



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	343
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7612
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	44
Andre medlemmer i gruppen:	379

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

BACHELOROPPGAVE

Demens og den ufortalte smerten

Dementia and the unspoken pain

Kandidatnummer: 343 og 379

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato 21.05.2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

Background: Studies show that approximately 100 000 people are suffering from dementia in Norway. It is likely that this number will increase in the upcoming years. Both authors of this assignment have experience from working in nursing homes where the subject of pain in patients suffering from dementia is highly relevant. The nurse is the person who is in direct contact with the patient for the longest time. Therefore it is crucial that nurses have the tools and knowledge to evaluate and discover pain in patients suffering from dementia.

Method: In this bachelor assignment we chose to perform a literature study. The aim of this study is to investigate how nurses through observation and pain assessment can evaluate pain in patients suffering from dementia. We conducted a systematic search for articles in psycinfo, pubmed, medline ovid and cinahl after completing our PICO form and choosing our criteria for inclusion and exclusion. 4 articles were used for our synthesis whereof two were quantitative and two qualitative.

Results: The findings from the included articles shows that use of observational pain assessment tools is recommended to use in nursing homes in patients with dementia. Many factors are important to help in the discovery of pain in patients suffering from dementia such as the nurse's experience, expertise, communication with family, relation between nurse and patient and patient observation. Uncertainty among the nurses if the patient is experiencing pain, the patient's ability to communicate their pain to the nurse was also an important factor. Findings also suggest that patients in nursing homes that suffer from dementia with low ability to communicate verbally were less likely to receive pain medication for their pain.

Conclusion: With relevant research articles, theory and our own experiences, we conclude that systematic observation and pain assessment tools have through research shown to be able to assess pain in patients diagnosed with dementia, furthermore the combination of

minimum training, low staff and not enough time implies pain assessment in nursing homes is not sufficient.

Innholdsfortegnelse:

1.0 Introduksjon	3
1.0.1 Innledning	3
1.0.2 Begrunnelse for problemstilling	4
1.0.3 Begrepsavklaringer	4
1.1 Bakgrunn	5
Demens	5
Primærdegenerative demenssykdommer	6
Smerte	6
Demenspasienter med smerte	8
Smertekartleggingsverktøy	9
Sykepleieteori	10
Kari Martinsen sin omsorgsteori	10
Joyce Travelbees teori	11
Omsorgsteoriene sett i lys av sykepleien	12
2.0 Metode	13
2.0.1 Design	13
Kvalitativ og kvantitativ metode	13
2.0.2 Søkeprosess	14
Inklusjons og eksklusjonskriterier	15
2.0.3 Kritisk vurdering av artikler	16
2.0.4 Analyse og syntese	16
2.0.5 Kritikk av metode	17
2.0.6 Ethiske vurderinger	18
3.0 Syntese	18
4.0 Diskusjon	21
4.0.1 Resultatdiskusjon	21
4.0.2 Metodediskusjon	25
5.0 Konklusjon med perspektivering	26
Litteraturliste	27
Vedlegg	31
Vedlegg nr. 1 PICO skjema	31

Vedlegg nr. 2 Prisma flow skjema	32
Vedlegg nr. 3 Søkehistorikk	34
Vedlegg nr. 4 Samleskjema	35

1.0 Introduksjon

1.0.1 Innledning

Befolkningens alder er økende og det er antatt at ca. 100 000 i Norge har diagnosen demens, og man forventer en dobling av dette frem til år 2050 (Sandvik, 2020). Da demens er en progredierende sykdom vil mennesker som er rammet av dette bli avhengig av hjelp fra andre (SBU 2006, Brækhus mfl. 2013 referert i Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 411). Det er omlag 80% av pasienter på langtids plass i sykehjem som har en demensdiagnose (Helsedirektoratet, 2019).

Studier viser også at omlag 60-80% av sykehjemsbeboere har smerter, det vil derfor bli et økende behov for god smertekartlegging hos pasienter med demens i årene fremover (Sandvik, 2020). Smerte hos personer med demenssykdom er ut ifra våre egne erfaringer et meget vanskelig område å kartlegge. Hvordan smerte kommer til uttrykk hos den enkelte pasient er forskjellig og man må derfor ha kunnskaper om hvordan man kartlegger og vurderer smerte på den beste måten, for deretter å finne ut hvilke tiltak som bør iverksettes. I løpet av praksisperioder har begge forfattere av denne oppgaven vært innenfor demensomsorg og synes at dette er et spennende felt som fortjener mer fokus. Smerte hos personer med demens var det vi fant mest utfordrende og vanskelig å hjelpe med, derav valget for vår problemstilling for å utvide kunnskapen innenfor feltet. På bakgrunn av dette har vi formulert en problemstilling som lyder følgende:

Hvordan kan sykepleiere gjennom observasjon og kartlegging vurdere smerte hos pasienter med demenssykdom innlagt i sykehjem?

1.0.2 Begrunnelse for problemstilling

Basert på egne erfaringer fra jobb og i praksisstudier observerte vi at det er utfordringer med smertekartlegging både for nyutdannede såvel som erfarne sykepleiere. Vi ønsket å finne ut hvordan vi som sykepleiere på en god måte kunne ivareta pasienter med demens. Det ble da sentralt at smerte hos denne pasientgruppen ofte er underbehandlet og kan ha store konsekvenser, slik som inaktivitet, sengeleiets komplikasjoner, forsinket mobilisering og tap av selvstendighet i daglige gjøremål (American Geriatrics Society 2002, Torvik mfl.2010, Hawkins mfl. 2013 referert i Torvik & Bjørø, 2018, s. 392). Både i litteraturen og gjennom egne erfaringer kommer det til uttrykk at sykepleiere er usikre på om pasienten har smerter (Torvik mfl. referert i Torvik & Bjørø, 2018, s. 398). Vi ville derfor finne forskning ved å gjennomføre systematiske søk i databaser, undersøke hvordan sykepleiere kan vurdere smerte hos pasienter med demens gjennom både kartlegging og observasjon.

1.0.3 Begrepsavklaringer

I dette avsnittet ser vi det hensiktsmessig å definere følgende begrep slik forfatterne av oppgaven tolker de, samt med begrunnelse i lovdata når det gjelder begrepet pasient.

Pasient: "En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle;" (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3).

Sykehjem: Er en helseinstitusjon som er en del av kommunehelsetjenesten. Pasientene blir gitt heldøgns opphold hvor de får pleie og behandling hvor man trenger mer helsefaglig innsats enn det som er forsvarlig å gjøre i pasientens hjem, og som ikke trenger å skje på et sykehus (Braut, 2018).

Observasjon: Observasjon betyr "undersøkelse" eller "iaktakelse" fra latin. "Klinisk blikk" er noe som krever trening, det betyr at man vet hva skal se etter for å legge merke til endring i tilstand (Heir & Sørhøy, 2018).

Kartlegge: Betyr å lage et grunnlag for videre tiltak ved å avdekke status på en systematisk måte. Man kan ta i bruk systematiserte spørreskjemaer som hjelpemiddel for å sikre at

informasjonen man innhenter er relevant, dette kalles kartleggingsverktøy (Helsedirektoratet, 2012, s. 44).

1.1 Bakgrunn

Demens

Demens er en samlebetegnelse på flere ulike symptomer som rammer hjernen, det er progredierende og pasientene som rammes vil ha en negativ utvikling over tid med dårligere kognitiv funksjonsevne (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 411-412). Det skilles mellom kognitiv svikt og demens, det finnes egne kriterier for diagnosen demens som følge av ICD-10 kriterier. Disse er svekket hukommelse, spesielt for korttidshukommelsen, svekkelse av andre kognitive funksjoner som bla. planlegging, dømmekraft og tenking. Svikten må påvirke pasientens ADL ferdigheter som her igjen blir delt opp i ulike grader av ADL svikt. Med ADL menes activities of daily living, altså dagliglivets gjøremål. Dette innebærer ting som å pusse tennene, handle på butikken og lage mat. Disse strekker seg fra mild til alvorlig, hvor alvorlig innebærer et behov for kontinuerlig pleie og overvåkning (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 411-412). Det er antatt at 100 000 lider av demens i Norge og at dette tallet vil dobles fra 2015 til 2050 (Sandvik, 2020). Det er en stigende trend med flere og flere eldre som utvikler demens og kognitiv svikt, det blir antatt at det fra 2020 vil være en kraftig økning i antall personer som er eldre enn 90 år. Og med dette vil forekomsten av demens og kognitiv svikt øke kraftig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011 referert i Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 412).

Demens kan ikke ses på som en sykdom men et syndrom med flere ulike sykdommer forårsaket av ulike årsaker. Det er vanlig å dele demens i tre hovedgrupper: primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer (SBU, 2006 referert i Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 412).

Primærdegenerative demenssykdommer

Ved primærdegenerative demenssykdommer skades og dør unormalt mange hjerneceller (SBU, 2006 referert i Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 412). Denne typen for demens starter gjerne i det små og utvikler seg sakte slik at personen og de menneskene rundt ham ikke merker sykdommen før det er gått lang tid. Sykdommen utvikler seg i negativ retning og det finnes ingen behandling. Det er allikevel viktig å være klar over at med gode tiltak og ulike støttetilbud som finnes kan personen oppnå god livskvalitet til tross for sykdommen (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 412-413).

De primærdegenerative kan ut fra symptomene de gir igjen deles inn i henholdsvis Alzheimers sykdom som er den vanligste formen for demens, frontotemporal, lewy legeme demens og Parkinsons sykdom med demens (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 413).

Vaskulær demens

Vaskulær demens er demenssykdom som er forårsaket av hjerneinfarkt, hjerneblødning eller sykdom som rammer dyptliggende arterioler i hjernen. Denne formen for demens vil som oftest debutere akutt og kan også forverre seg fort, gjerne da i forbindelse med nye infarkter eller blødninger i hjernen (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 414). Personer som er rammet av vaskulær demens får ofte preg av å være passive og trege, samt mangle evne til å ta initiativ. Mange av personene som er rammet har både vaskulær demens og Alzheimers demens (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 414).

Smerte

IASP kom med en ny definisjon på smerte den 16 Juli 2020 som lyder følgende: "An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage," (IASP, 2020). Etter definisjon på smerte følger det seks punkt som videre beskriver viktige aspekter ved smerte.

Pain is always a personal experience that is influenced to varying degrees by biological, psychological, and social factors.

Pain and nociception are different phenomena. Pain cannot be inferred solely from activity in sensory neurons.

Through their life experiences, individuals learn the concept of pain.

A person's report of an experience as pain should be respected.

Although pain usually serves an adaptive role, it may have adverse effects on function and social and psychological well-being.

Verbal description is only one of several behaviors to express pain; inability to communicate does not negate the possibility that a human or a nonhuman animal experiences pain. (IASP, 2020).

