



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001-PRO-1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	260
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8341
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Å lindre ordlaus smerte

Relieving unspoken pain

Kandidatnr 260

Bachelorutdanning i sjukepleie
Fakultet for helse- og sosialvitskap,
Institutt for helse- og omsorgsvitskap,
Sjukepleie, campus Stord
Rettleiar: Angelina Belova
Innleveringsfrist: 21.04.2021

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Å lindre ordlaus smerte

«Skal man hjelpe en annen, må man først finne ut hvor han er, og møte ham der.

Dette er det første bud i all sann hjelpekunst»,

Søren Kierkegaard



Foto: (Encyclopædia Britannica ImageQuest)

Bacheloroppgåve i sjukepleie

Høgskulen på vestlandet, campus Stord

Kull 2018

Antal ord: 8341

Innleveringsfrist: 21.04.2021

Samandrag

Tittel: Å lindre ordlaus smerte

Bakgrunn: Omtrent 80% av sjukeheimspasientar i Noreg har ein demensdiagnose. Rundt halvparten av alle eldre er plaga med smerte. Pasientar med langtkomen demens kan ikkje sjølve seie ifrå om kor og korleis det smertar.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar bidra til å lindre smerte hos pasientar med langtkomen demens i sjukeheim?

Hensikt: Å undersøkje kva for faktorar som påverkar smertebehandling av pasientar med langtkomen demens i sjukeheim.

Metode: Litteraturstudie.

Funn: Smerte er forbunde med auka hjelpebehov og har ein negativ innverknad på målt livskvalitet. Mangel på kunnskap om demens, smerte og smertelindring generelt er ein barriere for god smertebehandling av pasientar med langtkomen demens. Smerte hos denne pasientgruppa ofte har ein somatisk årsak, og kunnskap om smertevurdering og ulike metodar for smertebehandling er viktig. Rutinemessig smertevurdering ved bruk av standardisert smertekartleggingsverktøy, og god dokumentasjon, er avgjerande for å kunne gje best mogleg smertebehandling. Erfaring i bruk av slike verktøy er ein fordel, og opplæring er naudsynt før dei vert tekne i bruk.

Konklusjon: Fagleg kunnskap, mellommenneskeleg kompetanse og tid til omsorg er viktige faktorar for å lukkast med smertebehandling. Fokus på smerte og smertebehandling er ei hovudoppgåve for sjukepleiar med ansvar for denne pasientgruppa i sjukeheim.

Nøkkelord: Demens, smertevurdering, smertebehandling, livskvalitet

Summary

Title: Relieving unspoken pain

Background: Approximately 80% of nursing home patients in Norway suffer from dementia. Roughly half of the elderly population have pain issues. Patients with advanced dementia are unable to self-report the whereabouts and intensity of their pain.

Research question: How can nurses contribute to relieve pain in nursing home patients with advanced dementia?

Aim: To explore which factors influence pain management in nursing home patients suffering from advanced dementia.

Method: Literature study.

Findings: Pain is associated with an increased need for assistance and has a negative impact on quality of life. Lack of knowledge about dementia, pain and pain relief in general is barriers to pain management of patients with advanced dementia. These patients' pain is often caused by somatic disorders, and knowledge of pain assessment and different methods of pain management is of great importance. Routine pain assessment using standardized pain assessment scales, and proper documentation, is crucial for providing the best possible pain management. Experience in using these tools is an advantage, and training is necessary prior to use.

Conclusion: Professional knowledge, interpersonal competence and time for solicitude are important factors for succeeding with pain management. To focus on pain and pain management is a main task for nurses responsible for this group of patients in nursing homes.

Keywords: Dementia, pain assesment, pain management, quality of life

Innhald

1 Innleiing	1
1.1 Problemstilling	1
1.2 Grunngeving for val av tema.....	2
1.3 Avgrensing og presisering.....	2
1.4 Hensikt	3
2 Teori	4
2.1 Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi.....	4
2.2 Demens.....	5
2.3 Smerte.....	5
Smerte hos eldre	6
Smerte ved demens.....	6
2.4 Sjukepleiarrolla	7
Sjukepleie i sjukeheim	7
Sjukepleie ved smerte.....	7
Sjukepleie ved demens	7
2.5 Livskvalitet.....	8
Aldring og livskvalitet.....	8
Livskvalitet ved alvorleg demenssjukdom	8
3 Metode.....	9
3.1 Litteraturstudie som metode	9
3.2 Mitt søk etter litteratur.....	9
<i>Tabell, søk 1</i>	10
<i>Tabell, søk 2</i>	10
3.3 Metodekritikk.....	11
Relevans	12
Truverd	12

Etikk	12
4 Resultat.....	13
4.1 Samandrag av artiklar.....	13
4.1.1 «Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter»	13
4.1.2 «Observational pain assessment in older persons with dementia in four countries: Observer agreement of items and factor structure of the Pain Assessment in Impaired Cognition».....	13
4.1.3 «Facilitators, Barriers, and Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia»	14
4.1.4 «Association between Pain and Quality of Life in Severe Dementia: A Norwegian Cross-Sectional Study»	15
4.1.5 «How, Why and Where it Hurts – Breaking Down Pain Syndrome Among Nursing Home Patients With Dementia: A Cross-Sectional Analysis of the COSMOS Trial»	16
4.1.6 «The Effect of a Multicomponent Intervention on Quality of Life in Residents of Nursing Homes: A Randomized Controlled Trial (COSMOS)».....	17
4.2 Oppsummering av funn.....	18
5 Drøfting	19
5.1 Smerte og livskvalitet.....	19
5.2 Sjukepleiar-pasient-relasjonen ved langtkomen demens	20
5.3 Å oppdage smerte.....	21
5.4 Smertebehandling.....	23
6 Oppsummering	26
Referansar.....	27
Vedlegg	31
Vedlegg 1: Oversikt over artiklar	31

1 Innleiing

Som følgje av den demografiske utviklinga, med stadig aukande forventade levealder, vert det fleire og fleire eldre i samfunnet. Alderdomen fører for mange med seg sjukdom og lidning, noko som kan gje både funksjonstap og smerteproblematikk, og kan føre til at eldre får ei kjensle av redusert livskvalitet. I Noreg i dag lever om lag 101000 personar med demens, og av pasientar med langtidsplass i sjukeheim har i overkant av 80 % ein demenssjukdom (Folkehelseinstituttet, 2021). Prevalensen av både smerte og demens aukar ved aukande alder (Wagatsuma et al., 2021). Sidan det er dei skrøpeligaste pasientane som får langtidsplass i sjukeheim i Noreg, og som nemnt rundt 80% av sjukeheimspasientane har ei eller anna form for demens, er det svært sannsynleg at brorparten av pasientane med demenssjukdom har smerteproblematikk. Likevel er det har kognitivt svekka eldre eit vesentleg lågare forbruk av smertestillande medikament enn kognitivt friske i sjukeheim (Bjørø & Torvik, 2008, s. 185).

Ved langtkomen demens har dei fleste pasientane mista evna til å uttrykkje seg ved hjelp av språk, og har også svekka evne til å tolke indre og ytre sanseintrykk. I tillegg er nedsett tankeevne, svikt i evna til å hugse, depresjon og endring i personlegdom typisk i det kliniske biletet ved demensutvikling (Bertelsen, 2016, s. 327). God omsorg til desse pasientane avhenger difor av at omsorgsgjevarane evnar å tolke dei ikkje-verbale uttrykka deira (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 418). Mange ulike uttrykk kan for personar utan språk vere indikatorar på smerte, eksempelvis endra atferd, ansiktsuttrykk, verbale utrop og/eller endra kroppshaldning. Rundt 20% av personar med langtkomen demens lir fordi smerteytringane deira ikkje vert forstått av omgjevnadane. (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 423-424). Kari Martinsen skildrar i sin omsorgsfilosofi at omsorg for desse svakaste pasientane er primæroppgåva i sjukepleie (Kristoffersen, 2016b, s. 58-59).

1.1 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar bidra til å lindre smerte hos pasientar med langtkomen demens i sjukeheim?

1.2 Grunngeving for val av tema

For få sjukeheimplassar i mange kommunar i landet gjer at berre dei mest hjelpetrengande vert tildelt livstidsopphald. Fordi personar med langtkomen demens ofte ikkje kan kommunisere ved hjelp av verbalt språk, uttrykkjer desse menneskene i mange høve smerte på måtar som må tolkast av omsorgsgjevar. Der eg var i den første sjukeheimspraksisen min hadde fleire av bebruarane langtkomen demens. Nokre av desse var mykje urolege, både kroppsleg og verbalt, og vart av den grunn ofte skjerma på romma sine. Eg erfarte ikkje at det vart stilt spørsmål til kva denne oppførselen grunna i, og eg såg ikkje at det vart sett i gong noko kartlegging av pasientane med tanke på deira uro. Utfordrande atferd hos pasientar med langtkomen demens kan vere uttrykk for smerte (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 424). For at desse pasientane skal oppleve best mogleg livskvalitet den siste tida av livet kan kartlegging av smerte, og individuell smertevurdering og -behandling vere essensielt.

Sjukepleiar har eit spesielt ansvar for desse eldre, som er blant dei svakast stilte pasientane i samfunnet; dei har ikkje høve til å ta vare på seg sjølv, og er prisgitt at andre sørgjer for dei. Kari Martinsen skildrar ein slik omsorgsrelasjon mellom sjukepleiar og pasient som ueigennyttig gjensidighet; sjukepleiar sørgjer for pasienten utan å vente noko tilbake (Kristoffersen, 2016b, s. 57).

1.3 Avgrensing og presisering

Langvarig eller vedvarande smerte kan i stor grad påverke livskvalitet (Nortvedt, Leegaard, Valeberg & Helseth, 2016, s. 19). Som skildra i problemstillinga tek eg i denne oppgåva for meg smerteproblematikk hos pasientar med langtkomen demens i sjukeheim. Eg avgrensar vidare fokusgruppa til å gjelde pasientar utan språk og høve til å sjølvrapportere smerte. Dette fordi pasientar utan språk er dei mest sårbare; dei treng at omsorgsgjevar klarar å tolke deira uttrykk og veremåte.

