens.

Det er derfor avgjørende å velge kartleggings skjemaer ut fra den enkelte pasients kognitive og funksjonelle evner, og hvilket skjema den enkelte føler seg vel med å bruke.

Når et smertevurderingsskjema er valgt, er det viktig å bruke det konsekvent slik at en kan følge smerteutviklingen over tid. Slike verktøy kan også benyttes for å evaluere effekten av smertelindrende tiltak (Torvik et al, 2014, s. 395). I dag finnes det flere ulike skjema for kartlegging av smerte hos eldre som ikke har evne til å uttrykke seg verbalt. Skjemaene baseres på observasjon av atferd, hvor en observerer kjennetegn på smerte. Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia-2 (MOBID-2) er et slikt smertekartleggingsverktøy som er et godt hjelpemiddel for å kartlegge smerter hos eldre mennesker med redusert evne til å uttrykke smerter verbalt (Torvik et al, 2014, s. 398).

MOBID-2 smerteskala er et kartleggingsinstrument utviklet for å observere smerteatferd blant personer som har demens. Smertekartleggingsverktøyet er basert på smertekartlegging under mobilisering av pasienten hvor en kartlegger om pasienten gir uttrykk for smerte under mobilisering, hvor intense smerter en tror pasienten har, hvor pasienten har smerter og pasientens totale smerteintensitet (siteret i Torvik et al, 2014, s. 398).

Et studie utført av Husebø, Ostelo og Strand (2014) viste at ved bruk av smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 kunne man fange opp endringer i smertenivå i muskel- og skjelettsystemet, samt hode, hud og indre organer. Her kom det frem at bevegelse av hofter, knær og ankler, samt mobilisering i seng var de mest smertefulle elementene relatert til muskel- og skjelettsystemet. De mest smertefulle områdene knyttet til indre organer, hode og hud, var områder for bekkenet og kjønnsorganer. Studien belyste at de pasientene som fikk bruke MOBID-2 ble bedre smertelindret og smertekartlagt enn de pasientene som ikke fikk bruke MOBID-2 og som fikk behandling som tidligere (Husebo et al, 2014).

God omsorg til den gamle pasienten krever videreformidling av observasjoner. Bruk av smertekartleggingsverktøy er med på å bedre grunnlaget for tiltakene i pasientens behandlingsplan og er med på å fremme fokuset omkring pasientens smerter. Det er sykepleierne som skal identifisere, videreformidle observasjoner til legen samt igangsette forordnet behandling og vurdere effekten (Jenssen et al, 2013). Ved å benytte smertekartleggingsverktøy kan man redusere prøving og feiling og dermed unngå fare

for både over-, under- og feilbehandling av pasienter med komorbid demens og kreft (Jenssen et al, 2013).

5.4 Sykepleierens rolle og kompetanse

Halvparten av alle pasienter på sykehjem har Alzheimers og ettersom Alzheimers ofte forekommer sammen med eksempelvis kreft, er det svært sentralt at sykepleiere har kunnskap om hvordan smerte oppleves hos denne pasientgruppen. Selv om standarden for smertevurdering er selvrapporing, mister personer med Alzheimers og annen type demens, evnen til å uttrykke smerter verbalt. Dette innebærer at sykepleiere må vurdere smerter etter atferdsindikatorer og på den måten evaluere ubehag (Monroe et al, 2012).

Kunnskap om de ulike demenssykdommene, kjennskap til hvordan pasienten uttrykker smerte, kunnskap om tilpassede, observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy og smertelindring er av betydning og kan avgjøre hva som er til det beste for pasienten og spesielt hva som er den mest effektive smertelindringen for pasienten (Lillekroken et al, 2013). Sykepleiere har derfor et ansvar for smertevurdering, administrering av tilstrekkelig mengde smertestillende og å se etter tidlige tegn på bivirkninger slik at de ikke blir for stor belastning for den gamle pasienten (Lillekroken et al, 2013).