Smerte kan forstås som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som kan ha utgangspunkt i en eventuell vevsskade (IASP, 2013 referert i Bjørgero & Torvik, 2018, s. 390) Smerte er en sammensatt opplevelse og graden av smerte kan endre seg i ulike situasjoner. En bestemt smertestimulus kan gi ulike smerteopplevelser for forskjellige mennesker. Smerte kan være vanskelig å beskrive, det er bare den personen som har smerten selv som kjenner hvordan den føles, hvor lenge den varer og hvor intens den er. Derfor kan mange oppleve en ensomhet forbundet med smerte, om de som skal hjelpe ikke oppfatter smerten eller synes den er upålitelig vil man kunne føle seg hjelpeløs og forlatt av andre (McCaffery & Pasero, 2003, Nortvedt, 2015, Nortvedt & Nordtvedt, 2001 referert i Danielsen et al., 2017, s. 383–384). Årsaken til enkelte smerter er lettere å observere for utenforstående, slik som en feilstilling i en knokkel, ledd som er hovent eller en mage som er utspilt. Man kan også få symptomer fra det autonome nervesystemet slik som svette, rask puls og blekhet. Når man ser dette sammen med at personen uttrykker at han/hun har smerter vil man lettere kunne iverksette smertelindrende tiltak (Danielsen et al., 2017, s.383).

Fordi smerte er en sammensatt opplevelse vil det være store individuelle forskjeller av opplevelsen (Rosseland & Stubhaug, 2004 referert i Danielsen et al., 2017, s.384). Man blir i stor grad påvirket av uskrevne normer i nærmiljøet, familien og kulturen man lever i. Fordi det er store forskjeller hos hver enkelt kan det være vanskelig for helsepersonell og andre å tolke graden av smerten og hvilken reaksjon som er rimelig (Danielsen et al., 2017, s.384).

Demenspasienter med smerte

Eldre mennesker har økt risiko for smertefulle kroniske sykdommer, smerte er et symptom som man ser hyppigere med økende alder. Det kommer fram av undersøkelser at mange gamle ikke får den smertebehandlingen de behøver, eller smertebehandling ikke er tilfredsstillende. Dette gjelder spesielt pasienter som ikke kan formidle smerten sin til dem rundt og gamle med kognitiv svikt (Torvik & Bjørø, 2018, s. 390).

Vurdering av smerte er utfordrende hos pasienter med demens, de er utsatt for mangelfull behandling og smertevurdering (Torvik mfl. 2009, Torvik mfl. 2010, Husebo mfl. 2001, referert i Torvik & Bjørø, 2018, s.397). Når demens tilstanden utvikler seg vil pasienten ha vanskeligheter med å formidle smerte fordi evnen til språklig kommunikasjon vil bli svekket (Nygaard & Jarland 2005, Bjørø og Herr 2008, referert i Torvik & Bjørø, 2018, s.397). Det vil derfor være avgjørende at sykepleiere kan observere tegn på smerte gjennom atferd og nonverbal kommunikasjon. Flere skjemaer som bygger på observasjon og atferd er utviklet for å kartlegge smerte hos gamle og pasienter med demens (Bjoro & Herr 2008, referert i Torvik og Bjørø, 2018, s. 398).

Ved smertekartlegging er det viktig at den som skal observere pasienten kjenner vedkommende godt for å kunne tolke de ikke-verbale tegnene på smerte. Ved pasienter som ikke kan selvrapporere smerte er det også viktig å bruke et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy (Torvik mfl. 2010 referert i Torvik & Bjørø, 2018, s. 398).

Det finnes ulike smerteindikatorer man kan bruke hos gamle med en demensdiagnose. American Geriatrics Society, 2002 referert i Torvik & Bjørø (2018, s. 398) skriver at de atferdstypene som forekommer hyppigst ved smerte er grimaser, lukkede øyne, rynket panne, samt beskyttende, nervøse kroppsbevegelser, sukking, urolighet, stønning og jamring. Pasienter med demens er forskjellige akkurat som andre mennesker, også ved ikke-verbale smerteuttrykk. Det må derfor tas forbehold om dette ved bruk av klinisk skjønn og smerteuttrykk (Torvik & Bjørø, 2018, s. 398-399).

Smerte kan komme til uttrykk på ulike måter. Hos pasienter med demens kan utfordrende atferd og agitasjon være uttrykk for smerter. 40-46% av eldre med demens med atferd som er utfordrende behandles med psykofarmaka (Torvik & Bjørø, 2018, s. 399). Det er funnet at

systematisk smertere registrering av smerteuttrykk som er ikke-verbale og behovsmedisinering av smertestillende til pasienter på sykehjem med demens og en utfordrende atferd, gjorde at det utfordrende atferden ble redusert. Det antas at denne pasientgruppen ofte blir behandlet feil med psykofarmaka, når pasientens egentlige problem er smerter og et behov om smertestillende medikament (Husebo, 2011 referert i Torvik & Bjørø, 2018, s. 399).

Smertekartleggingsverktøy

Torvik mfl. 2010 referert i Torvik & Bjørø (2018, s. 398) skriver at sykepleiere er usikre på om pasienten har smerter, viser det i en norsk studie. Det viste seg at sykepleiere oppdaget smerter oftere når det ble tatt i bruk et observasjonsbasert skjema sammenlignet med å bruke bare klinisk skjønn.

Den finnes flere ulike kartleggingsverktøy man kan bruke til pasienter med smerte. Det er derfor viktig å velge ett ut fra pasientens funksjonelle og kognitive evner. Man må også være konsekvent når man har valgt et skjema for å kunne følge utviklingen av smerte over tid, og for å evaluere effekten av eventuelle smertelindrende tiltak (Torvik & Bjørø, 2018, s. 395).

Selvrapporing er en viktig del av smertekartlegging. Selvrapporing er noe man bør prøve på alle pasienter, også med nedsatt kognitiv funksjon. Closs mfl., 2004 referert i Torvik & Bjørø (2018, s. 396) skriver nemlig at det vises i studier at noen kan selvrapporere når de har smerter, selv ved alvorlig kognitiv svikt.

Det er anbefalt å starte med en nummerskala med tall fra 0-10, som representerer smertenivået til pasienten. Denne skalaen brukes hvis pasienten kan rapportere om smertene sine selv. Det finnes også en verbal skala som kan være enklere å bruke, hvor adjektiver som "sterk smerte", "mild smerte" beskriver graden av smerten. Denne kan brukes av pasienter med både svak og moderat kognitiv svikt, og en studie kom frem til at gamle foretrekker slike smerteskalaer (Herr mfl., 2004 referert i Torvik & Bjørø, 2018, s. 396). Gamle pasienter uten språk kan bruke en ansiktsskala, hvor ansiktene viser økende smerte ved hjelp av ansiktsuttrykk og numre for intensitet (Torvik & Bjørø, 2018, s. 396).

Det er utviklet smertekartleggings-skjema for gamle som ikke kan uttrykke seg verbalt, disse skjemaene er observasjonsbaserte, og basert på observasjon av atferden til pasienten (Bjørø & Herr, 2008 referert i Torvik & Bjørø, 2018, s. 398).

Doloplus-2

Doloplus-2 er et skjema for å kartlegge hos gamle som ikke selv kan rapportere om smerter, men som har kroniske smerter. Skjemaet er prøvd ut på pasienter inneliggende på sykehjem med diagnosen demens. Resultatene viste at Doloplus-2 kan være nyttig som et hjelpemiddel ved kartleggisk av sykehjemspasienter med kroniske smerter (Hølen mfl. 2005, Hølen mfl. 2007, Torvik mfl. 2010 referert i Torvik & Bjørø, 2018, s. 398).

MOBID-2

MOBID-2 er et kartleggingsskjema for smerte som bygger på observasjoner under mobilisering av pasienten (Husebo mfl. 2007, referert i Torvik & Bjørø, 2018, s. 398). Under mobilisering kartlegger sykepleieren om pasienten gir uttrykk for smerter, hvor intense man tror pasienten sine smerter er og hvor pasienten har disse smertene. Skjemaet er testet på personer med en alvorlig demenssykdom på sykehjem, og resultatene var gode for å avdekke smerter hos denne pasientgruppen (Husebo mfl. 2010, referert i Torvik & Bjørø, 2018, s. 398).

Sykepleieteori

Kari Martinsen sin omsorgsteori

I Kari Martinsen sin omsorgsteori fremhever hun at omsorg er grunnleggende for alt menneskelig liv (Martinsen, 1989, s. 69). Dette bygger på at vi er avhengig av hverandre og ikke kan leve isolert fra andre mennesker. Dette gjelder alle mennesker, men er særlig tydelig hvor lidelse, sykdom og funksjonshemning er tilstede (Martinsen 1989, referert i Kirkevold, 1998, s. 169).

“Omsorg har med hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv” (Martinsen, 1989, s.69). For at en sykepleier skal kunne møte en person med omsorg trengs det faglige kunnskaper og ferdigheter. Sammen med erfaring vil sykepleieren kunne vise forståelse for den syke sin situasjon, noe som står helt sentralt i omsorg (Martinsen, 1989, s.76). Det er en forutsetning for å handle omsorgsfullt at man har forståelse for den andre sin situasjon, dette vokser frem av felles erfaringer. “For at vi skal kunne forstå hverandre, må det være noe som binder oss sammen i en type fellesskap, for eksempel felles normer, regler, behov eller virksomheter. Vi må dele en dagligverden hvor vi har noe felles” (Martinsen, 1989, s.69). Martinsen bruker et begrep hun kaller for “generalisert gjensidighet” som innebærer at den som gir omsorg ikke forventer seg noe tilbake. Martinsen hevder dette er basis for sykepleie som et omsorgsyrke (Martinsen, 1989, s.72 -73). Generalisert omsorg tar utgangspunkt i at man har en forståelse for at alle kan komme i situasjoner hvor man trenger hjelp fra andre (Martinsen, 1989, s.81).

Joyce Travelbees teori

Joyce Travelbees sin sykepleieteori handler om mellommenneskelige aspekter, relasjonen og kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient (Kirkevold, 1998, s. 113). Hun sier også at for å kunne forstå hva sykepleie er og hva det bør være må man være bevisst på relasjonen mellom sykepleier og pasient, hvordan interaksjon mellom sykepleier og pasient kan oppleves samt hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienten selv (Kirkevold, 1998, s. 113). For å kunne få en forståelse over Travelbees tenkemåte og ideer presenteres nå hennes definisjon av sykepleie:

“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene” (Kirkevold, 1998, s. 113).

I lys av Travelbees definisjon av sykepleie får man også et inntrykk av bevisst bruk av begreper, eller rettere sagt ikke bruk av begreper. Hun bruker sykepleiepraktiker og ikke sykepleier, individ og ikke pasient. Hun mener at generaliserte begreper som nettopp

sykepleier og pasient er med på å viske ut særegne trekk hos enkeltindividet og kun fremhever felles trekk hos mennesker noe hun ser på som negativt (Kirkevold, 1998, s. 114).

Omsorgsteoriene sett i lys av sykepleien

Joyce Travelbees teori om sykepleie gjør seg relevant for gjeldende problemstilling da hun er opptatt av kommunikasjon og hvordan enkeltmenneske føler og reagerer både på sykdom og smerte, heller enn å kun fokusere på den konkrete diagnosen (Kirkevold, 1998, s. 115).