Då det er fagleg konsensus om at menneske med langtkomen demens uttrykkjer smerte gjennom atferd og kroppsspråk, brukar eg dette som faktagrunnlag og ser vidare på korleis denne kunnskapen kan nyttast for å betre smertebehandlinga hos pasientgruppa. Eg ser også på om sjukepleiar sitt faglege skjønn spelar ei rolle i dette arbeidet, og om sjukepleiar-pasient-

Kandidatnr: 260
Emnekode: SYKSB 3001 Sjukepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgåva)
Innleveringsfrist: 21.04.2021 kl 1400

relasjonen kan ha betydning for kvaliteten på smertelindringa, og difor på pasienten si oppleving av livskvalitet.

1.4 Hensikt

Utgangspunktet mitt for oppgåva er å søke etter forskning som kan hjelpe med å svare på kva for faktorar som spelar inn for å kunne gje pasientar med langtkomen demens optimal smertevurdering og -behandling. Eg har eit ynskje om å auke kunnskapen min innan dette temaet, og å kunne bidra til auka livskvalitet for sjukeheimspasientar med langtkomen demens.

2 Teori

Historisk har sjukepleieyrket for mange vore eit kall til å lindre menneske si lidning. Verdiane nestekjærleik og miskunn, og utøving av omsorg ut i frå ei altruistisk haldning ligg fortsatt som grunnlag for sjukepleie i dag (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 16).

2.1 Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi

Kari Martinsen tek i omsorgsfilosofien sin avstand frå tidlegare teoretikarar si eigenomsorgstenking, og legg i sin omsorgsteori vekt på at i sjukepleie er omsorg eit mål i seg sjølv. Martinsen meiner at eigenomsorg og sjølvstende er urealistisk for mange menneske som har behov for pleie, og framhevar resultatlaus sjukepleie, vedlikehaldsomsorg for dei sjukaste sjuke, som primæransvaret til sjukepleiaren (Kristoffersen, 2016b, s. 58-59).

Ifølgje Kari Martinsen har omsorg tre dimensjonar. For det første har omsorg ei relasjonell side; omsorg er ein sosial relasjon, noko som ligg naturleg i oss alle, og vert uttrykt gjennom korleis vi viser omtanke for kvarandre i det daglege (Martinsen, 2003, s. 69). I ein relasjon i yrkesmessig omsorg er den eine forplikta til å hjelpe den andre (Kristoffersen, 2016b, s. 60). Martinsen (2003, s. 76) skriv at som medmenneske kan sjukepleiar forstå den sjuke fordi livet for alle har fleire likhetstrekk, og at sjukepleiar ut i frå egne erfaringar kan gjenkjenne situasjonen pasienten er i. For å vite kva han treng må sjukepleiar setje seg inn i pasienten sin situasjon, og forsøke å gripe det han erfarar (Kristoffersen, 2016b, s. 60). Med grunnlag i dette, og den fagkunnskapen sjukepleiar har som yrkesutøvar, kan ho utøve særleg omsorgsfull pleie (Kristoffersen, 2016b, s. 62). Slik har omsorg gjennom handling også ei praktisk side (Martinsen, 2003, s. 15). Martinsen legg vekt på at omsorgsfulle handlingar i hjelpesituasjonar må gjennomførast på ein slik måte at den hjelpetrengande opplever anerkjenning, og ikkje umyndiggjering (Kristoffersen, 2016b, s. 62). Dette heng så saman med det tredje sida ved omsorg Martinsen skildrar i sin omsorgsteori; den moralske sida. Moral kjem til uttrykk i vår måte å forhalde oss til andre mennesker (Martinsen, 2003, s. 51). Kvaliteten i relasjonen i det praktiske arbeidet er det vesentlege i omsorgsmoralen (Martinsen, 2003, s. 17). For å skape ein relasjon til pasienten må sjukepleiar lytte til alle tonar som klinger ut frå han, og leite seg fram sin eigen tone, uttrykk og veremåte som gjev samklang med han (Martinsen, 2000, s. 32). Slik skildrar Martinsen korleis sjukepleiar kan tilnærme seg

pasienten og få tillit hos han. Sjukepleiar sansar, og ser fagleg (Martinsen, 2000, s. 29). For at pasienten skal oppleve tillit og kjenne seg imøtekomen forutset det, ifølgje Martinsen, at sjukepleiar har praktisk-moralsk handlingsklokskap; fagleg skjønn. I følgje Martinsen utvikler sjukepleiar praktisk-moralsk handlingsklokskap over tid, i samarbeid og kunnskapsfellesskap med andre sjukepleiarar (Kristoffersen, 2016b, s. 64). I seinare år har Martinsen kritisert den vitskapelege vridninga av sjukepleie, og at klinisk erfaring ikkje vert verdsett nok som evidens (Martinsen & Eriksson, 2009, s. 91). Martinsen skriv at evidens opprinneleg betyr å sjå og å innsjå; at ein får innsikt i noko og at det gjev ettertanke (Martinsen & Eriksson, 2009, s. 19).

2.2 Demens

For å oppfatte, handtere og forstå det som skjer rundt seg i verda brukar mennesker dei kognitive funksjonane sine. Kognitive funksjonar er blant anna sanseoppfatning, merksemd, evne til å hugse, læring, omgrepsdanning, språk, resonnering og problemløysing. I dei tilfeller der ei eller fleire av desse evnene er svekka eller mista seier ein at mennesket er ramma av kognitiv svikt. Kognitiv svikt er ikkje ein sjukdom, men eit symptom, og ein person med kognitiv svikt skal utredast med tanke på å kartlegge årsak til svikta (Wyller, 2020, s. 54).

Kognitiv svikt er eit framtrudande symptom ved demenssjukdomar. Demens er ein progredierande kognitiv hjernefunksjonssvikt som opptrer hos tidlegare kognitivt friske personar (Bertelsen, 2016, s. 326). Demens kan vere forårsaka av ulike organiske sjukdomar, og er i tillegg til kognitiv svikt kjenneteikna av nedsett evne til sjølvstende i aktivitetar i dagleglivet og endra sosial atferd (Engedal & Haugen, 2018, s. 18). Mennesker som er ramma av demens vil fungere dårlegare og dårlegare, og etterkvart verte fullstendig avhengig av hjelp (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411). Demens er ei fellesnemning på fleire ulike degenerative hjernesjukdomar. Den enkelte person som er ramma av demens treng differensierte sjukepleietiltak tilpassa sjukdomen sin og meistringsnivået sitt (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 434)

2.3 Smerte

Smerte kan definerast som ei ubehageleg sensorisk og kjenslemessig oppleving som skyldast vevsskade eller truande vevsskade, eller skildrast som om den gjer det (Aas, 2018, s. 14). Ein

annan definisjon viser til at smerte er subjektivt og personleg; smerte er det som personen som opplever den seier at det er, og eksisterer når personen som opplever den seier at den gjer (Rustøen, 2007, s. 127).

Smerte hos eldre

Kronisk smerte er vanleg hos eldre menneske, og dei har ofte ei blanding av ulike smertetypar. Kronisk smerte kan føre til auka sensitivitet, som igjen forsterkar smerteopplevinga. Det krever ei grundig vurdering av smertebiletet hos desse pasientane for å kunne gje dei god smertelindring (Wyller, 2020, s. 83).

Torvik og Bjøro (2014) viser til studiar frå sjukeheimar i Noreg der det er funne at rundt 50% av pasientane med kapasitet til sjølvrapportering har smerter. Lidingar som fører til langvarig smerte hos eldre er blant anna slitasje i muskel- og skjelettsystem, nevrologiske sjukdomar, trykksår, urinveisinfeksjonar og depresjon. Smerte kan ha alvorlege helsemessige konsekvensar som tap av sjølvstende i utføring av ADL, påverknad på kjenslemessig tilstand og risiko for depresjon, og auka fare for inaktivitet og komplikasjonar av sengeleie (Torvik & Bjøro, 2014, s. 391-392).

Smerte ved demens

Som nevnt aukar prevalensen av både smerte og demens ved aukande alder (Wagatsuma et al., 2021). Demens kan ha innverknad på smerteopplevinga til pasienten. Achterberg, Lautenbacher, Husebo, Erdal og Herr (2020) fann i ein studie at ulike demenssjukdomar kan føre til ulik smerteoppleving. Difor er diagnostisering av type demens, og individuell smertevurdering av pasientar med demenssjukdom, essensielt.

I den første definisjonen i første avsnitt ovafor er det gitt at personen det gjeld kan skildre den opplevde smerta. I den andre definisjonen er det lagt endå sterkare vekt på sjølvrapportering, gjennom at smerte *eksisterer når personen som opplever den seier at den gjer det*.

Sjølvrapportering frå personen det gjeld er den beste måten å vurdere om smerte er tilstades, og graden av smerte (Achterberg et al., 2020). Slike definisjonar som nevnt ovanfor er problematiske i dei tilfeller der personen si evne til å skildre smerte er redusert eller fråverande. Alvorleg demens svekker ein person si evne til å tolke smertefulle stimuli og verbalt formidle dei indre opplevingane sine, noko som gjer det naudsynt med alternative metodar for smertekartlegging hos desse pasientane (Bjøro & Torvik, 2008, s. 182).

2.4 Sjukepleiarrolla

Sjukepleie i sjukeheim

Utgangspunktet for sjukepleie er dei grunnleggande behova til pasienten, og hans oppleving av og reaksjonar på sin situasjon. I tillegg til å bygge på teoretisk og fagleg kunnskap er evne til observasjon og innleving viktig i sjukepleie, og sjukepleiar må bevisst og oppmerksomt bruke sansane i møte med pasienten (Kristoffersen et al., 2016, s. 16-17).