Kontinuitet bidrar til større pasienttilfredshet ved palliative tiltak. Når det kommer til demensomsorgen kreves det god dokumentasjon slik at forflytninger og endringer i personalgruppen ikke bidrar til forvirring og katastrofereaksjoner. Utfordringen er at de personene som har kontakt med pasienten, både trenger kompetanse i demensomsorg og tilstrekkelig kompetanse i palliasjon, noe som er svært nødvendig for å kunne identifisere palliative behov, kartlegge symptomer og sette i gang nødvendige og hensiktsmessige tiltak (Huurnink et al, 2016, s. 680).

Det som vanskeliggjør situasjonen både for personen med demens, men også for helsepersonell, er at vedkommende stadig utvikler redusert evne til refleksjon over hva smerten skyldes, smertens karakter og styrke, og i tillegg får personen redusert evne til å formidle smertebildet til omgivelsene på en adekvat måte. Helsepersonells

utfordringer er å observere, tolke og forstå hva personens atferd kan være uttrykk for (Hanson et al, 2015, s. 257). Det blir derfor viktig å ha kunnskap og kompetanse om ulike kjennetegn på smerte hos personer med demens.

I følge Hanson et al (2015, s. 257-258) kan personer med demens vise kjennetegn på smerte via non-verbale kjennetegn, verbale kjennetegn og via atferd eller uro. Non-verbale kjennetegn innebærer pannerynking, trist eller skremt uttrykk, rask blinking eller stønning. Selv om personer med alvorlig demens har svekket evne til å reflektere over sine egne smerteopplevelser, kan de også uttrykke smerte verbalt via synging, utrop, banning eller bruk av "grove" ord. Dersom man er usikker på de non-verbale og verbale kjennetegnene, kan man også se etter atferdsendringer eller uro. Dette kan vise seg gjennom vimsing, agitasjon, økt vandring, rastløshet, vugging og endret ganglag eller holdning. Samtidig kan man se etter atferdsendringer som at personen med demens motsetter seg hjelp eller forandrer seg og viser mer voldelig atferd som tilbaketrekning, økt forvirring, irritabilitet og gråt, eller at personen nekter å spise, hviler lengre enn vanlig eller er søvnløs (Hanson et al, 2015, s. 257-258).

Mangel på kunnskaper og ferdigheter hos sykepleiere og leger representerer barrierer for effektiv vurdering og behandling av smerter (sitert i Torvik et al, 2014, s. 392). Instrumenter som er basert på observasjon av pasientens atferd og kartlegging av smertens tilstedeværelse og smertens intensitet er derfor avgjørende. Systematisk smertevurdering og dokumentasjon vil bidra til å fremme kvalitet i demensomsorgen og utøve faglig forsvarlig praksis. Dette avhenger av at sykepleierne som arbeider med denne pasientgruppen har klinisk kunnskap og tid til å bli kjent med pasienten (Lillekroken et al, 2013). Dette blir også fremhevet i McCance og McCormack's teori om personsentrert omsorg, hvor engasjement er en viktig del av tilknytningen til pasienten. Å ha kunnskap om pasienten, klarhet i pasientens tro og verdier samt kunnskap om egen profesjonell kompetanse er avgjørende og grunnleggende for å kunne arbeide personsentrert (McCance et al, 2017, s. 56). Lillekroken et al (2013) trekker også videre frem i sin studie om verdien av å ha tid til å reflektere sammen med kollegaer, nettopp for å foreta nøyaktig og sikker smertevurdering.

Faglig kunnskap er en viktig forutsetning for å gjøre gode vurderinger av pasientens tilstand. Generell kunnskap om sykdommer, medisiner og gode kunnskaper om demens og utviklingen av sykdommen er en forutsetning for å forstå pasientens signaler (Jenssen et al, 2013). Forskning viser at sykehjemmene har lite fokus på kunnskapsutvikling av personalet, noe som gjør at det kan være vanskelig å holde seg oppdatert på grunn av at arbeidsplassen ikke legger til rette for faglig utvikling (Jenssen et al, 2013).