Hun skriver at: "En helsearbeider kan ikke vite hvordan individet opplever sin sykdom, før helsearbeideren drøfter dette med individet og får fra ham de meningene han knytter til sin tilstand". (Kirkevold, 1998, s. 115).

Nettopp dette gjør seg gjeldende i observasjon og kartlegging av smerte hos pasienter med demenssykdom. Vi er opptatt av det kvalitative aspektet. Pasienter med demenssykdom har ut ifra våre egne erfaringer store problemer med å uttrykke sin smerte. På grunnlag av dette blir det viktig å se menneske som er enkeltindivid med dets særegne måter å kommunisere sine behov og lidelser på. Ut ifra sykepleieteori må sykepleier se mennesket som et enkeltindivid og sitte seg ned med pasienten, bli kjent og se hele mennesket.

Omsorgsteorien til Kari Martinsen handler om at alle mennesker trenger omsorg. Denne teorien er relevant for sykepleierens arbeid med pasienter med demens da Martinsen trekker frem at faglig kunnskap, ferdigheter og erfaringer er nødvendig for å gi omsorg (Martinsen, 1989, s.76). Sykepleiere må derfor ha kunnskaper om eldre mennesker, hva som følger med av sykdommer/risikoer ved å bli gammel samt diagnosen demens for å kunne gi omsorg til denne pasientgruppen. Det må også bygges opp ferdigheter og erfaringer hos sykepleieren for pasienter i en slik situasjon. Hos pasienter med demens vil det være viktig å få forståelse og bli forstått, selv om man ved tilfeller ikke kan uttrykke seg verbalt. Det vil derfor bli avgjørende at sykepleieren har de byggeklossene som behøves for å kunne yte god omsorg til en pasient med demens og smerter. Kunne bruke og ha kjennskap til ulike smertekartleggingsverktøy og relevante observasjoner for å vurdere smerte er sentralt i sykepleien til eldre pasienter med demenssykdom og smerteproblematikk.

2.0 Metode

2.0.1 Design

Metoden for denne bacheloroppgaven er et litteraturstudium. Et litteraturstudium er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s. 77).

Litteraturstudium ser vi som en hensiktsmessig metode for vår problemstilling da vi ønsker å finne relevant og oppdatert forskning som kan belyse eller eventuelt bekrefte egne erfaringer og opplevelser fra klinisk praksis. Vår problemstilling ser på blant annet erfaringer og vurderinger sykepleiere gjør i sin hverdag innen smerteproblematikk. Vårt kjernespørsmål i oppgaven blir derfor erfaringer og holdninger. Ifølge Helsebiblioteket (2016a) innebærer dette kjernespørsmålet aspekter som "hvordan oppleves det?, og hva er det som gjør at det virker?". På bakgrunn av dette blir det både riktig og et presist kjernespørsmål for vår problemstilling. For å besvare vår problemstilling er det hensiktsmessig å ta i bruk artikler av kvalitativ metode (Helsebiblioteket, 2016a). Vi vil også inkludere artikler av kvantitativ metode for å vise omfanget av smerteproblematikk hos pasienter med demenssykdom.

Kvalitativ og kvantitativ metode

På bakgrunn av vår problemstilling ønsker vi å se på hvordan sykepleiere kan kartlegge og vurdere smerte hos pasienter med demenssykdom. Kvalitativ forskning er foretrukket metode når det er noe vi ønsker å beskrive eller å forstå noe rundt oss (Christoffersen, 2015, s. 53). Innenfor kvalitativ metode skjer innsamling av forskningsdata ofte gjennom intervju, observasjon eller feltarbeid. For å oppnå tilstrekkelig beskrivende materiale er utvalget ofte lite eller begrenset med tanke på informanter/intervjuobjekter (Helsebiblioteket, 2016a).

Kvantitativ forskning er såkalte harde fakta. Dette innebærer målbare enheter og tall, eksakt faktakunnskap (Thidemann, 2019, s. 75). Denne metoden blir brukt når man ønsker svar på spørsmål som innebærer for eksempel "hvor mye?" eller "hvor ofte?". Datainnhenting innebærer spørreskjema med faste svaralternativ, standardisert intervju eller observasjon

som er systematisk og strukturert gjennomført (Thidemann, 2019, s. 76). Man oppnår med denne metoden såkalt breddekunnskap, det vil si lite informasjon om mange enheter (Thidemann, 2019, s. 76).

2.0.2 Søkeprosess

Vi startet søkeprosessen med å foreta et friskøk, hvor vi undersøkte hvilke forskning som allerede er tilgjengelig. Deretter fant vi søkeord ved hjelp av Mesh og Google Translate, som vi satt inn i et PICO-skjema. Vi valgte PICO-skjema med liten o da dette var best egnet for å besvare vår problemstilling som etterspør erfaringer og opplevelser (Helsebiblioteket, 2016b). Mesh på norsk ble brukt for å finne engelske søkeord samt hvilke søkeord som var ansett som relevant i søket vårt. Ifølge Aasen (2020) omfatter mesh sentrale begreper innenfor medisin og helsefag. Mesh brukes også for å tagge ulike type dokumenter samt forskningsartikler internasjonalt slik at forskning kan gjenfinnes av alle.

Skjema med søkeord som ble brukt i databasene presenteres under i et PICO skjema.

Tabell nr. 1 PICO skjema (Vedlegg nr. 1)

Din problemformulering: Sykepleiere kartlegge og observere smerte hos pasienter med demenssykdom	Type spørsmål: Erfaringer
---	----------------------------------

	P: Population	I: Phenomenon of Interest		Co: Context
	Pasienter med demensdiagnose	Hvordan kan sykepleier oppdage smerte		Innlagt i sykehjem
MeSH ord	Dementia Alzheimers Alzheimers Disease Cognitive impairment	Pain assessment tool* Pain measurement Pain Pain management Pain assessment Assess pain Nurses experience Discover pain		Nursing home* Nursing home residents Nursing home patients

--	--	--	--	--

Med de valgte søkeordene som vist i PICO skjema ovenfor gjorde vi systematiske søk i henholdsvis CINAHL, MEDLINE Ovid og Psychinfo. Disse ble valgt ut da de er blant flere databaser som er relevant og foretrukket innen sykepleieforskning (Christoffersen, 2015, s. 64). Ifølge Helsebiblioteket (u.å) inneholder CINAHL mye kvalitativ forskning, noe som er foretrukket for vår oppgave da vår problemstilling etterspør erfaringer og opplevelser.

Psychinfo inneholder forskning innenfor psykologi, atferd og mental helse. Litteraturen er fagfelleurdert og er således relevant for sykepleie (HVL, u.åb).

Medline Ovid er verdens største database innen blant annet sykepleie, medisin, helsestell og preklinisk vitenskap. Den inneholder rundt tjue millioner internasjonale artikler (Helsebiblioteket, u.å).

Søkeordene ble i databasene kombinert med de boolske operatørene OR og AND. Alle søkeordene under henholdsvis P,I og Co ble kombinert med OR, for deretter å kombinere disse kombinasjonene med AND. Ved å gjøre dette sørger man for å inkludere alle aspektene av problemstillingen i søket. Videre har vi fylt ut et Prisma flow diagram samt skjema for søkehistorikk som viser antall treff med de ulike søkeordene i databaser, se vedlegg nr 2 og nr 3.

Inklusjons og eksklusjonskriterier

For at søket vårt skulle bli så presist som mulig utarbeidet vi noen inklusjons- og eksklusjonskriterier for artiklene. Vi valgte å inkludere engelskspråklig litteratur, som er fra tidsrommet 2011 til 2021. Dette gjorde vi for å få et bredt søk etter passende artikler, men også slik at artiklene vi fant ikke skulle være utdaterte. Vi inkluderte artikler som omhandlet begge kjønn, pasienter som har fått diagnosen demens og som var inneliggende på sykehjem. Kun artikler som var fagfelleurdert ble inkludert.

Vi ekskluderte pasienter med demens som var på sykehus eller bodde hjemme. Artikler utenfor tidsrommet fra 2011 til 2021, og alle ikke - engelskspråklige artikler ble ekskludert. Vi ekskluderte også artikler som ikke var publisert og som ikke var fagfellevurderte.

2.0.3 Kritisk vurdering av artikler

Artiklene vi har valgt å inkludere i syntesedelen av oppgaven blir kritisk vurdert ved hjelp av relevante sjekklister for både kvalitative og kvantitative studier fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016c).

Ulike studiedesign har ulike typer sjekklister. Det er likevel noen spørsmål man bør stille seg uavhengig av hvilken forskningsmetode man skal bruke, disse gir raskt svar på om man skal beholde artiklene i første omgang. Spørsmålene man bør stille seg er om artikkelen har en klart formulert problemstilling og om designet på studien er velegnet for å svare på din problemstilling (Helsebiblioteket, 2016c).

Vi har valgt å anvende artikkelen av De Witt Jansen et al. (2017) selv om deltakerne er fra både sykehus og sykehjem. Dette er fordi vi ser nytteverdien av funnene som er gjort fra sykehjem og velger derfor å inkludere den.

2.0.4 Analyse og syntese

Vi vil sammenstille artiklene vi har funnet i en syntese. Denne vil vi utforme ved å ta de kvantitative artiklene for seg, og de kvalitative artiklene for seg. Slik vil det bli en tematisk fremstilling på en oversiktlig måte.

Relevante tema og hovedfunn fra våre valgte artikler presenteres under. Temaene er grunnlaget for valg av selve artikkelen, som besvarer og belyser problemstillingen. For komplett resultatmatrise se vedlegg nr 4 samleskjema.