Sjukepleieyrket omfattar samla sett fleire ulike funksjons- og ansvarsområder (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Kva funksjon og ansvar ein sjukepleiar har i det daglege arbeidet avheng av kva for brukar- eller pasientmålgruppe ho arbeider med. I ei sjukeheimsavdeling, der pasientane ofte er svært pleietrengande, er mange av arbeidsoppgåvene til sjukepleiar retta mot å auke pasientane si opplevde velvære gjennom å lindre plager og ubehag og å førebygge komplikasjonar og vidare tap av funksjonar (Kristoffersen et al., 2016, s. 27). Kari Martinsen skriv at omsorgsfull pleie har stor betydning i ein omsorgsrelasjon som er prega av stillstand eller tilbakegang (Martinsen, 2003, s. 78), slik sjukepleia er i sjukeheim.

Sjukepleie ved smerte

Det er høg førekomst av smerte hos sjukeheimspasientar (Torvik & Bjørø, 2014). Sjukepleiar har ein viktig funksjon i smertebehandling, der ho gjennom observasjon, kartlegging og vurdering av smerte har ansvar for administrering og evaluering av smertelindrande tiltak (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016). Når det gjeld behandling av smerte treng sjukepleiar kunnskap om både medikamentelle og ikkje-medikamentelle tilnærmingar, og sjukepleiar må halde seg fagleg oppdatert, då nyvinningar stadig skjer på desse felta (Rustøen, 2007, s. 135).

Sjukepleie ved demens

Personsentrert omsorg er anbefalt i behandling og omsorg for personar med demens. Personar med demens kan på grunn av kognitiv svikt og redusert funksjonsnivå få ei kjensle av redusert personverd (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 300). Ved personsentrert omsorg skal det berande i relasjonen mellom sjukepleiar og pasient vere gjensidighet og likeverd, og gjennom dette kan pasienten si kjensle av personverd styrkast (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 304). I sjukepleiar-pasient-relasjonar når pasienten ikkje er i stand til å utøve autonomi må sjukepleiar handle ut i frå kva ho trur pasienten ville ha ynskt for seg sjølv. Sjukepleiar må empatisk setje seg inn i den sjuke sin situasjon. Å vise empati er å bli berørt av den andre si smerte eller ubehag, og inneber innlevingsevne og medkjensle. At sjukepleiar har ei empatisk tilnærming er særleg

viktig i samhandling med pasientar som ikkje med språk kan gje uttrykk for korleis dei har det (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 109-111).

2.5 Livskvalitet

Livskvalitet er ei subjektiv positiv oppleving av å leve eit godt og meningsfullt liv. Kva som er viktig i eins liv endrar seg med tid og erfaringar. Det er individuelt kva som gjev eit menneske mening i livet (Rannestad & Haugan, 2016, s. 29).

Aldring og livskvalitet

Eldre menneske knyttar ofte det å ha eit godt liv i alderdommen med å klare seg sjølv i sin eigen heim. For dei fleste fører aldring med seg redusert helse og funksjonsnivå. For likevel å kjenne meistring, og ikkje føle at livet er mindre verdt å leve, er det viktig å senke ambisjonsnivået. Dette kan vere noko som for mange skjer naturleg, og kan vere årsaka til at dei fleste eldre er tilfredse og kjenner livskvalitet trass funksjonsreduksjon (Thorsen, 2014, s. 67-68).

Livskvalitet ved alvorleg demenssjukdom

Når menneske vert så hjelpetrengande at dei treng bu i sjukeheim vil igjen andre faktorar spele inn på opplevd livskvalitet. Av pasientar i sjukeheim har ca 80% ei form for demens (Hauge, 2014, s. 266). Kristoffersen (2016a, s. 55-57) meiner Siri Næss si skildring av livskvalitet passar til korleis livskvalitet kan oppfattast for personar med kognitiv svikt. Siri Næss skildrar livskvalitet som opplevingskvalitet; med element som psykisk velvære, og nærvær av positive og fråvær av negative opplevingar. Lindrande behandling med tanke på å redusere ubehag er essensielt for desse pasientane (Ranhoff, 2014, s. 90).

3 Metode

Oppleving av smerte og livskvalitet er subjektivt. I forskning kan ein nytte både kvalitativ og kvantitativ metode for å måle desse parametrane. Ved kvalitativ metode, der menneska sjølv får svare for seg, kan ein få det mest korrekte resultatet, og ein kan få utdjupa forståing for kva respondentane legg i opplevingane. Ved kvantitativ metode skal data kunne uttrykkast gjennom tal (ndla.no). Dette gjev statistisk grunnlag, men avgrensa forståing for den subjektive opplevinga.

3.1 Litteraturstudie som metode

Ein litteraturstudie bygger i hovudsak på skriftlege kjelder. Utgangspunktet for ein litteraturstudie er at ein har eit tema, ei problemstilling, som ein ynskjer å undersøkje nærare (Dalland, 2013, s. 223). I formuleringa av problemstillinga er hovudemnene i studien gitt. Ein vender seg til eksisterande forskning og faglitteratur som kan belyse desse emnene. Ein må grunnkje valet av forskingsartiklar ein ynskjer å bruke i ein slik studie, og kritisk vurdere deira relevans og pålitelegheit. I ein litteraturstudie er kjeldekritikk essensielt. Kor truverdig og fagleg ei ferdig oppgåve er avheng av eit godt beskrive og begrunna kjeldegrunnlag (Dalland, 2013, s. 67).

3.2 Mitt søk etter litteratur

I søk etter forskning har eg tatt utgangspunkt i problemstillinga mi og det eg ynskjer å undersøkje. Eg har nytta databasen Cinahl ved søk etter relevante forskingsartiklar, då dette er ein database eg har god erfaring med frå før. CINAHL er ein bibliografisk database som inneheld referansar til litteratur om blant anna sjukepleie (Norsk bibliotekforening, 2020). Søka eg har gjort har vore avgrensa til fagfelleverdert forskning på personar i alderen 65+, i perioden frå 01.01.15 til i dag.

Etter avgrensingane eg har presisert med tanke på fokus i oppgåva starta eg søk med bakgrunn i følgjande tema: «*Vurdering av smerter hos personar med langtkomen demens/personar med avgrensa høve til sjølrapporing*», med tilhøyrande søkjeord: dementia, cognitive impairment, pain assessment, pain indicators, pain expressions, pain recognition:

Søk nr	Søkeord	Antal treff
S1	Dementia	9400
S2	Cognitive impairment	6920
S3	Pain assessment	1565
S4	Pain expressions	45
S5	Pain indicators	70
S6	Pain recognition	23
S7 = S1 OR S2		13674
S8 = S3 OR S4 OR S5 OR S6		1641
S9 = S7 AND S8		124

Tabell, søk 1

Etter søka gjekk eg systematisk gjennom resultatlistene, og basert på artikkeltitlane i søk S9 plukka eg ut 14 interessante og relevante artiklar.

Av dei 14 blei følgjande artiklar valt ut:

Artikkel 1

Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter,
 (Rostad, Grov, Utne & Halvorsrud, 2019).

Artikkel 2

Observational pain assessment in older persons with dementia in four countries: Observer agreement of items and factor structure of the Pain Assessment in Impaired Cognition,
 (Waal et al., 2019).

I neste omgang søkte eg etter forskning om smertebehandling, der eg tok med eit nytt søkjeord: pain management, som eg kombinerte med tidlegare søk S7:

Søk nr	Søkeord	Antal treff
S10	Pain management	2344
S11 = S7 AND S10		112

Tabell, søk 2

Eg gjekk igjen systematisk gjennom resultatlistene, og basert på artikkeltitlane i søk S11 plukka eg ut fire interessante og relevante artiklar.

Av dei fire blei følgjande artikkel valt ut:

Artikkel 3

Facilitators, Barriers, and Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia,
(Minaya-Freire, Ramon-Aribau, Pou-Pujol, Fajula-Bonet & Subirana-Casacuberta, 2020).

Eg har, gjennom arbeid med skriftlege oppgåver tidlegare i studieløpet, erfaring med at det er mykje fordjupningsmateriale og andre relevante artiklar å finne ved handsøk i referanselister til aktuelle fag- og forskingsartiklar. Ved systematisk gjennomgang av referanselistene til artiklane eg hadde plukka ut fann eg ti andre relevante artiklar av interesse.

Av dei ti blei følgjande artikkel valt ut:

Artikkel 4

Associations between Pain and Quality of Life in Severe Dementia: A Norwegian Cross-Sectional Study,
(Rostad et al., 2017).

Etter det innleiande arbeidet med denne oppgåva vart eg kjend med at ein norsk forskar ved namn Bettina Husebø har forska mykje på emna eg ser på som interessante for å belyse problemstillinga mi. Eg gjorde difor eit fritekstsøk med teksten *Bettina Husebø forskning*. Eg fann då ei lenkje til «Senter for alders- og sykehjemsmedisin», eit forskingssenter ved UiB der Bettina Husebø er leiar (UiB, 2020). Under deira fane *Publikasjoner -> Vitenskaplige publikasjoner* fann eg to relevante artiklar eg ynskte å ta med i studien:

Artikkel 5

How, Why and Where it Hurts - Breaking Down Pain Syndrome Among Nursing Home Patients With Dementia: A Cross-Sectional Analysis of the COSMOS Trial,
(Wagatsuma et al., 2021).

Artikkel 6

The Effect of a Multicomponent Intervention on Quality of Life in Residents of Nursing Homes: A Randomized Controlled Trial (COSMOS),
(Husebø et al., 2019).

3.3 Metodekritikk

I utveljinga av litteratur til oppgåva har eg søkt etter fagfelleurdert forskning frå 2015 og fram til i dag. Eg har i utgangspunktet nytta søkedatabasen Cinahl, som er ei påliteleg kjelde til blant anna sjukepleieforskning. Ved gjennomlesing av artiklane har eg sett etter at dei har vore bygd opp etter standardmetoden IMRAD, og at dei har vore gjennom etisk godkjenning.

Relevans

Når ein vel ut kjelder for å svare på ei problemstilling må ein sikre at desse kastar lys over det ein ynskjer å undersøkje; dei må vere relevante for problemstillinga (Dalland, 2013, s. 74). Forskinga som er teken med som grunnlag for denne litteraturstudien inkluderer personar med langtkomen demens. Studiane gjeld smertevurdering og/eller -behandling, og er gjennomført med tanke på korleis ein gjennom å optimalisere desse faktorane kan betre livskvaliteten til desse pasientane. Relevansen med tanke på problemstillinga i oppgåva ser eg difor som sterk.