I følge Helsepersonelloven §4 første ledd, skal "helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig" (siteret i Molven, 2012, s. 127). Da kan man vurdere hvorvidt arbeidet sammen med pasientene er forsvarlig, dersom ledelsen ikke sørger for å holde helsepersonell faglig oppdatert. Som sykepleier har man altså en plikt til å sørge for at pasientene blir behandlet og pleiet av helsepersonell som har en adekvat kompetanse (Molven, 2012, s. 137). I et studie utført av Jenssen et al (2013) kom det dessuten frem at mangel på kvalifisert personell kunne føre til at pasienter med vekslende behov for smertelindring, ble satt på fast smertebehandling og var dermed utsatt for overbehandling. Ved at ledelsen sørger for faglig kompetanseheving og godt samarbeid i pleiemiljøet vil man trolig kunne bidra til å bedre smertevurderingen av pasientene og spare dem for unødige lidelser (Jenssen et al, 2013).

I arbeid med smertelindring til pasienter med komorbid demens og kreft forutsetter det at det faglige teamet er godt kvalifisert, gode samarbeidsforhold og god kommunikasjon. Språkvansker bidrar til usikkerhet fordi man ikke kan få bekreftet eller diskutert observasjoner med pasienten, eller at smerteatferden rett og slett ikke blir oppdaget. Det er dermed av betydning at det til enhver tid er sykepleiere som har kompetanse og gode faglige kunnskaper, tilgjengelig på avdelingen (Jenssen et al, 2013).

6.0 Konklusjon

Målet med dette litteraturstudiet var å undersøke hvordan man som sykepleier kan tilrettelegge for optimal smertelindring til personer med demens og kreft i palliativ fase. Til tross for stor bevissthet rundt dette temaet, indikerer resultater fra forskning at personer med demens og kreft lider unødig og i stillhet, i siste fase av livet. Som sykepleier har man derfor en betydningsfull oppgave når det kommer til smertelindring i den palliative fasen. For å kunne sikre smertelindring til nettopp denne pasientgruppen, viser forskning at det er avgjørende med kunnskapsrike og kompetente sykepleiere. Utfordringen her viser seg å være at helsepersonell som har kontakt med pasienten, både trenger kompetanse i demensomsorg og tilstrekkelig kompetanse i palliasjon, noe som er nødvendig for å identifisere individuelle behov, kartlegge smerter og sette i gang nødvendige og hensiktsmessige tiltak.

Ut i fra forskning har jeg sett på hvilke konsekvenser pasientene står ovenfor dersom helsepersonell ikke klarer å fange opp tegn på smerte. Det viser seg at det å ha demens og kreft kan føre til både over-, under- og feilbehandling av smerter, nettopp grunnet mangel på sykepleiekunnskap. Det gjenstår enda forbedringspotensial når det kommer til smertelindring til pasienter med demens og kreft i palliativ fase, men ved å benytte skreddersydde smertekartleggingsverktøy vil man kunne sikre at pasienten oppnår redusert smerteopplevelse, best mulig livskvalitet i siste fase av livet, samt en verdig død.

7.0 Referanser

- Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I B. R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie – Bind 1*. (4. utg., s. 355-398). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2014). Svulster. I B. S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (red.). *Sykdom og behandling*. (1. utg., s. 123-145). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Blytt, K. M., Selbæk, G., Drageset, J., Natvig, G. K. & Husebo, B. S. (2017). Comorbid Dementia and Cancer in Residents of Nursing Homes: Secondary Analyses of a Cross-Sectional Study. *Cancer Nursing*, Published Ahead of Print.
DOI: 10.1097/NCC.0000000000000478.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grov, E. K. (2014). Pleie og omsorg ved livets slutt. I B. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 522-537). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hanson, A. M. & Solheim, K. V. (2015). Omsorg ved livets slutt. I B. K. V. Solheim (red.). *Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (3. Utg., s. 255-264). Oslo: Universitetsforlaget.
- Haugen, D. F. & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I B. S. Kaasa & J. H. Loge (red.). *Palliasjon – nordisk lærebok*. (3. utg., s. 112-125). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*.

Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>

Husebo, B. S., Ostelo, R., & 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. doi:10.1002/ejp.507

Huurnink, A. & Haugen, D. F. (2016). Palliasjon til personer med demens. I B. S. Kaasa & J. H. Loge (red.). *Palliasjon – nordisk lærebok*. (3. utg., s. 672-689). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jensen, G. M., Tingvoll, W. A., & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk Sykepleie*, 5(3), 26-34.

http://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3_vitensk_artikkel_smertebehandling_2406.pdf

Kaasa, S. (2016). Smertebehandling – generelle prinsipper. I B. S. Kaasa & J. H. Loge (red.). *Palliasjon – nordisk lærebok*. (2. Utg., s. 402-410). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Knudsen, A. K. & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. I B. S. Kaasa & J. H. Loge (red.). *Palliasjon – nordisk lærebok*. (2.utg., s. 387-401). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kreftregisteret (2015). *Kreftstatistikk*. Hentet 21. Mars 2017 fra

<https://www.kreftregisteret.no/registrene/kreftstatistikk/>

Lannie, A. & Peelo-Kilroe, L. (2017). Person-Centredness in palliative care. I B. B. McCormack & T. McCance (red.). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. (2. Utg., s. 248-258). Chichester: Wiley Blackwell.

- Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden*, 33(3), 29-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/010740831303300307>
- McCance, T. & McCormack, B. (2017). The Person-centred Practice Framework. I B. B. McCormack & T. McCance (red.). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. (2. Utg., s. 36-64). Chichester: Wiley Blackwell.
- McCormack, B. & McCance, T. (2017). Introduction. I B. B. McCormack & T. McCance (red.). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. (2. Utg., s. 1-10). Chichester: Wiley Blackwell.
- McCormack, B. & McCance, T. (2017). Underpinning principles of person-centred practice. I B. B. McCormack & T. McCance (red.). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. (2. Utg., s. 13-35). Chichester: Wiley Blackwell.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Monroe, T. B., Carter, M. A., Feldt, K. S., Dietrich, M. S. and Cowan, R. L. (2013). Pain and hospice care in nursing home residents with dementia and terminal cancer. *Geriatrics & Gerontology International*, 13: 1018–1025. doi:10.1111/ggi.12049
- Monroe, T., Carter, M., Feldt, K., Tolley, B., & Cowan, R. L. (2012). Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(9), 2070-2078. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05929.x
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I B. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 408-437). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Torvik, K. & Bjørø, K. (2014). Smerte. I B. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 390-407). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Tabell 1: Søk i Cinahl

	Søkeord	Antall treff	Avgrensning
S1	Cancer pain AND palliative care	263	2012-2017
S2	Cancer OR cancer pain AND dementia AND palliative care OR end of life	54	2012-2017
S3	Cancer pain AND dementia AND palliative care OR end of life	5	2012-2017

Utvalgt artikkel S3: *"Assessing advanced cancer pain in older adults with dementia at the end-of-life"*. Av Monroe, Carter, Feldt, Tolley & Cowan.

Tabell 2: Søk i Cinahl

	Søkeord	Antall treff	Avgrensning
S1	Pain measurement AND dementia	106	2012-2017
S2	Pain assessment AND dementia OR alzheimers	67	2012-2017
S3	Pain AND dementia AND mobid-2	2	2012-2017

Utvalgt artikkel S3: *"The MOBID-2 pain scale: reliability and responsiveness to pain in patients with dementia"*. Av Husebo & Strand.

Tabell 3: Søk i PubMed

	Søkeord	Antall treff	Avgrensning
S1	Palliative care AND pain management	1672	2012-2017
S2	S1 + Dementia	61	2012-2017
S3	S1 + S2 + Cancer	13	2012-2017

Utvalgt artikkel S3: *"Pain and hospice care in nursing home residents with dementia and terminal cancer"*. Av Monroe, Carter, Feldt, Dietrich & Cowan.