Tabell nr. 2 Utdrag fra samleskjema (Vedlegg nr 4)

Artikkel	(Bauer et al., 2016) "Pain treatment for nursing home residents differs according to	(De Witt Jansen et al., 2017) "Nurses' experiences of pain management for people with advanced	(Liu & Leung, 2016) "Pain treatments for nursing home residents with advanced	(Monroe et al., 2015) "Decisions factors nurses use to assess pain in nursing home

	cognitive state - a cross-sectional study”	dementia approaching the end of life: a qualitative study”	dementia and substantial impaired communication: A cross-sectional analysis at baseline of a cluster randomized controlled trial”	residents with dementia”
Årstall og utvalg/størrelse	<u>2016</u> 12 private sykehjem i Østerrike ble utvalgt fra et totalt antall på 29 etter one-stage cluster sampling. 425 pasienter ble inkludert i studien.	<u>2017</u> Sykepleiere med pleieansvar for pasienter med avansert demens i livets slutfase eller hadde avdød. 24 sykepleiere ble rekruttert fra 3 hospits, 2 akutt sykehus og 10 sykehjem. Alle lokasjoner i Nord Irland.	<u>2016</u> 17 sykehjem. Totalt 125 pasienter ble inkludert i studien. Fra Hong Kong Kina.	<u>2015</u> To langtidssykehjem i Nashville Tennessee. Sykehjem A hadde 250 sengeplasser og sykehjem B hadde 160 sengeplasser.
Studiedesign	Tverrsnittstudie	Kvalitativ studie	Klynge-randomisert forsøk	Kvalitativ Utforskende studie
Grunnlag for valg av artikkel	Ser på forskjellen i kartlegging og medikamentell behandling mot smerte hos sykehjemspasienter ut ifra deres kognitive tilstand og evne til å gi verbalt uttrykk for sin egen smerte.	Sykepleieres egne opplevelser av smertebehandling hos pasienter med langtkommen demens i livets slutfase.	Nedsatt evne til å gi uttrykk for smerte fører til underbruk av smertestillende. Personale kan bli herdet og dermed unngå å oppdage endringer i pasientens atferd som en indikator på smerte. Dette fører også til en underbruk av ikke farmakologiske tiltak. Smertekartleggingsverktøy bør brukes systematisk i sykehjem .	Utforske sykepleiere ansatt i sykehjem sine metoder for å lindre og identifisere smerte hos pasienter med demenssykdom innlagt i sykehjem.
Hovedfunn	Resultatene i artikkelen viser en underbruk av smertestillende medikamenter hos pasienter i sykehjem med avansert kognitiv svikt, dette gjelder spesielt de pasientene som ikke klarte å kommunisere sin smerte verbalt.	Deltakerne i studien sine erfaringer ble delt i tre hovedemner: Utfordringer med å administrere smertestillende, Sykepleier-lege relasjonen og interaktiv læring og utvikling av praksis.	Deltakerne som hadde mindre evne til kommunikasjon på grunn av deres kognitive status, og som hadde smerte lokalisert flere steder var mindre sannsynlig å få smertelindrende behandling. Studien viser at ubehandlet og underbehandlet smerte er fortsatt vanlig blant denne gruppen på sykehjem.	Under intervjuene var det et overordnet tema som kom frem, å løse et komplisert puslespill for å optimalisere pasientenes komfort. Det ble også avdekket 5 under tema som var følgende: usikkerhet angående smerteopplevelsen hos pasienter med demenssykdom, være en detektiv for å avdekke smertelokalisasjon og smerteintensitet, avklarende faktorer, konflikthåndtering og sykepleiers rolle.

2.0.5 Kritikk av metode

Metoden for denne oppgaven er litteraturstudie. Utfordringer med denne typen studie kan være at problemstillingen ikke er tilstrekkelig avgrenset eller presis nok. Det kan gjøre det

vanskelig å finne gode presise søkeord og artikler som svarer på problemstillingen. Dette kan da føre til en dårligere kvalitet på hele litteraturstudie (Thidemann, 2019, s. 78).

Artiklene som ble gjennomgått er alle skrevet på avansert akademisk engelsk. Dette kan ha bidratt til vanskeligheter med å forstå innholdet fullt ut og kan ha ført til eksklusjon av artikkelen.

For å finne relevante søkeord har vi basert oss på egen kunnskap, google translate samt Mesh på norsk fra UIA. Med mange synonymer kan det ikke utelukkes at det finnes flere gode relevante søkeord for vår problemstilling.

Med avgrensning som følge av inklusjon/eksklusjonskriterier er det absolutt en mulighet for at gode relevante artikler er blitt utelatt fra søkeresultat i databaser.

2.0.6 Etske vurderinger

Vi brukte validerte sjekklister for at forskningen vi fremstiller skal være validerte, samtidig som vi bruker kjente databaser og fagfelleverderte forskningsartikler. Vi har et etisk ansvar når vi skal presentere resultatene i oppgaven vår, derfor er det viktig at vi har et kritisk blikk og jobber systematisk med å vurdere funnene våres underveis. HVL har egne retningslinjer og forskrifter til bacheloroppgaven som vi må følge når vi arbeider med forskningsartiklene i oppgaven. Her finner man formelle krav til oppgaven samt forskrifter fra lovdata om blant annet målform (HVL, u.åa). Forskerne som gjennomfører studien har også et etisk ansvar for hvordan studiene blir gjennomført og må forholde seg til Helsinkideklarasjonen som inneholder veiledende regler med tre hovedavsnitt som skal beskytte mennesker som inngår i biomedisinsk forsøk (Molven, 2020).

3.0 Syntese

Resultatene fra vårt litteratursøk fremstilles i denne delen av oppgaven. Avsnittet deles opp etter tema, henholdsvis kvantitative data og kvalitative data fra våre valgte artikler.

Kvantitativ

Forskningen til Bauer et al. (2016) og Liu & Leung (2016) viser at pasienter innlagt i sykehjem med nedsatt evne til å kommunisere verbalt, fikk generelt mindre smertestillende medikament enn pasienter som hadde evne til å uttrykke sin smerte verbalt.

I studiene til Liu & Leung (2016) viser forskningen at pasienter som var innlagt i sykehjem over en lengre periode og som var generelt mer pleietrengende var mindre sannsynlig til å motta ikke farmakologiske tiltak mot sin smerte. Det viser videre at pasientene som hadde minst en smertediagnose mottok 36% ikke medikamentell behandling, mens kun 18,4% fikk smertestillende medikamenter (Liu & Leung, 2016).

18,8% av pasientene som ikke kunne kommunisere verbalt mottok ikke smertestillende medikament verken ved behov eller fast til tross for at de viste tegn på smerte ved kartlegging (Bauer et al., 2016).

Liu & Leung (2016) og Bauer et al (2016) anbefaler systematisk bruk av smertekartleggingsverktøy på sykehjem. De mener dette kan bidra til å oppdage smerte og gi en adekvat og god smertelindring til pasientene uansett kognitiv status. Videre kommer det frem at personalet kan bli desensitivert og ha vansker med å se endringer i pasientens atferd som tegn på smerte, og at dette kan lede til underbruk av ikke medikamentelle smerte tiltak. Smertekartleggingsverktøy kan da forbedre en slik situasjon ifølge Liu & Leung (2016).

Kvalitativ

I studien til både DeWitt Jansen et al. (2017) og Monroe et al. (2015) blir flere faktorer og ansvarsområder som kan hjelpe å bestemme om en pasient med demens opplever smerte inkludert. Dette er sykepleierens erfaring og ekspertise, kommunikasjon med familie og pårørende, kommunikasjon innad i teamet og ha en relasjon med pasienten over en tidsperiode, observasjon av pasienten, gi sykepleie til hele familien, muligheten til å prøve og feile samt prioritere pasientens komfort og livskvalitet. Først etter dette kan man begynne å sette sammen bitene og kunne kartlegge smerte, tegn og behandle.

Sykepleierne i studiet til Monroe et al. (2015) beskriver en kompleks prosess for å kartlegge smerte og komfort hos pasientene. Verbale endringer samt endringer i oppførsel, bruk av smerteskala og gjennomgang av pasientjournal er alle tiltak som sykepleierne anså som viktig. Være obs på endringer i miljø rundt pasienten er også en viktig del av smertekartlegging (Monroe et al., 2015). Sykepleierne prøver også å skille mellom psykisk og

fysisk smerte. Til tross for at sykepleierne prøvde å forstå smerten til pasientene med demenssykdom var det ofte mye usikkerhet omkring pasientens smerteopplevelse. Pasientens manglende evne til å uttrykke seg var en stor medvirkende faktor til dette (Monroe et al., 2015). Det kommer frem i artikkelen at i motsetning til enkle spørsmål som kan stilles til personer som ikke har demens, må man hos pasienter med demenssykdom samle informasjon fra pasienten selv, pårørende, miljø, journal og pleieteamet til pasienten for å kunne vurdere og behandle pasientens smerte. Det er en tidkrevende prosess for sykepleieren å bli kjent med pasienten (Monroe et al., 2015).

Forskningen til De Witt Jansen et al. (2017) viste at utfordringer ved administrasjon av smertestillende innebar problematikk med at pasientgruppen hadde nedsatt kommunikasjonsevne, dette gjorde det utfordrende for sykepleier å forklare hvorfor medisinen var viktig for pasienten og at den ville hjelpe mot smerten. Pasienter som motsatte seg smertestillende var som oftest relatert til frykt og angst (De Witt Jansen et al., 2017). I noen tilfeller forsto ikke pasienten hva smertestillende var for noe, og kombinert med smerten de opplever kunne dette i noen tilfeller føre til aggressiv atferd for å motsette seg behandling (De Witt Jansen et al., 2017).

I artikkelen fra De Witt Jansen (2017) legges det særlig vekt på palliative pasienter med demens og utfordringer med administrasjon av legemidler for sykepleierne. Studien viste at mange sykepleiere rapporterte at de trengte mer opplæring og kursing innenfor farmakologi. Det kom også frem at flere sykepleiere hadde administrert medisiner uten å helt vite hva de faktisk administrerte til pasienten (De Witt Jansen et al., 2017).

I studien til De Witt Jansen et al. (2017) reflekterte sykepleierne på sin rolle i forhold til smertekartlegging og vurdering hos pasienter med demenssykdom. Artikkelen nevner at sykepleierne viste stor entusiasme og til tider sterke følelser som underbygget det ovennevnte. Studien viser at sykepleierne har dårlig tid, stor arbeidsbelastning og at de gjerne må delta på kurs utenfor institusjonen som fører til at de må reise til hvor kurset holdes. Mulighet for læring og utvikling ble også ofte påvirket negativt som følge av økonomi hos de forskjellige institusjonene. Forskningen viste videre at noen sykepleiere ikke hadde mottatt noe som helst kurs eller opplæring innenfor demens eller

smertebehandling/vurdering (De Witt Jansen et al., 2017). En konkret kommentar fra en sykepleier lyder følgende: vi er sykepleiere, vi må bare fikse det (Monroe et al., 2015).

4.0 Diskusjon

4.0.1 Resultatdiskusjon

Vi har valgt å drøfte resultatdiskusjonen under overskriftene “smertekartlegging og observasjon”, “erfaring og ekspertise”, “kommunikasjon og smerteopplevelse” og “opplæring”. Vi tok dette valget basert på funn fra forskningen og hva vi oppfattet som de viktigste hovedpunktene å drøfte ut fra vår problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere gjennom observasjon og kartlegging vurdere smerte hos pasienter med demenssykdom innlagt i sykehjem?”

Smertekartlegging og observasjon:

I forskningen til Bauer et al. (2016) kom det frem at de anbefaler bruk av smertekartleggingsverktøy som er tilpasset den kognitive statusen hos pasienten og i artikkelen til Liu & Leung (2016) blir det også anbefalt smertekartleggingsverktøy, dette for å avhjelpe sykepleierne som kan ha blitt desensitivisert for å se endring i pasientens smertestatus. Det har også kommet ut noen retningslinjer for hvordan man kan oppdage smerte hos pasienter som ikke kan uttrykke seg verbalt. Den består av fire råd som omfatter at man starter med smertevurderingsteknikker, bruker smertekartleggingsverktøy, redusere oppmerksomhet på vitale tegn og til slutt kartlegge på nytt og dokumenterer (Sandvik, 2020). Det finnes ulike skjema man kan bruke for å kartlegge smerte. Det er derfor, også slik forskningen sier viktig å velge kartleggingsverktøy ut i fra pasientens sine kognitive evner, og funksjon (Bauer et al., 2016; Torvik & Bjørø, 2018, s. 395). Smertekartleggings-skjema slik som Doloplus og Mobid-2 er basert på observasjon av pasienten og derfor egnet til pasienter som ikke kan uttrykke seg verbalt (Bjoro & Herr, 2008 referert i Torvik & Bjørø, 2018, s. 398).

I undersøkelser gjort av smertekartleggingsverktøyet Mobid- 2 fant man ut at pasienter hvor det ble brukt Mobid- 2 hadde mindre smerte, enn pasienter som hadde mottatt pleie som vanlig (Husebo et al., 2014, s. 1425). De fant også ut at smerte er et vanlig symptom hos pasienter med demens som bor på sykehjem, 62% hadde smerter ifølge Mobid- 2 skjema (Husebo et al., 2014, s. 1425). Dette er noe som går igjen i teorien vi har funnet, at mange eldre med demens ikke får den smertevurdering og smertebehandlingen de trenger, eller at smertebehandling ikke er tilfredsstillende. Dette gjelder spesielt pasienter som ikke kan formidle smerten sin (Torvik & Bjørø 2018, s. 390; Torvik mfl. 2009, Torvik mfl. 2010, Husebo mfl. 2001, referert i Torvik & Bjørø 2018, s.397). Forskningen til Monroe et al. (2015) beskriver tiltak som sykepleierne trakk frem som viktig når de skulle kartlegge smerte hos pasientene. De la da vekt på at både endringer i oppførsel og verbalt, samt bruken av smerteskala var viktige tiltak. Dette kommer det også frem av teorien vi har funnet som omtaler tiltak ved smertevurdering.

Selv om smertekartleggingsverktøy viser seg å være svært nyttig når man skal vurdere smerte hos pasienter med demens, vil det ikke alltid være det beste. For smerte kan komme til uttrykk på ulike måter (Husebo 2011, referert i Torvik & Bjørø, 2018, s. 399). Utfordrende atferd, hallusinasjon og agitasjon kan alle være symptomer tilknyttet til demensdiagnosen, med det kan også komme av uoppdaget smerte (Sandvik, 2020). På bakgrunn av dette kan det være utfordrende å kartlegge ved hjelp av Mobid- 2 skjema, da fysisk kontakt og tiden det tar kan gjøre pasienten mer urolig. Det vil da være mer hensiktsmessig å ta i bruk observasjon hvor man fokuserer på ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser og lyder (Sandvik, 2020). En studie om ansiktsuttrykk undersøkte hvor godt sykepleiere og vanlige mennesker var til å gjenkjenne tegn for smerte via ansiktsresponsen hos både friske eldre og personer med demens (Lautenbacher et al., 2018, s. 2). Der kom det frem at ansikts responsen til akutt smerte ga like god indikasjon for smerte hos personer med demens, som personer uten. Det ble også oppdaget at systematisk observasjon av ansiktsresponsen hjelper for å gjenkjenne/oppdage smerte uten noen form for ekstra informasjon om pasienten. Selv om pasienter med demens kan miste evnen til å uttrykke smerte verbalt, mister de ikke evnen til å uttrykke smerte gjennom ansiktsreponser. Når man observerte pasienter med demens hadde man større suksess enn hos friske eldre til å skille tegn for smerte og ikke-smerte (Lautenbacher et al, 2018, s.21).

Erfaringer og ekspertise:

I studien til DeWitt Jansen et al. (2017) og Monroe et al. (2015) beskriver sykepleiere flere faktorer som trengs for å kunne kartlegge og behandle smerte hos pasienter med demens. Et av hovedpunktene de trekker frem er den enkelte sykepleiers erfaring og ekspertise. Som beskrevet i teorien finnes det ulike typer demens diagnoser, som arter seg ulikt med forskjellig symptombilde (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 411-412). Dette gjør seg også gjeldende i artikkelen til Sandvik (2020) hvor hun peker på viktigheten av å inneha kunnskap om hvilke funksjoner pasienten har, hvilke som er blitt svekket samt hva som er årsaken til demensdiagnosen. Dette kan man også finne i Martinsens (1989, s.76) omsorgsteori, hvor hun trekker frem at det trengs faglig kunnskaper og ferdigheter for å møte en person med omsorg.

Et annet hovedtrekk DeWitt Jansen et al. (2017) og Monroe et al. (2015) beskriver er at sykepleierne må ha en relasjon med pasienten. Sykepleieren må kjenne pasienten godt for å kunne tolke ikke-verbale tegn ved smertekartlegging og observasjon (Torvik mfl. 2010 referert i Torvik & Bjørø, 2018, s. 398). Sett i lys av dette kan man trekke inn Joyce Travelbee som er opptatt av viktigheten av å ikke kun se sykdommen, men heller fokusere på kommunikasjon og enkelt menneske sin følelse og reaksjon på sykdom og smerte (Kirkevold, 2014, s. 115).

Sandvik (2020) tar også dette opp i sin artikkel om smertevurdering, og skriver at sykepleiere som skal vurdere pasienten sin smerte må kjenne pasienten godt.

Vi ser at både teorien vår og forskningen (DeWitt Jansen et al. 2017; Monroe et al. 2015; Sandvik, 2020) har de samme funnene når det gjelder relasjon med pasienter med demens og smertekartlegging. Vi kan derfor med støtte i teori og forskning si at det er nødvendig å bli kjent med pasienten, fokusere på kommunikasjon og la pasienten uttrykke sine følelser og behov i forhold til smerte. Først da kan man iverksette smertekartlegging og behandling.

Kommunikasjon og smerteopplevelse:

Gjennom studiene til Monroe et al. (2015) beskrev sykepleierne at det var mye usikkerhet omkring smerten til pasientene med demenssykdom. Dette hadde mye å gjøre med den manglende evnen til å uttrykke seg verbalt til personalet.

Smerte er en individuell og sammensatt opplevelse, derfor vil det være svært individuelle forskjeller på hvordan pasienter uttrykker smerte, og tolke hvilke grad av smerte pasienten har (McCaffery & Pasero, 2003, Nortvedt, 2015, Nortvedt & Nordtvedt, 2001 referert i Danielsen et al., 2017, s. 383–384). I forskningen til Monroe et al. (2015) kommer det frem at man må kommunisere godt med familie og pårørende, for å kunne gi en helhetlig smertevurdering. En av grunnene til dette er at det kan være utfordrende å vurdere smerten til en pasient da ulike familier og kulturer kan ha ulik uttrykk for smerte (Danielsen et al., 2017, s.384).

Gjennom en norsk studie fant man ut at sykepleierne også der var usikre på om pasienten hadde smerter (Torvik mfl. 2010, referert i Torvik & Bjøro 2018, s. 398). Dette viser at observasjon og smertekartlegging hos personer med demenssykdom kan vise seg som en utfordring i hele verden. Med dette kan man reflektere over betydningen av pårørende og kommunikasjonen mellom helsepersonell, pasienten og pårørende, og hvor viktig denne er for pasientens velvære og smertekartlegging. Det beskrives som et puslespill, hvor det å samle informasjon fra pasient, pårørende, pleieteamet og journalen utgjør bitene for å vurdere pasientens smerte (Monroe et al., 2015).

Det viste videre i forskningen at pasienter som hadde nedsatt evne til verbal kommunikasjon, fikk mindre smertestillende medikamenter enn andre (Bauer et al., 2016; Liu & Leung, 2016) Dette kommer også frem i teori, at tidligere undersøkelser viser til at pasienter ikke får tilstrekkelig smertebehandling, da spesielt pasienter med kognitiv svikt (Torvik & Bjøro, 2018, s. 390). Dette viser seg i forskningen som en utfordring. Sykepleierne uttrykte at det var utfordrende når pasienten ikke forsto dem, og viktigheten av smertestillende (De Witt Jansen et al., 2017). Dette kunne føre til utfordrende atferd og pasienten motsatte seg behandling, som ofte var relatert til pasientens egne frykt og angst (De Witt Jansen et al., 2017).

Opplæring:

Det finnes mange forskjellige typer demens og diagnoser. De ulike typene har gjerne forskjellige uttrykksmåter og symptombilder. I sykehjemsavdelinger for pasienter med demenssykdom jobber det gjerne forskjellige profesjonsgrupper. Det jobber gjerne også personer fra vikarbyrå eller sykepleiere i deltidsstillinger (Monroe et al., 2015). Dette vil gjøre det vanskeligere å kartlegge smerte da man ikke får den kontinuiteten man bør ha om det er ulikt personell som skal observere pasienten, og heller ikke kjenner pasienten særlig godt.

Man kan da gå glipp av de ikke-verbale tegnene på smerte (Torvik mfl. 2010, referert i Torvik & Bjørø, 2018, s. 398). Det at man er utdannet sykepleier betyr ikke automatisk at man har mye kunnskap om demenssykdom, da dette vil avhengig mye om tidligere jobberfaring samt praksisplassering under utdanningsløpet. I artikkelen fra De Witt Jansen et al. (2017) kom det frem at mange av sykepleierne i studien ikke hadde mottatt noe kurs eller opplæring innenfor demens eller smertekartlegging/vurdering. Økonomi og lang reisevei til kurssted samt dårlig tid var alle faktorer som hindret muligheten for kurs og faglig påfyll (De Witt Jansen et al., 2017).

Det ble også rapportert at sykepleierne hadde administrert medikamenter uten selv å vite hva de hadde administrert, og at sykepleierne mente at de trengte mer kursing og opplæring i farmakologi (De Witt Jansen et al., 2017). I lys av Kari Martinsen (1989) sin teori og ikke minst demenssykdommers kompliserte sykdomsbilde burde absolutt helsevesenet satse tungt på internundervisning og legge til rette for at alle i personalgruppen får deltatt. Dette gjelder ikke bare helsepersonell med høyskoleutdanning, da alle i personalgruppen skal yte omsorg og sørge for pasientens beste.

4.0.2 Metodediskusjon

I utformingen av denne oppgaven er det to personer som har søkt etter artikler både i forskjellige og samme databaser. Dette viste seg hensiktsmessig da vi fikk dekket mange artikler samtidig som vi fikk muligheten til å kritisk vurdere artiklene med ulike synspunkt som ble diskutert i etterkant. Dette anser forfatterne av oppgaven har ført til at artikler av høy kvalitet med stor relevans for vår problemstilling. Artiklene som vi har valgt fant vi i alle databasene vi utførte søk i (Monroe et al., 2015; De Witt Jansen et al., 2017; Bauer et al., 2016; Liu & Leung, 2016). Det var likevel ganske stor forskjell over hvilket nummer de var i de ulike databasene henholdsvis CINAHL, Psychinfo og Medline Ovid. Det faktum at vi fant artiklene i alle databasene vi anså som relevant for vår problemstilling understøtter PICOens kvalitet og nøyaktighet.

Prisma flow diagram viste seg noe utfordrende å fylle ut. Det ble behov for ekstra veiledning innenfor dette spesifikke vedlegget. Resultatene fra de ulike databasene ble sammenstilt i Zotero hvor vi fjernet duplikater. For å finne hvor mange artikler begge forfatterne av denne

oppgaven leste i fulltekst ble det nødvendig å gjennomføre det systematiske søket en gang til, med fokus på å fylle ut flow skjema samtidig. Selve flow skjema er noe vi ikke har brukt før i bachelorutdanningen og var noe vanskelig å jobbe med. I ettertid ser vi nytteverdien av det for å få en oversikt over alle artikler som kunne vært aktuell for denne oppgaven.

Ved analysen av artiklene har vi hatt en fordel da vi er to personer som kan lete og lese over dobbelt så mange artikler som om vi var en. Det er likevel en risiko for feiltolkning av resultater og innholdet i forskningsartiklene på grunn av språk (Monroe et al., 2015; De Witt Jansen et al., 2017; Bauer et al., 2016; Liu & Leung, 2016). Vi behersker engelsk godt, men det er fortsatt andrespråket vårt og ukjente ord og uttrykk forekommer. Forskningen er gjort i ulike land hvor man kan ha ulik praksis og metoder. Rutiner på sykehjem kan være helt annerledes i USA, Nord-Irland, Kina, Østerrike enn de er i Norge. Det må derfor ta hensyn til dette når vi drøfter ut ifra våre erfaringer fra sykehjem i Norge, men også implementering av forskningsfunnene.

Vi valgte å ta i bruk både kvalitative og kvantitative artikler i oppgaven vår. Dette var med hensikt, da vi ville både ha studier med konkrete tall i tillegg til erfaringer. Kvalitativ og kvantitativ metode kan brukes sammen eller hver for seg. Den ene metoden kan oppveie ulempene ved den andre metoden, og ved å kombinere disse oppnår man såkalt metodetriangulering som for noen forskningsprosjekter/litteraturstudier kan være hensiktsmessig (Thidemann, 2019, s. 77). Det kvalitative vil belyse sykepleieres erfaringer og følelser knyttet til smerteproblematikk, mens det kvantitative ser mer på det overordnede som hvor mange pasienter med demenssykdom som faktisk sliter med smerteproblematikk. Thidemann (2019, s. 77) skriver at ved kombinasjon av ulike metoder som viser samme resultat er det et sterkt argument for at studiens resultater er gyldige. Dette gjorde at vi kunne se på om sykepleieres erfaringer, opplevelser og følelser samsvarer med de tallene fra de kvantitative artiklene våre.

5.0 Konklusjon med perspektivering

I løpet av denne bacheloroppgaven har vi forsøkt å svare på vår problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere gjennom observasjon og kartlegging vurdere smerte hos pasienter med demenssykdom innlagt i sykehjem

Det er mange ulike smertekartleggingsverktøy man kan bruke for å kartlegge smerte. Det er viktig at sykepleiere får opplæring i bruk av de som egner seg best for pasienter med demens. Det kommer frem at Mobid - 2 er godt egnet til denne pasientgruppen, som opplevde mindre smerte når skjema ble tatt i bruk. Dårlig tid- og opplæring på institusjoner, samt økonomiske forhold viste seg å ha innvirkning på hvordan sykepleierne kartla smerte hos pasienter med demens. Flere sykepleiere mottok ikke kurs eller opplæring innenfor hverken diagnosen demens, eller smertekartlegging og vurdering av smerte hos denne pasientgruppen. Sykepleierne rapporterte også at de trengte mer opplæring innenfor farmakologi, da dette gjorde de usikre.

Systematisk observasjon av ansiktsresponser kan hjelpe med å oppdage smerte, uten at pasienten må uttrykke seg verbalt. Derfor er sykepleieren sin erfaring og ekspertise sentral for å kunne oppdage smerte hos pasienter med demens.

For å implementere dette i praksis kan vi ved bruk av relevant forskning og teori konkludere med at systematisk observasjon og kartleggingsskjema har vist seg å kunne vurdere smerte hos pasienter med diagnosen demens, men kombinasjonen av for lite opplæring, underbemanning/dårlig tid gjør at smertekartlegging på sykehjem i dag ikke er tilstrekkelig.

Litteraturliste

Bauer, U., Pitzer, S., Schreier, M. M., Osterbrink, J., Alzner, R., & Iglseider, B. (2016). Pain treatment for nursing home residents differs according to cognitive state – a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 16(1), 124.

<https://doi.org/10.1186/s12877-016-0295-1>

Braut, G. S. (2018,4. desember). Sykehjem. I *Store medisinske leksikon*.

<http://sml.snl.no/sykehjem>

Christoffersen, L. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt.

Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2017). Sykepleie ved smerte. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381–427). Gyldendal Akademisk.

De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2017). Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9–10), 1234–1244.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13442>

Heir, W., & Sørhøy, M. S. (2018, 2. november). *Helsearbeiderfag Vg2—Observasjon—NDLA*. ndla.no. <https://ndla.no/subject:4/topic:1:172816/topic:1:173684/resource:1:5472>

Helsebiblioteket. (2016a, 7. juni). *Kvalitativ metode*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>

Helsebiblioteket. (2016b, 3. juni). *PICO*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016c, 3. juni). *Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket. (u.å). *Alle databaser*.

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/?index=0>

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser (IS-1948)*.

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utrekning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utrekning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utrekning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utrekning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Helsedirektoratet. (2019, 27. november). *Om demens*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>

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. <https://doi.org/10.1002/ejp.507>

HVL. (u.åa). *Retningslinjer for bacheloroppgaven*. Høgskulen på Vestlandet.

<https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskrifter-reglar-retningslinjer/retningslinjer-for-bacheloroppg-bokm.pdf>

HVL. (u.åb). *Søk etter fagressursar*. Høgskulen på Vestlandet.

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjuepleie>

IASP. (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain—IASP*.

<https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering* (2. utg.). Ad Notam Gyldendal.

Lautenbacher, S., Walz, A. L., & Kunz, M. (2018). Using observational facial descriptors to infer pain in persons with and without dementia. *BMC Geriatrics, 18*(1), 88.

<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0773-8>

Liu, J. Y. W., & Leung, D. Y. P. (2016). Pain Treatments for Nursing Home Residents with Advanced Dementia and Substantial Impaired Communication: A Cross-Sectional Analysis at Baseline of a Cluster Randomized Controlled Trial. *Pain Medicine*, pnw242. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw242>

Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin historisk-filosofiske essays*. TANO.

Molven, O. (2020, 19. mai). Helsinkideklarasjonen. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/Helsinkideklarasjonen>

Monroe, T. B., Parish, A., & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316–320. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>

pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1

Sandvik, R. K. N. M. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, 80594, e-80594. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80594>

Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2018). Kognitiv svikt og demens. I M. Krikevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., s. 408–437). Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget.

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

Aasen, S. E. (2020, 3. januar). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*.

Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-heading-s-pa-norsk-og-engelsk>

Vedlegg

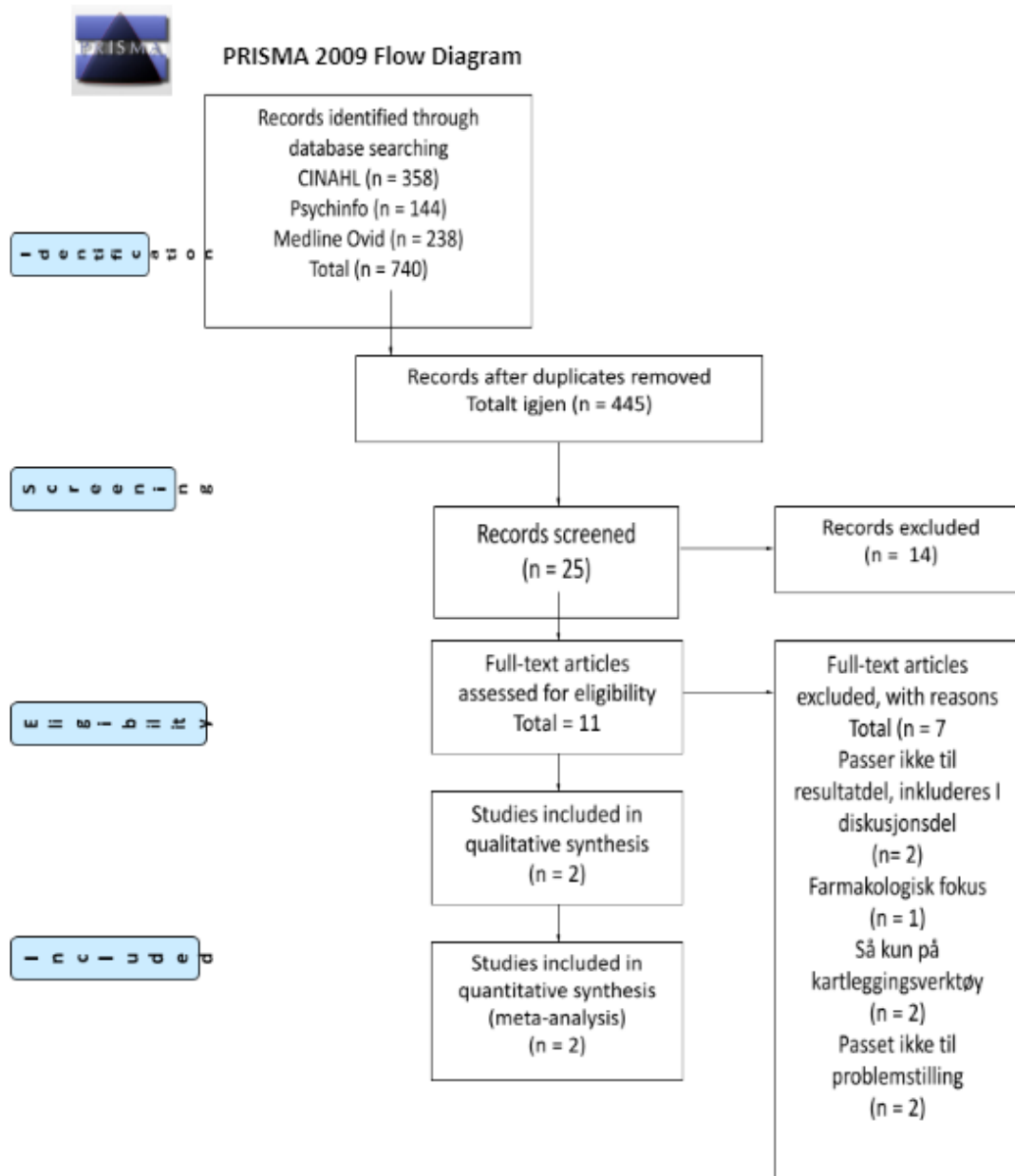
Vedlegg nr. 1 PICO skjema

Din problemformulering: Sykepleiere kartlegge og observere smerte hos pasienter med demenssykdom	Type spørsmål: Erfaringer

	P: Population	I: Phenomenon of Interest		Co: Context
	Pasienter med demensdiagnose	Hvordan kan sykepleier oppdage smerte		Innlagt i sykehjem
Norsk formulering hentet fra din problemstilling				

MeSH ord	Dementia Alzheimers Alzheimers Disease Cognitive impairment	Pain assessment tool* Pain measurement Pain Pain management Pain assessment Assess pain Nurses experience Discover pain		Nursing home* Nursing home residents Nursing home patients
----------	---	--	--	--

Vedlegg nr. 2 Prisma flow skjema



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Vedlegg nr. 3 Søkehistorikk

Database/ Søkemotor/ Webside	Søk	Søkeord/ MeSH termer/ Kombinasjoner	Antall treff
CINAHL 27.01.2021	S1	Dementia OR Dementia*	53,939
	S2	Alzheimers OR Alzheimers disease	18,002
	S3	Cognitive impairment	24,032
	S4	S1 OR S2 OR S3	69,244
	S5	Pain assessment tool*	366
	S6	Pain measurement	48,963
	S7	Pain	338,121
	S8	Pain management	26,850
	S9	Pain assessment	11,154
	S10	Assess pain	960
	S11	Nurses experience	1,261
	S12	Discover pain	2
	S13	S5 OR S6 OR S7 OR S8 S9 OR S10 OR S11 S12	339,984
	S14	Nursing home*	46,709
	S15	Nursing home residents OR Nursing home patients	16,479
	S16	S14 OR S15	46,709
	S17	S4 AND S13 AND S16	358
Ovid MEDLINE 27.01.2021	1	Dementia OR Dementia*	133,422
	2	Limit 1 to yr= 2011-2021	69,181
	3	Alzheimers OR Alzheimers disease	159,998
	4	Cognitive impairment	62,923
	5	1 OR 3 OR 4	278,346
	6	Pain assessment tool*	318
	7	Pain measurement	88,310
	8	Pain	747,220
	9	Pain management	54,823
	10	Pain assessment	5,953
	11	Assess pain	1,732
	12	Nurses experience	1,140
	13	Discover pain	1
	14	6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13	748,309
	15	Nursing home*	22,810
	16	Nursing home residents OR Nursing home patients	6,746
	17	15 OR 16	22,810
	18	5 AND 14 AND 17	464
	19	2 AND 18	238

APA Psychinfo 27.01.2021	1	Dementia OR Dementia*	9,6451
	2	Limit 1 to yr= 2011-2021	48,896
	3	Alzheimers OR Alzheimers disease	61,833
	4	Cognitive impairment	52,119
	5	1 OR 3 OR 4	133,759
	6	Pain assessment tool*	141
	7	Pain measurement	15,635
	8	Pain	103,764
	9	Pain management	14,220
	10	Pain assessment	2,168
	11	Assess pain	465
	12	Nurses experience	533
	13	Discover pain	0
	14	6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13	105,703
	15	Nursing home*	10,884
	16	Nursing home residents OR Nursing home patients	3,422
	17	15 OR 16	10,884
	18	5 AND 14 AND 17	311
	19	2 AND 18	144

Vedlegg nr. 4 Samleskjema

Metode						Resultater		
Artikkel nr.	Årstal	Studiedesign	Utvalg/størrelse	Intervensjon	Kommentarer	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
1 (Bauer et al., 2016)	2016	Tverrsnittstudie	12 private sykehjem i Østerrike ble utvalgt fra et totalt antall på 29 etter one-stage cluster sampling. 425 pasienter ble inkludert i studien.	Gruppeinndeling : Deltakere ble delt i to grupper. De med MMSE >18 i gruppen CUS*, de med MMSE 17 eller under i gruppen CI*. CI gruppen ble subgruppert etter evne til å uttrykke smerte verbalt via verbal rating scale (VRS), henholdsvis CI-V* og CI-NV*. Verktøy brukt: Prevalensen og alvorlighetsgraden av smerte i gruppen CUS ble vurdert ved hjelp	CUS = Cognitively unimpaired/slightly impaired. CI= Cognitively moderately - severely impaired. CI-V = verbally communicating. CI-NV = not verbally communicating. PRN = Behovsmedisin	Det var ingen forskjell i lengde på sykehjemsopphold mellom de ulike pasientgruppene. 66,4% av pasientene i gruppen CUS viste smerte av ulik intensitet ved hvile eller under mobilisering. 68,1 % av pasientene i gruppen CI-V rapporterte smerte i VRS skjema, mens det i PAINAD-Gm var 69% som rapporterte smerte. Sammensatt om man teller den sterkeste registrerte smerte kan man si at i gruppen CI-V ble det indikert smerte hos 81% av pasientene. I gruppen CI-NV var smerte prevalens 80,3%. Resultatene i studien viser	Resultatene i artikkelen viser en underbruk av smertestillende medikamenter hos pasienter i sykehjem med avansert kognitiv svikt, dette gjelder spesielt de pasientene som ikke klarte å kommunisere sin smerte verbalt. Videre anbefaler artikkelen å bruke smertekartleggingsverktøy som er tilpasset pasientens kognitive status. Dette kan hjelpe å oppdage smerte, bidra til optimal smertelindring,	Ser på pasienter med demenssykdom som er innlagt i sykehjem. Tar med relevante tema for vår problemstilling som smertekartleggingsverktøy.

				<p>av et standardisert spørreskjema, som besto av en 5 stegs verbal rate scale (ingen, mild, moderat smerte, sterk og uutholdelig smerte). Når det var mulig ble deltakere i CI gruppen også vurdert ved hjelp av VRS scale. Smerte ble vurdert ved hvile og under mobilisering.</p> <p>Alle deltakere i CI gruppen ble smertevurdert etter modified german version of PAINAD. Dette er et kartleggingsverktøy som bruker standardiserte bevegelser som å løfte armene, løfte beina, rulle over i sengen eller reise seg fra en stol. Om 2 poeng eller flere ble strøket fra en pasient ble brukt som indikator på at pasienten mest sannsynlig opplevde smerte. For pasienter i gruppen CI-V ble den maksimale smerten registrert etter om høyest smerte var registrert på VRS eller PAINAD-Gm skalaene.</p> <p>Forskjeller mellom gruppene ble testet med ANOVA for kvantitative variabler og H-test, 95% konfidensintervall ble kalkulert og associations ble testet med log-binomial regression</p>	<p>PP = Fast medisin</p>	<p>signifikante forskjeller i prevalensen av smerte mellom pasienter i gruppene CUS samt begge gruppene i CI gruppen.</p> <p>Studien viser at det var mer sannsynlig at pasientene i CUS gruppen hadde resept/ordinasjon på smertestillende legemidler enn pasientene i CI gruppen. Dette inkluderer både behovsmedisin og fast smertestillende. 87% av pasientene i gruppen CUS fikk minst en type smertestillende enten som behovsmedisin eller fast medisin. I de andre gruppene var det 78,3% i gruppen CI-V og 76,6% i gruppen CI-NV. Det ble foreskrevet generelt mer smertestillende som behovsmedisin enn som fast medisin i alle gruppene.</p> <p>I CI-NV ble det administrert færre faste smertestillende (36%) medikament enn i CUS (58%), mens ingen signifikante forskjeller mellom CI-V og CI-NV.</p> <p>Det vanligste smertestillende medikament som ble brukt (enten ved behov eller fast) var cyclooxygenasehemmere (Metamizol og Paracetamol). Topikal smertestillende eks diclofenac gel ble brukt av 40,5% av alle pasienter som mottok smertestillende medikament og 39,9% brukte opioider. Systemisk administrert NSAIDs var foreskrevet hos 36,7% hos pasientene med minst ett foreskrevet smertestillende medikament. Det vanligste medikamentet som ble foreskrevet som fast medisin var opiater, 50,2% av pasientene mottok dette som hadde faste smertestillende, etterfulgt av topikale smertestillende hos 47,5%, COX hemmere med 32,3% og NSAIDs med 26,7%. Når det gjelder behovsmedisin var det COX hemmere som var det</p>	<p>redusere ikke effektiv medisiner og generelt hjelpe til å oppnå adekvat og god smertelindring uansett kognitiv status hos pasientene.</p>	
--	--	--	--	---	--------------------------	---	--	--

				kalkulert som risk ratio (RR).		<p>vanligste medikamentet. 82,6% av pasientene hadde dette som behovsmedisin, ingen særlige forskjeller mellom gruppene.</p> <p>Opioider ved behov var foreskrevet for 14,6% i gruppen CI-NV i kontrast til 20,9% i CUS og 27,2% i CI-V.</p> <p>Pasienter som ikke fikk smertestillende verken som behov eller fast til tross for at de viste tegn på smerte ved kartlegging var i gruppen CUS 5,5%, 13,9% i CI-V og 18,8% i gruppen CI-NV. Dette var relatert til evne til å uttrykke smerte verbalt.</p>		
2 (De Witt Jansen et al., 2017)	2017	Kvalitativ studie	<p>Sykepleiere med pleieansvar for pasienter med avansert demens i livets slutfase eller hadde avdød. 24 sykepleiere ble rekruttert fra 3 hospits, 2 akuttstusykehus og 10 sykehjem. Alle lokasjoner i Nord Irland.</p>	<p>Semi strukturert person til person intervju av sykepleierne ble utført hvor de jobbet. En intervjuguide med åpne tilpassede spørsmål ble brukt og inneholdt følgende tema: Erfaring med å jobbe med smerteproblema tikk hos døende pasienter med demenssykdom, ulike barrierer som kan oppstå samt opplæringsbeho v.</p> <p>Alle intervjuer ble digitalt tatt opp for så å bli transkribert. Lengde på intervjuene varierte mellom 31-45 minutter med et gjennomsnitt på 37,9 minutter. Data ble samlet mellom Juni 2014 og September 2015.</p>		<p>Deltakerne i studien sine erfaringer ble delt i tre hovedemner: Utfordringer med å administrere smertestillende, Sykepleier-lege relasjonen og interaktiv læring og utvikling av praksis.</p> <p>Utfordringer med å administrere smertestillende: Pasienter som motsatte seg smertestillende legemidler, samt problemer for personalet å finne egnede administrasjonsmåter for medikament. Pasienter som motsatte seg smertestillende var som oftest relatert til frykt og angst. Pasientene forsto gjerne ikke at det var medisiner som ville hjelpe mot smerten, nedsatt kommunikasjon blir også trukket frem som gjorde det vanskelig å forklare nettopp dette til pasient. Kombinasjonen av å ikke forstå hva smertestillende var for noe og opplevelsen av smerte førte i noen tilfeller til at pasienten ble aggressiv mot personale.</p> <p>Administrere tabletter oralt er en utfordring da mange av de palliative pasientene ofte var preget av sløvhhet og sov store deler av døgnet. Bruk av mikstur og</p>	<p>Selv om funnene i studien viser at sykepleieres holdninger og tiltak angående smerte i livets slutfase hos personer med demens samsvarer med gjeldende retningslinjer og kliniske anbefalinger, er det allikevel en del utfordringer for å iverksette dette i praksis. For dårlig opplæring og tilbud av kurs for ansatte er en bekymring. Dette også sett i lys av at det er en del færre pasienter med demens som blir henvist til hospits og spesialiserte palliasjon avdelinger enn for de pasientene med kreft og andre sykdommer. Litteraturen innenfor området har de siste årene kommet med en hel del nye strategier og tanke sett for best</p>	<p>God kvalitativ artikkel som undersøker sykepleiers følelser og utfordringer rundt smertekartlegging / vurdering. Tar opp sentrale og viktige behov for sykepleiere rundt dette, som blant annet behov for kursing/ opplæring, kommunikasjon og vanskeligheter i administrasjon av smertestillende. Inkluderer også pasienter fra sykehus som ikke mer med i våre inklusjonskriterier, men siden funnene fra pasienter i sykehjem er relevant for vår problemstilling velger vi å inkludere denne.</p>

					<p>flytende løsninger oralt økte faren for aspirasjon og aspirasjonspneumoni hos pasienter med dysfagi.</p> <p>Problemer med sprøytepumper, injeksjoner og i.v behandling kom også frem i studien. Dette gjaldt palliative pasienter med demens grunnet lite kroppsfett, lav muskelmasse samt kakeksi. Noen av sykepleierne mente også at bruk av nåler bare ville føre til mer smerte og angst hos pasientene. I stedet brukte de smertepaster og suppositorier i livets slutfase fremfor i.v behandling og injeksjoner.</p> <p>Sykepleier-lege relasjon: Vanskelige forhold mellom sykepleier og lege ble meldt av sykehjemssykepleiere og akuttisykepleiere. Noen sykepleiere følte at noen leger var nølende til å utføre undersøkelse av pasienter og ignorerte forespørsler om hjelp med komplekse pasientsituasjoner. At leger brukte lang tid til å foreskrive medikament eller oppdatere dokumentasjon kom også frem som et problem i sykepleier - lege relasjonen. Sykepleiere med over 20 års erfaring mente at dårlige kommunikasjonsevner og utilstrekkelig rapportering blant sykepleiere var en medvirkende faktor for dårlig relasjon mellom sykepleier og lege.</p> <p>Interaktiv læring og utvikling av praksis: Hospitussykepleiere hadde en preferanse for interaktive gruppediskusjoner av pasientcase men også vanlig strukturerte kurs. I følge sykepleierne bidro dette til mer deling av kunnskap hos personalet. I stor kontrast følte ikke akutt og sykehjem sykepleierne dette. Hos begge disse gruppene blir det trekt fram at</p>	<p>mulig behandling av den aktuelle pasientgruppen. Dette viser viktigheten av at sykepleiere får den nødvendige kompetansen og opplæringen for å kunne gi best mulig sykepleie til denne pasientgruppen.</p> <p>Studien indikerer at både akutt og sykehjemssykepleiere opplever en del utfordringer knyttet til smerte hos pasienter med demens i livets slutfase. Mange er underkvalifisert i den grad at de mangler relevante kurs etter grunnutdanning innenfor smerte hos palliative pasienter med demens. Underbemanning viste seg også å være et problem i klinikken. Noen av deltakerne rapporterte også at de følte de manglet en del forståelse for farmakologien noe som kunne utgjøre en fare for pasienten. Videre arbeid bør undersøke metoder av interaktiv læring og ulike måter å forbedre klinisk praksis samt utvikling faglig.</p>	
--	--	--	--	--	---	---	--

						<p>sykepleierne har dårlig tid, stor arbeidsbelastning og at de gjerne må delta på kurs utenfor institusjonen som fører til at de må reise til hvor kurset holdes. Mulighet for læring og utvikling ble også ofte påvirket negativt som følge av økonomi hos de forskjellige institusjonene. Noen sykepleiere hadde ikke mottatt noe som helst kurs eller opplæring innenfor demens eller smertebehandling/vurdering.</p> <p>Mange sykepleiere rapporterte at de trengte mer opplæring og kursing innenfor farmakologi. Noen sa også at de hadde administrert medisiner uten å helt vite hva de faktisk administrerte til pasienten.</p>		
3 <u>(Liu & Leung, 2016)</u>	2016	Klynge-randomisert forsøk	17 sykehjem. Totalt 125 pasienter ble inkludert i studien. Fra Hong Kong Kina.	<p>134 pasienter med demens og nedsatt kommunikasjons evne ble valgt til studien. 9 av dem ble ekskludert fordi data om smertebehandling manglet, dette resulterte i 125 som ble analysert. Hierarkiske generaliserte estimeringsligningsanalyser for klynge effekten av sykehjem ble brukt for å identifiserer faktorer assosiert med bruken av medikamentelle og ikke medikamentelle smertebehandlinger.</p> <p>Sykepleierne som var i direkte kontakt med pasientene ble spurt om å evaluere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evnen til å gjøre seg forstått av andre 2. Evnen til å forstå andre 	MFVFT = Modified Fuld Verbal Fluency Test	<p>MFVFT score på 2,04 indikerer at de deltakende pasientene har alvorlig kognitiv og kommunikasjonssvikt. Det ble avklart at alle deltakere hadde minst en type smerte diagnose, men bare 23 (18,4%) av disse fikk smertestillende medikamenter og 45 (36%) fikk ikke medikamentell smertebehandling 13 (10,4) fikk begge deler på samme tid. Det kommer frem i artikkelen at sannsynligheten for bruken medikamentell behandling var positivt assosiert med MFVFTA, men negativt assosiert med nummeret av smertelokalisasjoner. Deltakerne som hadde større evne til å kommunisere og færre smertelokalisasjoner hadde større sannsynlighet for å få forordnet og administrert medikamentell behandling. Deltakerne som hadde bodd lengre på sykehjemmet og som var mer pleietrengende hadde mindre sannsynlighet for å få ikke medikamentell smertebehandling.</p>	<p>Deltakerne som hadde mindre evne til kommunikasjon på grunn av deres kognitive status, og som hadde smerte lokalisert flere steder var mindre sannsynlig å få smertelindrende behandling. Studien viser at ubehandlet og underbehandlet smerte er fortsatt vanlig blant denne gruppen på sykehjem.</p> <p>Artikkelen foreslår for å forbedre situasjonen angående personale som blir desensitivisert ovenfor pasienter med smerte, og av den grunn ikke ser endring i pasientens smertestatus om å bruke smertekartleggingssystemer.</p>	Kvantitativ

				Disse to punktene skulle evalueres ut i fra den daglige kontakten med pasientene, på en skala fra 0 =Forstår til 4=sjeldent eller aldri forstår.				
4 <u>(Monroe et al. 2015)</u>	2015	Kvalitativ Utforskende studie	To langtidssykehjem i Nashville Tennessee. Sykehjem A hadde 250 sengeplasser og sykehjem B hadde 160 sengeplasser.	To fokusgruppeintervju ble utført på begge sykehjemmene. 4-11 deltok på hver med en total deltakelse på 29. Intervjuene ble utført på selve sykehjemmene i et privat konferanserom over et lite måltid som ble tilbudt alle deltakere. Selve fokusgruppeintervjuene varte i ca. en time.		Under intervjuene var det et overordnet tema som kom frem, å løse et komplisert puslespill for å optimalisere pasientenes komfort. Det ble også avdekket 5 undertema som var følgende: usikkerhet angående smerteopplevelsen hos pasienter med demenssykdom, være en detektiv for å avdekke smertelokalisasjon og smerteintensitet, avklarende faktorer, konflikthåndtering og sykepleiers rolle. Sette sammen et komplekst puslespill: Det kommer frem i artikkelen at i motsetning til enkle spørsmål som kan stilles til personer som ikke har demens, må man hos pasienter med demenssykdom samle informasjon fra pasienten selv, pårørende, miljø, journal og pleieteamet til pasienten for å kunne vurdere og behandle pasientens smerte. Dette er en tidkrevende prosess mens sykepleieren blir kjent med pasienten. Det kommer frem at sykepleieren trenger tid til å bli kjent med pasienten gjerne minst et par uker gjennom diagnosen, sykehistorie og gjennom info fra pårørende. Først etter dette kan man begynne å sette sammen bitene og kunne kartlegge smerte, tegn og behandle. Usikkerhet angående smerteopplevelsen hos pasienter med demenssykdom Til tross for at sykepleierne prøvde å forstå smerten til pasientene med demenssykdom var det ofte mye usikkerhet omkring pasientens	Funnene i artikkelen støtter videre bruk og utvikling av smertekartleggingssverktøy for å behandle smerte. Bruk av komfortteorier som Kolcaba i utviklingen av smertekartleggingssverktøy for personer med nedsatt kommunikasjons evne støttes også.	Kvalitativ

					<p>smerteopplevelse. Pasientens manglende evne til å uttrykke seg var en stor medvirkende faktor til dette.</p> <p>Være en detektiv for å avdekke smertelokalisasjon og smerteintensitet Sykepleierne i artikkelen beskriver en kompleks prosess for å kartlegge smerte og komfort hos pasientene. Verbale endringer samt endringer i oppførsel, bruk av smerteskala samt gjennomgang av pasientjournal. Undersøkelser av pasientens miljø som endring i temperatur, værforandringer og endring i støy i omgivelsene. Sykepleierne prøver også å skille mellom psykisk og fysisk smerte.</p> <p>Avklarende faktorer Flere faktorer kom frem i studien som kan være med å hjelpe å bestemme om en pasient med demens opplever smerte. Disse faktorene inkluderer sykepleieren erfaring og ekspertise, kommunikasjon med familie og pårørende, kommunikasjon innad i teamet og ha en relasjon med pasienten over en tidsperiode. Et eksempel fra artikkelen er om man kjenner pasientens normale habituelle tilstand, kan man fort se endring i pasientens tilstand. Dette kan gjerne ikke en sykepleier innleid fra et vikarbyrå eller om personen kun jobber en dag i uken se.</p> <p>Konflikthåndtering Konflikter oppstår ofte i håndtering av smerte. Balansen mellom å ta hensyn til pårørendes beste og pasientens beste viste seg ofte som et problem. Et eksempel som tas opp i artikkelen er pårørendes bekymring om bruk av opioider, spesielt i livets slutfase.</p> <p>Sykepleiers rolle I studien reflekterte sykepleierne på sin rolle i forhold til</p>	
--	--	--	--	--	---	--

						<p>smertekartlegging og vurdering hos pasienter med demenssykdom. Flere ansvarsområder ble nevnt: kontinuerlig observasjon av pasienten, gi sykepleie til hele familien, muligheten til å prøve og feile samt prioritere pasientens komfort og livskvalitet. Artikkelen nevner at sykepleierne viste stor entusiasme og til tider sterke følelser som underbygget det ovennevnte. En konkret kommentar fra en sykepleier lyder følgende: <i>vi er sykepleiere, vi må bare fikse det.</i></p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--