Truverd

Ved datainnsamling skal aller helst alle ledd i prosessen vere nøyaktige for at dataene skal kunne kallast pålitelege (Dalland, 2013, s. 120). I alle dei inkluderte studiane er grunnlagsdata samla inn gjennom at ein eller fleire av dei tilsette ved ein institusjon, altså ein annan person enn pasienten sjølv, har vurdert og målt blant anna smerte, funksjon eller livskvalitet. Ein kan difor ikkje vere 100% sikker på om dette er vurderingane eller svara pasienten sjølv ville gjeve dersom han hadde høve til det. Det er i studiane nytta standardiserte, validerte kartleggingsverktøy. Dersom ein skal forske på pasientar utan høve til sjølve å svare er det på denne måten kartlegging og vurdering best kan gjennomførast, og resultatene er så nær truverdige som dei kan vere.

Etikk

Forskingsetikk handlar om å gjennomføre forskinga på ein måte som ikkje går ut over enkeltpersonar sin integritet og velferd (Dalland, 2013, s. 96). Størparten av pasientane som i dei inkluderte studiane har ikkje, på grunn av manglande samtykkekompetanse, sjølv fått godkjent deltakinga. Der det har vore naudsynt er samtykke henta inn frå verge eller fullmektige for pasientane, og pasientane er i alle studiane fullstendig anonymiserte. Studiane er difor etisk gjennomført med tanke på taushetsplikt og personvern. Tiltaka i studiane har ikkje vore inngripande i pasientane sine liv, og har ikkje på noko måte teke frå dei goder eller behandling for å kome fram til forskningsresultat. Studiane er derimot gjort for om mogleg auke livskvaliteten til dei inkluderte personane, og er difor gjort på eit etisk godt grunnlag.

4 Resultat

Det er forska mykje på pasientar med langtkomen demens, på korleis smerte påverkar livet deira og faktorar som spelar inn på livskvalitet. Her er ein oversikt over forskinga som er inkludert i denne litteraturstudien.

4.1 Samandrag av artiklar

4.1.1 «Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter» (Rostad et al., 2019)

Hensikta med studien var, i tillegg til å kartlegge førekomst av smerte hos sjukeheimsbebuarar med langtkomen demens, å sjå etter samanhengar mellom smerter og andre fysiske og psykiske symptom hos desse pasientane.

Studien er ein kvantitativ tverrsnittstudie; 112 sjukeheimspasientar med langtkomen demens frå 16 sjukeheimar i Noreg vart inkluderte. Pasientane vart, etter at sjukepleiarar ved sjukeheimsavdelingane vurderte førekomst av smerte hos den enkelte pasient ved bruk av validerte kartleggingsverktøy, grupperte i ei «smertegruppe» og ei «ikkje-smertegruppe».

Resultata frå studien viste at to tredelar av pasientane vart vurderte til å ha smerte i den grad at dei vart plasserte i «smertegruppa». Pasientane i «smertegruppa» hadde høgare gjennomsnittsskår i nevropsykiatriske symptom, eit høgare hjelpebehov i ADL, oftare symptom på depresjon, og redusert målt livskvalitet. Resultatene indikerte dermed at smerte heng saman med auka byrde av nevropsykiatriske- og depressive symptom, og auka behov for hjelp i ADL.

To av tre pasientar i studien som var vurderte til å ha smerte fekk smertestillande medikamenter fast. Dette indikerer at smertelindringa var utilstrekkeleg, skriv forfattarane. Dei konkluderer med at fordi sjukeheimspasientar med smerte har mange belastande symptom og helseproblemer er det ei viktig oppgåve for helsepersonell å gjenkjenne, og systematisk kartlegge, smerte, og å gje effektiv smertebehandling.

4.1.2 «Observational pain assessment in older persons with dementia in four countries: Observer agreement of items and factor structure of the Pain Assessment in Impaired

Cognition»

(Waal et al., 2019)

Hensikta med denne studien var å undersøke og analysere samsvar mellom ulike observatørar sine vurderingar av pasientar sine smerter, med grunnlag i 36 utvalde smerteindikatorar frå eksisterande smertevurderingsskalaer. Forskarane ville i tillegg sjå etter samanhengar mellom indikatorane i utvalet.

Studien var ein observasjonsstudie; utført i fire ulike land i Europa, og der samla analysar av resultat vart gjort i Nederland. 190 pasientar frå helseinstitusjonar med høg prevalens av pasientar med demenssjukdom vart inkluderte i studien. Kjent smerteproblematikk var ikkje eit inklusjonskriterium, då prevalens av smerte hos eldre indikerte at forskarane ville treffe på mange pasientar med smerte.

Observatørane var legar, sjukepleiarar og assistentar. Dei mottok kun ein kort introduksjon til vurderingsverktøyet, fordi forskarane i studien også ville undersøkje om smertevurdering med dette verktøyet kunne vere påliteleg etter berre minimal opplæring. Dei 36 smerteindikatorane var fordelt mellom ansiktsuttrykk (15), kroppsrøyrslar (10) og vokaliseringar (11) som teikn på smerte. Pasientane vart vurderte i to situasjonar, i kvile og ved røyrslar.

Resultata frå observasjonane antyder at for smerteindikatorar som gjaldt kroppsrøyrslar og vokalisering var det høgt samsvar mellom observatørane si vurdering av smerte hos pasienten. Når det gjaldt ansiktsuttrykk var det i mange tilfeller lågt samsvar mellom vurderingane. I følge forskarane kan dette kome av at ansiktsuttrykk ofte kan vere små og flyktige, og difor vanskelege å oppdage utan opplæring og erfaring. Fordi tidlegare forskning sterkt antyder at smerteuttrykk i ansikt er pålitelege indikatorar for smerte hos pasient, og derfor viktig å ha med i smertevurderingsskalaer, meiner forskarane at resultata frå denne studien viser viktigheten av opplæring i smertevurdering generelt og i bruk av smertevurderingsverktøy.

4.1.3 «Facilitators, Barriers, and Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia»

(Minaya-Freire et al., 2020)

Hensikta med studien var å identifisere tilretteleggarar og barrierar for god smertebehandling av eldre pasientar med demens ved ei akuttgeriatrisk sjukehusavdeling. Målet var at sjukepleiarar ved avdelinga skulle kome fram til forslag til tiltak for moglege forbetringar.

Metoden brukt i denne studien er kvalitativ PAR (*participatory action research*). Tanken bak PAR er at mennesker kan, ved å aktivt delta, lære om og reflektere over sin egen praksis, og endre denne. Ti sjukepleiarar ved ei akuttgeriatriisk avdeling sa seg villige til å delta i studien. I fase 1 svarte sjukepleiarane på opne spørsmål på eit spørjeskjema. I fase to diskuterte dei, i grupper, moglege konkrete forslag til tiltak for å forbetre smertebehandlinga av personar med demens ved deira avdeling.

Resultata frå fase 1 viste at sjukepleiarane meinte at klinisk erfaring var ein avgjerande tilretteleggar for å vurdere smerte. Det å tilpasse tilnærminga til pasienten etter situasjonen hans var også uttalt som ein fordel for å klare å sjå teikn på smerte og gje individuell smertebehandling. I tillegg såg sjukepleiarane at god informasjon frå pårørande om korleis dei opplevde at pasienten normalt reagerte på smerte var til god hjelp. Når det gjaldt barrierar for god smertebehandling vart pleiepersonalet sin mangel på kunnskap om demens og smerte, og på multimodal smertebehandling, sett på som ein avgjerande faktor for at pasientane ikkje fekk optimal smertelindring. Pasienten sine vanskar med å uttrykkje kor og korleis smertene kjentes var ei anna utfordring. Sjukepleiarane kjende det også som ei barriere var i dei tilfellene der pårørande fråskreiv seg ansvar når pasientane var innlagde i sjukehus, og ikkje ville ha noko med behandlinga å gjere.

I diskusjonsgruppene i fase 2 kom sjukepleiarane fram til moglege forbetringstiltak. Dei ynskte ein opplæringplan for å auke kunnskap og ferdigheter innan fagfelt som omfatta demens og smerte, og dei foreslo å lage ein dedikert plass i pasientkurva for registrering av smerte og følgjande smertebehandling. I tillegg meinte sjukepleiarane at det burde vere eit tverrfagleg fokus på smertebehandling, og at kommunikasjon og informasjonsdeling mellom gruppedeltakarane var essensielt for å lykkast med dette.

4.1.4 «Association between Pain and Quality of Life in Severe Dementia: A Norwegian Cross-Sectional Study»

(Rostad et al., 2017)

Hensikta med studien var å undersøkje om ADL-funksjon, nevropsykiatriske og/eller depressive symptom kunne ha noko innverknad på samanhengen mellom smerte og livskvalitet.

Studien var ein tverrsnittstudie, og datagrunnlaget for studien var baseline-data frå ein kontrollert randomisert studie utført ved norske sjukeheimar. 112 sjukeheimspasientar med

langtkomen demens frå 16 sjukeheimar i Noreg vart inkluderte i studien. Dataene var samla inn ved hjelp av standardiserte kartleggingsverktøy for mål av smerte, NPS, depresjon, ADL-funksjon og livskvalitet. Dataene vart så analyserte for å finne eventuelle samanhengar mellom desse faktorane.

Resultata frå studien antyder at smerte både direkte og indirekte påverkar livskvalitet. I tillegg indikerer resultata at nevropsykiatriske- og depressive symptom er dei mekanismane som sterkast spelar inn på den negative effekten smerte har på livskvalitet.

Forfattarane konkluderer med at når smerte, nevropsykiatriske symptom og depressive symptom verkar saman, og forsterkar kvarandre, synleggjer dette eit mogleg fleirdimensjonelt eller tverrfagleg hjelpebehov hos desse pasientane.

4.1.5 «How, Why and Where it Hurts – Breaking Down Pain Syndrome Among Nursing Home Patients With Dementia: A Cross-Sectional Analysis of the COSMOS Trial»

(Wagatsuma et al., 2021)

Hensikta med studien var å undersøkje lokasjon, årsak til og intensitet av smerte hos sjukeheimspasientar med demens, og om det kunne vere nokon samanheng mellom livskvalitet og mengde smertebehandling pasientane fekk.

Analysane i denne studien nyttar base-line data frå ei norsk undersøking utført i 2014-2015. Metoden som er brukt der er multi-senter, enkelt-blinda kontrollert studie. 463 sjukeheimspasientar med langtkomen demens i langtidsavdeling vart inkluderte i studien. Pasientane vart delte inn i fire grupper som differensierte på om dei hadde smerte og om dei fekk smertestillande som faste medikament.

Forskarane fann at opp mot halvparten av pasientane hadde smerteproblematikk, og at rundt to tredelar av desse hadde smerte lokalisert fleire enn ein plass på kroppen. Når det gjaldt årsaker til smerte viste funna at det vanlegaste var tidlegare brot og muskel- og skjelettsmerte, men også artrose, kreft og osteoporose. Smerte i beina var i følgje kartleggingane det mest vanlege når det gjaldt smertelokasjon. Rygg- og bekkensmerte var nest vanlegast. Det vart rapportert høgast smerteintensitet og -hyppighet hos pasientgruppa som hadde smerte og stod på faste smertelindrande medikament. Ein tredel av pasientane med langtkomen demens hadde smerte trass i at dei fekk medikamentell smertelindring.

I følge resultatene i studien hadde pasienter med smerte lågere målt livskvalitet. Forskerne mente at funnene indikerte at smerteintensitet spiller en større rolle enn smertelokasjon for livskvaliteten til pasienter med langtkomen demens. Forskerne konkluderte med at rutinemessige smertevurderinger med kartleggingsverktøy som inkluderer smerteintensitet er avgjørende for å kunne gi pasienter med langtkomen demens optimal smertelindring, og at å gi pleiepersonell opplæring i smertevurdering av disse pasientene er essensielt. Forskerne mente også at slike sårbare pasientgrupper burde motta tverrfaglig smertevurdering og -behandling.

4.1.6 «The Effect of a Multicomponent Intervention on Quality of Life in Residents of Nursing Homes: A Randomized Controlled Trial (COSMOS)»

(Husebø et al., 2019)

Hensikten med studien var å undersøke om de kombinerte tiltakene i COSMOS-programmet; kommunikasjon, systematisk smertebehandling, gjennomgang av legemiddellister og aktivitet, førte til bedre livskvalitet for pasienter med sammensatte behov i sjukeheim.

Studien var et multi-senter, klynge-randomisert, enkelt-blindt kontrollert studie.

723 pasienter, med og uten demensdiagnose, var randomiserte i intervensjons- eller kontrollgrupper, etter avdeling. I intervensjonsgruppene fikk pleiepersonalet opplæring og støtte i COSMOS-programmet, mens de fortsatte med ordinær pleie i kontrollgruppene. Primært utfallsmål var endring i livskvalitet. Sekundære utfallsmål var endringer i ADL og legemiddelforbruk hos pasientene, og stress blant de tilsette.

I den aktive intervensjonsperioden fra baseline til 4 måneder var målt livskvalitet redusert i intervensjonsgruppa sammenliknet med kontrollgruppa. Fra 4 måneder til 9 måneder snudde dette, og forskerne så en signifikant bedring i målt livskvalitet hos intervensjonsgruppa målt opp mot kontrollgruppa. Videre viste resultatene redusert legemiddelbruk og god effekt på ADL-funksjoner i intervensjonsgruppa. I tillegg var stress blant tilsette i denne gruppa merkbart redusert. Forskerne mente resultatene viste at multikomponent-tiltak, som COSMOS-programmet, krever langvarig oppfølging for å oppnå gunstige effekter. Det var også indikasjoner på at å øke kompetanse og erfaring hos pleiepersonalet reduserte de tilsette sitt stressnivå som følge av pasientene sine nevropsykiatriske symptomer.

4.2 Oppsummering av funn

Studiane eg har valt ut viser at prevalensen av smerte hos personar med langtkomen demens er høg; opp mot 80%. Fleire av studiane viser at pasientar med smerte har større byrde av nevropsykiatriske symptom, auka hjelpebehov i ADL, oftare symptom på depresjon og redusert målt livskvalitet.

Auka kunnskap og ferdigheter i bruk av verkty for systematisk kartlegging og vurdering av smerte aukar bevisstgjerjing og sjølvtilitt hos pleiepersonell når det gjeld å ha ei proaktiv tilnærming til smertebehandling. Rutinemessige smertevurderingar med kartleggingsverkty, og dokumentasjon av smerte og smertebehandling, er essensielt for kontinuerlig vurdering, oppfølging og behandling av smerte. Fleire av studiane viser at klinisk erfaring er avgjerande for å klare å oppdage teikn på smerte og gje individuell smertebehandling. Kompleksiteten i smerteproblematikken hos mange eldre viser også behovet for ei tverrfagleg tilnærming til smerte hos desse pasientane.

5 Drøfting

5.1 Smerte og livskvalitet

Livskvalitet er ei subjektiv oppleving som omfattar fysiske, psykologiske, sosiale og eksistensielle sider ved livet (Nortvedt et al., 2016). Smerte kan ha sterk innverknad på mennesker sin opplevde livskvalitet. Rostad et al. (2019) viser i sin studie auka hjelpebehov hos sjukeheimspasientar med langtkomen demens og smerte. Auka hjelpebehov kjem av redusert funksjonsevne, og fører til tap av sjølvstende. Depresjon er ein vanleg reaksjon hos eldre mennesker på at dei ikkje klarar å ta vare på seg sjølv og vert meir avhengige av hjelp (Kvaal, 2014, s. 438). I ein anna studie fann Rostad et al. (2017) at depressive symptom forsterka den negative innverknaden smerte hadde på livskvalitet. Dette kan altså bli ein sjølvforsterkande ond sirkel.

Sjukepleiar skal ifølgje yrkesetiske retningslinjer fremje helse og forebyggje sjukdom (Norsksykepleierforbund.no). Hovudansvaret til sjukepleiar i sjukeheim er blant anna å lindre plager og ubehag, og å oppretthalde funksjonane til pasientane så lenge som råd (Kristoffersen et al., 2016, s. 27). Dette kallar Kari Martinsen vedlikehaldsomsorg; som ho også skildrar som resultatlaus sjukepleie (Kristoffersen, 2016b, s. 58-59). Men i forhold til livskvalitet er ikkje vedlikehaldsomsorg resultatlaus; det å lindre smerte og ubehag hos ein pasient som ikkje har håp om betring er ikkje resultatlaust. Dersom ein når eit mål har ein oppnådd noko; eit positivt resultat. Det at sjukeheimspasienten opplever at han får smertelindring og omsorgsfull hjelp kan vere nok til å løfte hans kjensle av livskvalitet. I sjukepleie er omsorg eit mål i seg sjølv, ifølgje Martinsen, og oppleving av velvære vil vere eit naturleg resultat av omsorgsfull sjukepleie (Kristoffersen, 2016b, s. 58).

Forskning viser at fleirparten av pasientar i sjukeheim har smerter (Rostad et al., 2019; Wagatsuma et al., 2021). Dersom sjukeheimspasienten er optimalt smertelindra kan ein av barrierane mot å vere i aktivitet vere borte, og dermed har han eit betre grunnlag til å oppretthalde funksjonar. Han vil kunne kjenne på sjølvstende og eigenverd. Ein pasient som ikkje er plaga av smerte kan også ha meir overskot til å vere sosial, og få dekka sine grunnleggande sosiale behov. Mennesket er eit sosialt vesen, og det å kunne vere saman med andre kan gje auka oppleving av livskvalitet (Helgesen, 2016).

5.2 Sjukepleiar-pasient-relasjonen ved langtkomen demens

Tryggleik og tilknytning er ein viktig faktor for alle menneske for å oppleve eigenverd, men særleg naudsynt for personar med demens (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 301). Ved langtkomen demens har pasienten mest sannsynleg langtidsplass i sjukeheim. I ein sjukepleiar-pasient-relasjon som varar over tid meiner Martinsen at det er viktig at pleia er kjenneteikna av omsorg, og pasienten si oppleving av velvære og auka livsmot er mål for omsorga (Kristoffersen, 2016b, s. 58). I demensomsorg er det viktig at sjukepleiar gjev pasienten ei oppleving av å vere verdifull trass den kognitive og funksjonelle svikta (Skovdahl & Berentsen, 2014).

Men å skape ein relasjon til ein pasient som ikkje hugsar ein frå gong til gong er krevjande. Pasientar med langtkomen demens har svekka hugs, og korttidsminnet er ofte heilt borte (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 416). For desse pasientane er det som skjer i augneblinken avgjerande; det å kunne kjenne tryggleik og velvære her og no. Det vil vere viktig å opptre på ein måte som skapar tillit i kvart møte med pasienten. I studien gjennomført av Minaya-Freire et al. (2020) svarte sjukepleiarar at dei forsøkte å skape eit rolig miljø, å snakke med mild stemme og å tilpasse tilnærminga til pasienten med demens etter omstendene. Rokstad og Røsvik (2018, s. 301) framhevar også viktigheta av å uttrykke varme og omtanke, og å tilpasse tempoet til pasienten sine føresetnader for å forstå situasjonen.

Sjukepleiar må finne andre måtar enn verbalt å kommunisere med pasienten på. Ho må bruke sansane på ein annan måte; vere sansande tilstades med heile kroppen, som Martinsen så fint uttrykkjer det (Martinsen, 2000, s. 32) For alle mennesker, og spesielt for pasientar med demens, er fysisk berøring ei viktig kommunikasjonsform (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014, s. 181). Å leve i noet, slik ein kan seie pasienten med langtkomen demens gjer, gjer at han er meir avhengig av å kjenne på gode emosjonar. Pasienten kan ikkje hugse, reflektere og tenkje at opplevingar er forbigåande. Gjennom omsorgsfull fysisk berøring kan sjukepleiar ytre at ho bryr seg; at ho anerkjenner hans eigenverd som menneske. Ved å opptre roleg og varsamt og bruke hendene bevisst kan sjukepleiar formidle omtanke, fremje helse og begrense pasienten sin uro, og ikkje minst skape tillit i situasjonen. Dette kan fremje tryggleiken pasienten treng for å oppleve gode stunder.

5.3 Å oppdage smerte

Studiar viser at det er ein signifikant samanheng mellom smerte og livskvalitet (Rostad et al., 2019; Rostad et al., 2017). Det gjer smertevurdering og -behandling essensielt, og til ei av hovudoppgåvene for sjukepleiar i sjukeheim. For å kunne lindre smertene til ein pasient må sjukepleiar først bli bevisst at pasienten har smerte. Pasientar utan språk er ekstra sårbare då dei har redusert høve til å formidle smerteopplevinga si. Å oppdage smerte hos sjukeheimspasientar med langtkomen demens, som ikkje sjølv kan skildre den, kan difor vere særskilt utfordrande og kreve spesiell merksemd frå sjukepleiar si side. Kari Martinsen skriv om å vere sansande tilstades i situasjonen. Det krever ei merksemd mot den andre, der sjukepleiar sansar og ser etter fagleg (Martinsen, 2000, s. 29-32). Sansing og fagkunnskap går hand i hand.

Wagatsuma et al. (2021) undersøkte i sin studie kva som var årsaker til smerte hos pasientar med demens, og fann at smerte i stor grad hang saman med somatiske diagnosar. Som eit utgangspunkt for å vite kva ho skal sjå etter må sjukepleiar difor kjenne pasienten sin sjukdomshistorikk. Det vil då også vere naudsynt for sjukepleiar å ha kunnskap om symptombletet ved aktuelle diagnosar. Ein diagnose er likevel berre eit namn på ein sjukdom eller ei lidning, og det er svært forskjellig korleis sjukdom, og eventuell smerte, utartar seg hos ulike individ. Smerte er subjektivt; det er personen som har smerte som veit kor og korleis den er, og kjenner intensiteten i smertene (Danielsen et al., 2016, s. 383).

For å oppdage smerte hos ein nonverbal pasient er det andre teikn enn verbale ytringar sjukepleiar må sjå etter. Kari Martinsen seier at sjukepleiar som medmenneske kan setje seg inn i pasienten sin smerte fordi ho gjennom livet har eigne erfaringar frå liknande situasjonar (Martinsen, 2003, s. 76). Mennesker deler ein del universelle kroppslege ytringar for smerte, og det er utarbeidd mange kartleggingsverktøy for smertevurdering med utgangspunkt i slike smerteteikn. Ved bruk av slike verktøy er det endå ein avgjerande variabel; observatøren. Kor observante sjukepleiarar er, og korleis dei reagerer på og tolkar andre sin smerte, varierer. I ein studie tok Waal et al. (2019) for seg eit stort utval kroppslege smerteindikatorar frå fleire smertekartleggingsverktøy. Forskarane ville undersøkje samsvar mellom ulike observatørar sine vurderingar av pasientar sin smerte. Dei fann at når det gjaldt kroppsryrsler og vokalisering var det høgt samsvar mellom smertevurderingane til pleiarane som observerte. Teikn på smerte i ansiktsuttrykk hos pasientane vart derimot oftare tolka ulikt. Waal et al. (2019) fann også i denne studien at det var spesielt lågt samsvar mellom vurderingane der

observatørane hadde lite erfaring i smertevurdering og bruk av smertekartleggingsverktøy. Dette samsvarar med ein annan studie foretatt av Minaya-Freire et al. (2020) der forskarane fann at mangel på kunnskap om demens og smerte var ein barriere for riktig smertevurdering av pasientane. Den same studien fann at klinisk erfaring var ein viktig tilretteleggar for god smertevurdering. Gjennom klinisk arbeid ser sjukepleiar mange pasientar og situasjonar, gjer seg erfaringar om likskapar og skilnader i smertebiletet hos pasientar, og opparbeider seg fagleg skjønn. Dette er det Kari Martinsen kallar erfaringsevidens (Martinsen & Eriksson, 2009). Med erfaring følgjer eit klinisk blikk og eit betre utgangspunkt for sjukepleiar å oppdage smerte hos pasientar, sidan ho har sett smerte uttrykt på mange ulike måtar i tidlegare situasjonar.

Likevel er kvart menneske, og kvar pasient, unik. For å kunne tolke akkurat dette mennesket riktig, og kunne vurdere akkurat denne pasienten sin smerte, må sjukepleiar lære hans smerteuttrykk å kjenne. Martinsen skildrar det som at sjukepleiar lyttar til pasienten sine tonar, og prøver å finne samklang med han (Martinsen & Eriksson, 2009, s. 124). Personar utan språkfunksjon er avhengige av at andre evnar å tolke deira uttrykk og atferd (Skovdahl & Berentsen, 2014). Minaya-Freire et al. (2020) undersøkte i sin studie tilretteleggarar og barrierar for god smertebehandling, og fann at sjukepleiarar meinte god informasjon frå pårørande var ein stor fordel ved vurdering av smerte hos pasientar utan høve til sjølvrapportering. Pårørande kan kjenne pasienten godt, og kan ha opplevd pasienten i smerte tidlegare. Dei kan difor gje viktig informasjon om kva som kan vere kroppslige uttrykk for smerte hos akkurat han. Torvik og Bjøro (2014, s. 398) presiserer at for å få ei best mogleg vurdering av smerte bør observatøren kjenne pasienten godt. Skovdahl og Berentsen (2014, s. 409) skriv også at det i demensomsorg er viktig å ha kunnskap om kven pasienten er, då livshistoria kan påverke atferda hans. I tillegg til å kjenne til sjukdomshistorikken til pasienten vil det altså vere hjelp i å bli kjend med personlegdomen til pasienten. Sjukepleiar må engasjere seg i pasienten som person, ifølgje Martinsen, og forsøke å forstå situasjonen ut i frå hans realitet og erfaringar (Kristoffersen, 2016b, s. 60)

Når ein pasient bur i sjukeheim vil det vere pleiepersonalet som er dei næraste med tanke på å oppdage endring i smerteatferd. Å kunne oppdage endringar i pasienten sin veremåte eller smerteuttrykk krever kontinuitet i relasjonen. Då det i sjukeheimar som oftast vert arbeidd turnus er det ikkje dei same pleiarane som følgjer opp pasientane heile dagane og kvar dag. I studien utført av Minaya-Freire et al. (2020) svarte sjukepleiarar at dei opplevde at

kommunikasjon og rapportering av pasientane sin smerte varierte mellom dei ulike medlemmene i teamet. Som eit tiltak for forbetring foreslo dei at smerte og smertebehandling skulle ha ein eigen plass i pasientkurva, slik at informasjonen om dette vart delt med alle. Dokumentasjon er avgjerande for kontinuiteten i smertevurdering- og behandling av pasientar i sjukeheim. Den sikraste måten ein kan dokumentere pasienten sin smerte er ved bruk av standardiserte smertekartleggingsverktøy. I alle studiane som ligg til grunn for denne oppgåva har forskarane nytta kartleggingsverktøy i smertevurderinga (Husebø et al., 2019; Minaya-Freire et al., 2020; Rostad et al., 2019; Rostad et al., 2017; Wagatsuma et al., 2021; Waal et al., 2019).

Ein barriere for riktig smertevurdering som kom fram i studien til Minaya-Freire et al. (2020) var mangel på tid. Sjukepleiarane rapporterte at dei ikkje hadde nok tid til å foreta god nok vurdering av smerter, og heller ikkje til å forsøke ikkje-medikamentelle tiltak for smertelindring. Torvik og Bjørø (2014, s. 401) skriv at når det er mogleg bør ikkje-medikamentelle metodar for smertelindring inngå i behandlinga, spesielt ved kroniske smerter, då ikkje-medikamentelle tiltak kombinert med medikamenter kan gje auka effekt. Dersom ein som rutine har eit kartleggings skjema ein skal gå gjennom for å vurdere smerte hos pasienten er ein nøydd til å ta seg tid. Har ein nok tid har ein betre høve til å sanse smerteuttrykk og moglege variasjonar i smerteintensitet. Tid er det som skal til for å «skru på» sansane. Inntrykket av pasienten kan drukne i gjeremål (Martinsen & Eriksson, 2009, s. 21). Sjukepleiar må ha tilgjengeleg nok tid til å gje pasienten den omsorga han har behov for, inkludert tid til å oppdage om pasienten har smerte. Pasientar med langtkomen demens lever i noet. Smerte er for dei ei oppleving i noet. Det å utøve omsorg for desse pasientane må skje i noet. Tid til omsorgsfull nærleik er elementært for å auke livskvaliteten for pasientar med langtkomen demens.

5.4 Smertebehandling

Å oppleve andre si smerte og lidning gjer noko med ein som menneske. Det vekker omtanke og varsemnd i sjukepleieutøvinga, noko som er sær viktig i situasjonar der ein skal lindre smerte hos pasienten (Nortvedt & Nortvedt, 2001, s. 132).

Når sjukepleiar har oppdaga at pasienten har smerte har ho eit sjukepleiefagleg, etisk og moralsk ansvar for å hjelpe. Martinsen (2000, s. 25-26) skildrar det som at når sjukepleiar

gjennom sansane har fått eit inntrykk av pasienten vert det hennar jobb å utrykke inntrykket. Sjukepleiar må bruke den faglege innsikta si til å vurdere kva som er mest hensiktsmessige tiltak. Sjukepleiar har generelt ansvar for å fremje helse, forebyggje sjukdom og lindre smerte og ubehag. Smerte som ikkje vert behandla effektivt kan få helsemessige konsekvenser for den gamle, som auka inaktivitet og funksjonstap, og kan slik føre til redusert livskvalitet (Torvik & Bjøro, 2014, s. 392). Når det gjeld smertebehandling er det mange vurderingar som må gjerast, og det at pasienten som har smerte ikkje kan sei ifrå kor det gjer vondt og kor intens smertene er gjer det ekstra utfordrande. Sjukepleiar må finne sannsynleg årsak til smertene, og ho må ut i frå smerteteikn hos pasienten vurdere smerteintensiteten. Først etter dette kan ho avgjere kva smertelindringstiltak ho vil nytte for å hjelpe.

I studien sin, der dei ville finne ut om å kombinere ulike ikkje-medikamentelle tiltak gav betre livskvalitet for pasientar i sjukeheim, fann Husebø et al. (2019) at COSMOS-programmet (Communication, Systematic pain management, Medication review, Organization of activities, and Safety) reduserte legemiddelbruk, reduserte depressive symptom og betra ADL-funksjonar hos pasientane i intervensjonsgruppa målt opp mot pasientane i kontrollgruppa. Torvik og Bjøro (2014, s. 401) skriv at ikkje-medikamentelle tiltak bør vere ein del av behandlingsplanen for pasientar med langvarig smerte. Sjukepleiarar som svara i studien gjennomført av Minaya-Freire et al. (2020) sa at tidspress ofte gjorde at ikkje-medikamentell behandling ikkje vart forsøkt. Det er klart at å gje pasienten ei pille er mindre tidkrevjande enn eksempelvis å gje han massasje, følgje han ut i frisk luft, eller å sitje ved sengekanten og halde han i handa. Men som Martinsen (2003, s. 16-17) skriv: «omsorgsarbeid tar tid»; omsorg har med korleis vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet. Sjukepleie er personorientert profesjonalitet; hjartelag og fagkunnskap arbeider saman i medkjensle for den sjuke (Martinsen, 2000, s. 15).

Nærleik i sjukepleiar-pasient-relasjonen er så viktig at dette om mogleg kan redusere behovet for medikamentell behandling, meiner Rustøen (2007, s. 129). Dette støttar opp om at den kjenslemessige opplevinga i noet er viktig for pasientar med langtkomen demens. Når sjukepleiar på ein omsorgsfull måte synleggjer at ho har tid til pasienten kjenner han seg meir verd. Positiv samhandling mellom personale og pasient har vist seg å gje positive utslag på observert livskvalitet (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 305).

Ei utfordring ved smertebehandling hos eldre generelt er at farmakokinetikken endrar seg ved aukande alder. Sjukepleiarar rapporterte i følgje Minaya-Freire et al. (2020) at personalet sin

mangel på kunnskap i farmakologi var ein av barrierane for god smertebehandling. Aldersforandringar påverkar omsetnad og effekt av legemidlar fordi ein gamal kropp har svekka reguleringsmekanismer og redusert organkapasitet (Ranhoff & Engh, 2014, s. 184). Sjukepleiar har eit ekstra ansvar når pasienten er nonverbal og ikkje sjølv kan rapportere biverknader. Observasjon av endring i smerteatferd og -teikn er viktig etter administrasjon av smertelindrande legemidlar, både med tanke på lindrande effekt og biverknader. I studien gjennomført av Wagatsuma et al. (2021) fann forskarane at ein tredel av pasientane med langtkomen demens hadde smerte trass i at dei fekk medikamentell smertelindring. Dette kan indikere at mange av pasientane var undermedisinerte. Riktig legemiddelbehandling av eldre vil dempe lidning og symptom, og auke helse og livskvalitet (Ranhoff & Engh, 2014, s. 185). I COSMOS-programmet av Husebø et al. (2019) var legemiddelgjennomgang eit av dei inkluderte tiltaka; dei gjennomførte tverrfaglege diskusjonar om medisineringa for pasientane som var inkluderte i studien. Eldre er ofte råka av komorbiditet og tar mange ulike medikamenter, noko som aukar faren for legemiddelinteraksjonar. I ein slik legemiddelgjennomgang kan eit tverrfagleg team som består av lege, sjukepleiar og farmasøyt belyse ulike sider ved pasientsituasjonen, slik at dei mest hensiktsmessige kombinasjonane av legemidlar vert ordinert i riktige dosar tilpassa pasienten (Ranhoff & Engh, 2014, s. 194). Wagatsuma et al. (2021) fann at muskel- og skjelettsmerte og artrose er blant dei vanlegaste smertene hos eldre i sjukeheim. Denne type smerte har potensiale til å kunne lindrast ikkje-medikamentelt, ved bruk av for eksempel fysioterapi eller akupunktur (Grønsløth, Roa, Kjønneøy & Almås, 2016, s. 194). Tverrfagleg smertebehandling, som ein kombinasjon av medikamentell og ikkje-medikamentell behandling, kan også spele inn på nevropsykiatriske og depressive symptom. Rostad et al. (2017) fann at slike symptom forsterka smerte sin innverknad på målt livskvalitet hos pasientar med langtkomen demens i sjukeheim. Eit tverrfagleg team vil kunne ha fleire innfallsvinklar på smerteproblematikken, og slik bidra på ulike måtar for å auke livskvaliteten til denne pasientgruppa.

6 Oppsummering

Livskvalitet kan definerast som å ha gode kjensler og positive vurderingar av eige liv (Nortvedt et al., 2016, s. 13). Livskvalitet for personar med kognitiv svikt kan ein sjå som nærvær av positive og fråvær av negative opplevingar. Smerte er sterkt forbunde med redusert livskvalitet. Det er fleire faktorar som spelar inn for at sjukepleiar best skal kunne lindre smerte, og auke livskvaliteten, hos ein pasient med langtkomen demens som er utan høve til å sei ifrå om og forklare smertene.

For å oppdage smerte treng sjukepleiar kunnskap om og kjennskap til pasienten, diagnosane hans, og veremåten hans. Ho må ha evne til å tilnærme seg pasienten på ein slik måte at han opplever tryggleik og tillit. Sjukepleiar må ha fagleg kunnskap om korleis smerte kan komme til uttrykk hos den nonverbale pasienten, og i tillegg ha tid til å sjå etter og å sanse slike uttrykk hos han.

For å kunne lindre smerte optimalt må sjukepleiar ha kunnskap om både medikamentell og ikkje-medikamentell smertebehandling generelt, og korleis, eller om, kombinasjonar av desse kan hjelpe på pasienten sin smerteproblematikk spesielt. Sjukepleiar må ha kjennskap til korleis tverrfagleg samarbeid om smertebehandling kan hjelpe pasienten, og konferere andre profesjonar i tilfeller der det kan vere til hjelp for han.

I sjukepleie følgjer mykje av kunnskapen med klinisk erfaring. Dette gjeld også i vurdering og behandling av smerte. For at andre si erfaring skal vere tilgjengeleg for fleire er kontinuerleg kommunikasjon i personalgruppa og dokumentasjon om pasienten avgjerande. Dei erfarne må dele av sin kunnskapsbase med dei uerfarne. Alle må arbeide saman og hjelpe kvarandre for å nå det felles målet dei har; at pasienten skal oppleve best mogleg livskvalitet den siste tida av livet. Og for å få dette til må sjukepleiar ha nok tid til individretta, omsorgsfull og heilhetleg pleie.

Referansar

- Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A. & Herr, K. (2020). Pain in dementia. *Pain Reports*, 5(1), e803-e803. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000803>
- Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 321-344). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bjørø, K. & Torvik, K. (2008). Smertekartlegging og -behandling hos eldre mennesker med demens. I A. K. Wahl & T. Rustøen (Red.), *Ulike tekster om smerte : fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 182-202). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-427). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Encyclopædia Britannica ImageQuest. Depressed man. Henta frå https://quest.eb.com/search/132_1260879/1/132_1260879/cite
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 14-28). Tønsberg: Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2021). Demens. Henta 01.03.2021 frå <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/#demens-i-sykehjem-og-hos-de-som-bor-hjemme>
- Grønseth, K. L., Roa, E., Kjønne, I. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved skader og sykdom i bevegelsesapparatet. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 169-206). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 141-167). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Husebø, B. S., Ballard, C., Aarsland, D., Selbaek, G., Slettebo, D. D., Gulla, C., ... Flo, E. (2019). The Effect of a Multicomponent Intervention on Quality of Life in Residents of Nursing Homes: A Randomized Controlled Trial (COSMOS). *Journal of the*

- American Medical Directors Association*, 20(3), 330-339.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.11.006>
- Kierkegaard, S. (1994). *Samlede værker : 18-19 : Bladartikler, der staar i forhold til "Forfatterskabet"* (5. utg.). København: Gyldendal.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2014). *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 29-87). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 89-138). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvaal, K. (2014). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 438-451). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. & Eriksson, K. (2009). *Å se og å innse : om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe.
- Minaya-Freire, A., Ramon-Aribau, A., Pou-Pujol, G., Fajula-Bonet, M. & Subirana-Casacuberta, M. (2020). Facilitators, Barriers, and Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia. *Pain Manag Nurs*, 21(6), 495-501.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.003>
- ndla.no. Retrieved from
<https://ndla.no/nb/subject:19/topic:1:195989/topic:1:195829/resource:1:56937?filters=urn:filter:cddc3895-a19b-4e30-bd27-2f91b4a02894>

- Norsk bibliotekforening. (2020). CINAHL (EBSCO) Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. Henta 09.03.21 frå https://norskbibliotekforening.no/wp-content/uploads/2020/04/CINAHL_2020_SMH_200220.pdf
- Norsksykepleierforbund.no. Henta 17.02.21 frå <https://www.nsf.no/Content/1378906/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf>
- Nortvedt, F., Leegaard, M., Valeberg, B. & Helseth, S. (2016). Livskvalitet og smerte - begrep og fenomen. I S. Helseth, M. Leegaard & F. Nortvedt (Red.), *Livskvalitet og smerte : et mangfoldig forskningsfelt*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, F. & Nortvedt, P. (2001). *Smerte : fenomen og forståelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 79-91). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. & Engh, E. (2014). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 184-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rannestad, T. & Haugan, G. (2016). Helsefremming i spesialisthelsetjenesten. I G. Haugan, T. Rannestad & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (s. 19-32). [Oslo]: Cappelen Damm akademisk.
- Rokstad, A. M. M. & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 300-314). Tønsberg: Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Rostad, H. M., Grov, E. K., Utne, I. & Halvorsrud, L. (2019). Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. *Sykepleien Forskning, 2019(14)*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184>
- Rostad, H. M., Puts, M. T. E., Småstuen, M. C., Grov, E. K., Utne, I. & Halvorsrud, L. (2017). Associations between Pain and Quality of Life in Severe Dementia: A Norwegian Cross-Sectional Study. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra, 7(1)*, 109-121. <https://doi.org/10.1159/000468923>
- Rustøen, T. (2007). Sykepleie, smerte og smertelindring. I A. Aambø (Red.), *Smertesmerter : smerteopplevelse og atferd*. Oslo: Cappelen 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. 408-437). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thorsen, K. (2014). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 58-72). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torvik, K. & Bjørø, K. (2014). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 390-407). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- UiB. (2020). Senter for alders- og sykehjemsmedisin. Henta 01.03.21 frå <https://www.uib.no/sefas>
- Wagatsuma, S., Yamaguchi, T., Berge, L. I., Husebo, B., Habiger, T. F., Nouchi, R. & Angeles, R. C. (2021). How, Why and Where it Hurts-Breaking Down Pain Syndrome Among Nursing Home Patients With Dementia: A Cross-Sectional Analysis of the COSMOS Trial. *Pain management nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.014>
- Wyller, T. B. (2020). *Geriatri : en medisinsk lærebok* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Waal, M. W. M., Dalen-Kok, A. H., Vet, H. C. W., Gimenez-Llort, L., Konstantinovic, L., Tommaso, M., ... Achterberg, W. P. (2019). Observational pain assessment in older persons with dementia in four countries: Observer agreement of items and factor structure of the Pain Assessment in Impaired Cognition. *European Journal of Pain*, 24(2), 279-296. <https://doi.org/10.1002/ejp.1484>
- Aas, A. (2018). *Smerteboken : fra vondt til bedre*. Oslo: Dreyers forlag.

Vedlegg

Vedlegg 1: Oversikt over artiklar

«Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter» (Rostad et al., 2019)	
Hensikt	<p>Å kartlegge førekomst av smerte blant sjukeheimsbebuarar med langtkomen demens.</p> <p>Å undersøke kva som kjenneteiknar sjukeheimsbebuarar med langtkomen demens og smerte.</p>
Metode og datasamling	<p>Ein kvantitativ skildrande studie med eit tverrsnittsdesign.</p> <p>Nytta standardiserte skjemaer for å samle inn demografiske data.</p> <p>Nytta validerte kartleggingsverktøy for å samle inn kliniske data.</p> <p>Data om bruk av legemiddel henta frå bebuarane sine medisinalister.</p>
Utvalg	<p>112 bebuarar frå 16 sjukeheimar i Noreg.</p> <p>Inklusjonskriterier: ≥ 65 år, demensdiagnose og utan evne til sjølvrapportering, og med klinisk betydeleg skår på smerte, agitasjon eller nevropsykologiske symptom ved baseline for studien.</p>
Resultat	<ul style="list-style-type: none"> - to tredeler av utvalget hadde smerte - det var samanheng mellom det å ha smerte og auka hjelpebehov - smerte indikerte lågare livskvalitet - smertebehandling ei av hovudoppgåvene til pleiepersonell med ansvar for denne pasientgruppa
«Observational pain assessment in older persons with dementia in four countries: Observer agreement of items and factor structure of the Pain Assessment in Impaired Cognition» (Waal et al., 2019)	
Hensikt	<p>Å undersøke og analysere samsvar mellom ulike observatørar sine vurderingar av 36 utvalde indikatorar for smerte frå eksisterande smertevurderingsskalaer.</p> <p>Å analysere samanheng mellom indikatorane i utvalet.</p>

Metode og datasamling	Ein multi-senter observasjonsstudie. Deltakarane vart observert av helsepersonell ved to ulike situasjonar; i kvile og ved røyrslé. Validerte kartleggingsverktøy vart nytta for å vurdere smerte.
Utvalg	Eit tilfeldig utval på 190 eldre personar med demens, frå helseinstitusjonar med høg prevalens av pasientar med demenssjukdom, i fire europeiske land (Italia, Serbia, Spania og Nederland).
Resultat	- samsvar mellom observatørane si vurdering av smerte for smerteindikatorar som gjaldt kroppsrøyrslé og vokalisering - lågt samsvar mellom observatørane sine vurderingar av ansiktsuttrykk - viktig med opplæring i smertevurdering generelt og i bruk av smertevurderingsverktøy
<p>«Facilitators, Barriers, and Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia» (Minaya-Freire et al., 2020)</p>	
Hensikt	Å identifisere tilretteleggarar og barrierar for god smertebehandling av eldre pasientar med demens ved ei akuttgeriatrisk sjukehusavdeling. Å definere forslag til tiltak for moglege forbetringar.
Metode og datasamling	Kvalitativ PAR (<i>participatory action research</i>). Spørjeskjema og gruppediskusjonar.
Utvalg	Ti sjukepleiarar ved ei akuttgeriatrisk avdeling i Spania.
Resultat	Tilretteleggarar for å vurdere smerte: - å tilpasse tilnærminga til pasienten etter situasjonen - klinisk erfaring - god informasjon frå pårørande Barrierar for å vurdere smerte: - mangel på kunnskap om demens og smerte og multimodal smertebehandling - tidspress

	<ul style="list-style-type: none"> - pasienten sine vanskar med å uttrykkje kor og korleis smertene er - at pårørande fråskriv seg ansvarMoglege forbetringar: - tverrfagleg fokus på smertbehandling, med god kommunikasjon og informasjonsdeling - ein opplæringplan for å auke kunnskap og ferdigheter - ein dedikert plass i pasientkurva for registrering av smerte og smertebehandling
<p>«Associations between Pain and Quality of Life in Severe Dementia: A Norwegian Cross-Sectional Study» (Rostad et al., 2017)</p>	
Hensikt	Å undersøkje om ADL-funksjon, nevropsykiatriske og/eller depressive symptom kan ha innverknad på samanhengen mellom smerte og livskvalitet.
Metode og datasamling	Ein tverrsnittstudie av baseline-data frå ein kotrollert randomisert studie. Grunnlagsstudien nytta standardiserte skjemaer for å samle inn demografiske data og validerte kartleggingsverktøy for å samle inn kliniske data.
Utvalg	112 bebuarar frå 16 sjukeheimar i Noreg. Inklusjonskriterier: ≥ 65 år, demensdiagnose og utan evne til sjølvrapportering, og med klinisk betydeleg skår på smerte, agitasjon eller nevropsykologiske symptom ved baseline for studien.
Resultat	Smerte sin innverknad på livskvalitet, både direkte og indirekte, er statistisk signifikant. Smerte, nevropsykiatriske symptom og depressive symptom verkar å vere avgjerande faktorar som påverkar livskvalitet hos sjukeheimspasientar med langtkomen demens.

«How, Why and Where it Hurts - Breaking Down Pain Syndrome Among Nursing Home Patients With Dementia: A Cross-Sectional Analysis of the COSMOS Trial» (Wagatsuma et al., 2021)	
Hensikt	<p>Å undersøkje plassering, årsak til og intensitet av smerte hos sjukeheimspasientar med demens.</p> <p>Å undersøkje samanheng mellom livskvalitet og mengde smertebehandling pasienten får.</p>
Metode og datasamling	<p>Analyse av baseline-data frå ein multi-senter, enkelt-blinda kontrollert studie.</p> <p>Det er nytta validerte kartleggingsverktøy for vurdering av smerte og livskvalitet.</p>
Utvalg	<p>463 pasientar med langtkomen demens i langtidsavdeling i sjukeheim i Noreg, delt inn i fire grupper som var differensierte på om pasientane hadde smerte og om dei fekk smertestillande som faste medikament.</p>
Resultat	<ul style="list-style-type: none"> - vanlegaste årsaker til smerte var tidlegare brot, muskel- og skjelettsmerte, artrose, kreft og osteoporose - vanlegaste smertelokasjonar var bein, rygg og bekken - for livskvaliteten til pasientar med langtkomen demens spela smerteintensitet ei større rolle enn smertelokasjon - ein tredel av pasientane med langtkomen demens hadde smerte trass i at dei fekk medikamentell smertelindring
«The Effect of a Multicomponent Intervention on Quality of Life in Residents of Nursing Homes: A Randomized Controlled Trial (COSMOS)» (Husebø et al., 2019)	
Hensikt	<p>Å undersøkje om dei kombinerte ikkje-medikamentelle tiltaka i COSMOS-programmet (COmmunication, Systematic pain management, Medication review, Organization of activities, and Safety) førte til betra livskvalitet for pasientar med samansette behov i sjukeheim.</p> <p>Å vurdere om tiltaka var klinisk relevante; om dei auka aktiviteten, reduserte bruk av medikament og reduserte stress blant dei tilsette.</p>

Kandidatnr: 260
Emnekode: SYKSB 3001 Sjukepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgåva)
Innleveringsfrist: 21.04.2021 kl 1400

Metode og datasamling	Ein multi-senter, klynge-randomisert, enkelt-blinda, kontrollert studie. Vurdering av kognitiv- og ADL-funksjon vart utført av sjukeheimspersonell som kjende pasientane godt, ved studiestart og etter fire og ni månader.
Utvalg	723 pasientar på 67 avdelingar i 33 sjukeheimar vart fordelte i intervensjons- og kontrollgrupper.
Resultat	<ul style="list-style-type: none">- ein reduksjon i målt livskvalitet i intervensjonsgruppene frå baseline til 4 mnd; som snudde til signifikant forbetring i desse gruppene målt opp mot kontrollgruppene frå 4 til 9 mnd.- redusert legemiddelbruk og god effekt på ADL-funksjonar i intervensjonsgruppa får baseline til 9 mnd- redusert stress blant tilsette i intervensjonsgruppa