Tabell 4: Søk i PubMed

	Søkeord	Antall treff	Avgrensning
S1	Dementia AND cancer	1744	2012-2017
S2	S1 + Comorbid	27	2012-2017

Utvalgt artikkel S2: *"Comorbid Dementia and Cancer in Residents of Nursing Homes: Secondary Analyses of a Cross-Sectional Study"*. Av Blytt, Selbæk, Natvig & Husebo.

Tabell 5: Søk i SveMed

	Søkeord	Antall treff	Avgrensning
S1	Demens OG smerte	12	2012-2017
S2	Demens OG smertevurdering	11	2012-2017
S3	Demens OG smertevurdering OG smertelindring	1	2012-2017

Utvalgt artikkel S1: *"Smertebehandling til personer med langtkommen demens"*. Av Jenssen, Tingvoll & Lorem.

Utvalgt artikkel S3: *"Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer"*. Av Lillekroken & Slettebø.

Vedlegg 2: Kritisk vurdering av artikkel

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

Vedlegg 3: Kritisk vurdering av artikkel.

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

Den kvalitative studien som jeg har valgt
å kritisk vurdere er

Lillecroken, D & Stetteboer Å. (2013). Smerte kartlegging
og smertelindring hos pasienter med demens:
utfordringer og dilemmaer.

(Fullstendig tittel: se referanseliste).

1

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>

2

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>Måten data ble samlet inn på er godt beskrevet i studien samt settingen for datainnsamlingen.</p>
---	--

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Hvordan analysen ble gjennomført er godt beskrevet i eget kapittel. Der beskrives hvordan analysen ble gjennomført, hvilken analyse som ble benyttet og hvilke kategorier forskerne har kommet fram til ut i fra analysene.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: I studien blir det gjort rede for hvilken kontekst datainnsamlingen foregikk i. Det kommer ikke tydelig fram forskerens teoretiske ståsted og faglige bakgrunn.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Funnene i studien ble diskutert opp mot andre kilder for å belyse funn.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 	<p>Dette ble gjort i et eget kapittel i artikkelen.</p>		
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>Kommentar: studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datagjeneste Nødvendige bilsteler ble innhentet og deltakerne fikk informasjonsskriv og deltakerne levde informerte samtykke.</p>			

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>Kommentar: I studien kommer hoved funnene klart fram, og diskuteres i lys av det opprinnelige formålet.</p>			

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: studien vurderes som svært relevant da den tar for seg sykepleieres erfaringer med smertetattlegging og smertelindring av personer med demens og vurdering av smertebehandling. Flere utfordringer ble beskrevet, og tar utgangspunkt i tema som er relevant for min bacheloroppgave.</p>		
--	--	--	--

Vedlegg 3: MOBID-2 Smerteskala

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn:

Dato:

Tid:

Avdeling:

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1–5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd

Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte



Smertelyd
«Aul»
Stønner
Ynker seg
Gisper
Skriker



Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Rynker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene



Avvergereaksjon
Stivner
Beskytter seg
Skyver fra seg
Endringer i pusten
Krymper seg

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DIN(E) OBSERVASJONER

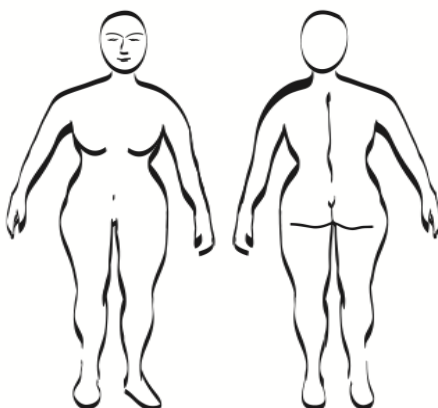
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteldd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIKS

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)



6. Hode, munn, hals

0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

7. Bryst, lunge, hjerte

8. Mage – øvre del

9. Bekken, mage – nedre del

10. Hud, infeksjon, sår

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bettina.Husebo@isf.uib.no; Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen