



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

Vurderingsform: Prosjektoppgave

Kandidatnummer: 134

Leveringsfrist: 20. Januar 2015. Kl. 12.00.

Vurderingstype: Ordinær

Fagansvarlig: Linda Rykkje

Antall ord: 8963



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

SMERTELINDRING OG DEMENS

SMERTEVURDERING OG SMERTEKARTLEGGINGSVERKTØY



FOTO: ImageQuest.

Bacheloroppgave i Sykepleie

Avdeling Stord

År 2015, Kull 2012

Antall ord: 8963

SAMMENDRAG

Tittel: Smertelindring og demens

Bakgrunn for valg av tema: Forskning viser at pasienter som har en demenssykdom får mindre smertelindring enn kognitiv friske pasienter og hele 80 % av dem som bor på sykehjem har en demenssykdom. Det er i dag ca. 66 000 personer i Norge med demens, og det antas at i 2040 vil det være så mange som 135 000 personer som har en demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). En kan trygt si at dette er et økende problem og mye tyder på at det er vansker med å tolke pasientenes tvetydige signaler kan være årsaken til utilfredsstillende smertebehandling.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleie bidra til smertelindring hos beboere i institusjon med langkommet demens.

Oppgavens hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å se nærmere på og få økt kunnskap om smertevurdering og smertekartleggingsverktøy til pasienter med langtkommen demens, samt sette fokus på et tema som er viktig innen sykepleie.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, hvor forskning er søkt etter i databaser med sykepleiefaglig forskning som CINAHL og SveMed+. For å finne relevante studier brukte jeg søkeordene ”dementia”, ”pain management”, ”nursing”, ”pain assessment”, ”nursing home”, ”pain”, ”scale” og ”pain measurment”. På bakgrunn av disse endte jeg opp med fire relevante forskningsartikler. Disse er presentert og kritisk vurdert i oppgaven, og senere drøftet opp mot hverandre, teori og egne erfaringer.

Resultat: Det kommer frem i forskningsartiklene at kunnskap om demenssykdom, kjennskap til pasienten, kunnskap om observasjonsbaserte kartleggingsverktøy og smertelindring kan avgjøre hva som er til det beste for pasienten og hva som er den mest effektive behandlingen.

Oppsummering: Vurdering og oppdagelsen av smerte hos en pasient med langtkommen demens er vanskelig på grunn av sine språkvansker. Kontinuitet og en god relasjon mellom pleiepersoneller og pasienten, har stor betydning for god og tillitsfull kommunikasjon. Smertekartleggingsverktøy er et godt hjelpemiddel, samt godt tverrfaglig samarbeid og fagkunnskap kan avgjøre om pasienten får den mest effektive behandlingen.

Nøkkelord: Demens, smerte, institusjon, smertevurdering, smertekartleggingsverktøy

SUMMARY

Title: Pain assessment and dementia

Background: Patients with dementia receive less pain reducing drugs than cognitive healthy patients. 80 % of the patients living in Norwegian nursing care homes have dementia. Today 66 000 people in Norway have this disease and it is believed that in year 2040 as many as 135 000 people will have dementia (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). This is an increasing problem and much suggest that difficulties in the interpretation of patients communications may be one of the causes of unsatisfactory treatment of pain.

Question: How can nursing contribute to pain in patients in institutions.

Aims and objectives: The purpose of this study is to examine and gain increased knowledge about pain assessment and pain assessment tool for patients with advanced dementia, and to increase focus on a topic that is important in nursing .

Method: This is a literature study, where research is searched for in databases with nursing research like the databases CINAHL and SveMed + . To find relevant studies I used the keywords "dementia", "pain management", "nursing ", "pain assessment", "nursing home", "pain", "scale" and "pain measurements". I ended up with four relevant research articles. These are presented and critically evaluated in the task, and later discussed against each other, theory and own experiences.

Results: It appears in the research articles that knowledge about dementia, about the patient, knowledge about observational mapping and pain relief can decide what is best for the patient and what is the most effective treatment

Conclusion: Assessment and discovery of pain in a patient with advanced dementia is difficult because of their language difficulties. Continuity and a good relationship between care person and patient are important for good communication. Pain mapping is a good tool and good interdisciplinary collaboration and expertise can determine if the patient is receiving the most effective treatment.

Keyword: Dementia, pain, institutions, pain assessment and pain assessment tools.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensinger	2
2	TEORI.....	3
2.1	Sykepleieteori	3
2.2	Demens.....	5
2.3	Sykehjem	6
2.4	Smerter hos demente.....	7
2.5	Kommunikasjon.....	8
3	METODE	11
3.1	Litteraturstudie.....	11
3.2	Fremgangsmåte.....	12
3.3	Søketabeller	12
3.3.1	Tabell 1 – SveMed+	12
3.3.2	Tabell 2 – CINAHL.....	13
3.3.3	Tabell 3 – SveMed+	14
3.3.4	Tabell 4 – CINAHL.....	14
3.4	Kritisk vurdering	15
3.5	Etikk	17
3.6	Metodekritikk	18
4	RESULTAT	19
4.1.1	Artikkel nr.1	19
4.1.2	Artikkel nr.2.....	19
4.1.3	Artikkel nr.3.....	20
4.1.4	Artikkel nr.4.....	21
5	DRØFTING.....	23
5.1	Språkvansker og non-verbal kommunikasjon	23
5.2	Smertekartleggingsverktøy og smertevurdering	24
5.3	Endring av praksis.....	26

6 AVSLUTNING	29
REFERANSELISTE	30

VEDLEGG 1 – Resultattabell

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne oppgaven handler om lindring av smerter hos demenspasienter. I følge Helse- og omsorgsdepartementet er det i dag ca. 66 000 personer med demens i Norge. Dette er et økende problem og det antas at i år 2040 vil så mange som ca. 135 000 personer ha demens. Rundt halvparten av alle med demens bor i eget hjem og 80 % av beboere i sykehjem har en demenssykdom. Forskning viser at pasienter som har en demenssykdom får mindre smertelindring enn kognitive friske pasienter, 45-80% av dem som bor på sykehjem har smerteplager. Eldre mennesker har ofte en eller flere sykdommer som gir smerte, det er derfor mulig å tro at de fleste personer med langtkommen demens har smerter som de ikke klarer å be om hjelp for (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

I praksis har jeg opplevd at pasienter med demens er vanskelig å kommunisere med. Det å bli kjent med pasienten og lære å lese pasienten non-verbalt gjorde det lettere. Men det var alltid en viss usikkerhet rundt ulike ting. Av og til kunne pasientene si au når de ble rettet opp i stolen, og andre dager ikke. Ved spørsmål om de hadde vondt når vi løftet i dem, fikk man ingen svar. Min egen bestemor led også av demens, nærmere bestemt Alzheimers sykdom. Hun bodde på sykehjem og mistet språket fort. En dag datt hun ut av sengen sin og slo seg. Hun uttrykte ingen smerter verbalt, men vi som pårørende kunne se at hun hadde vondt i lang tid etter. Hun vandret ikke like mye som før og satt og gned seg på hoften og foten. Pleiepersonellet prøvde å konsultere med lege om at de trodde hun hadde skadet seg og hadde smerter, uten hell. Etersom de fikk beskjed om at det ikke var noe fikk pleiepersonellet henne opp for å gå og være i aktivitet, men hun ville helst sitte. Til slutt ble vi, pårørende og pleiepersonellet, enige om at min bestefar måtte forlange røntgen. Det ble påvist lårhalsbrudd etter 6 uker. I hele 6 uker gikk min bestemor med lårhalsbrudd uten noen som helst form for behandling eller smertelindring.

Denne oppgaven bygger på erfaringer gjennom utdanning og egen erfaring. Jeg har valgt å ta for meg smertelindring til pasienter med langt kommen demens. Smerter hos demente kan være vanskelige og oppfatte og lokalisere. Dem med langtkommen demens har gjerne vanskelig for å uttrykke smerte på grunn av svekket språkbeherskelse og redusert hukommelse. Grunnet

manglende evne til å uttrykke egen smerte, avhenger mye av pleiepersonellet til å tolke både verbale og non-verbale tegn for å deretter sette i gang tiltak (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013). Av egen erfaring vet jeg at det er vanskelig å tolke disse tegnene, og vil se nærmere på hvordan jeg som sykepleier kan bedre smerteopplevelsen og smertekartlegging hos dem med langtkommen demens i sykehjem.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleie bidra til smertelindring hos beboere i institusjon med langtkommen demens.

1.3 Avgrensinger

Oppgaven har fokus og avgrensinger på pasient og ikke pårørende, langtkommen demens, menes det i oppgaven demens av moderat og alvorlig grad. Avgrensinger til pasienter med langtkommen demens uavhengig av hvilken demenstype og pasienter i institusjon og ikke eget hjem. Fokus på utfordringer og tiltak som er relevant for sykepleiere.

2 TEORI

I denne delen av oppgaven, blir det presentert et utvalg av relevant teori. Oppgaven har fokus på demente med moderat til alvorlig grad i institusjon og bygger på Kari Martinsens omsorgsteori.

2.1 Sykepleieteori

Kari Martinsen har lenge vært en forkjemper for relasjonens og omsorgens betydning i sykepleien. Hun påpeker tre sider ved omsorgsbegrepet (Holter, 2011, s.143). For det første at omsorg er et relasjonelt begrep og beskriver noe om hvordan vi er avhengig av hverandre og har et ansvar for den svake. Fordi vi kan alle være i en sårbar situasjon der vi vil kunne trenge hjelp fra andre, bør handlingene våre være slik at alle kan få samme muligheter for et best mulig liv. Det andre er at omsorg er praksis som omfatter utførelsen av konkrete situasjonsbetingede handlinger. Den sier noe om betydningen av å delta i den andres lidelse, og ikke trekke seg unna og stille seg utenfor. Hjelp skal bli gitt betingelsesløst, uten tanke for at hjelperen skal få noe igjen. Og til slutt, omsorg har en moralsk side som sier noe om at en må lære seg hvordan ansvaret skal praktiseres. Makt inngår i alle avhengighetsrelasjoner, også i forholdet mellom sykepleier og pasient. Forholdene skal være likeverdige, men sykepleier har i sin stilling og kompetanse, en makt ikke pasienten har. Pasienten er utsatt og i en sårbar situasjon og er avhengig at sykepleier utøver sin makt på en forsvarlig måte. Omsorgsmoral har derfor noe å gjøre med hvordan vi lærer å bruke makt, for makten kan misbrukes. Makten skal brukes for å yte det beste for den andre og må vises gjennom handling. (Brodtkorb, 2011, s.309-310).

Martinsen påstår at omsorg er et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep. Alle er vi avhengige av hverandre, mennesker er altså relasjonelle. Den grunnleggende avhengigheten er så fundamental at vi ikke kan tenke livet foruten. Avhengigheten gir oss muligheter, og den gir oss begrensinger. Vi er skapt for å ta vare på hverandre og forvalte både dyr og natur med omsorg. Vi er avhengige av hverandre på ulike måter og på ulike plan, og derfor er omsorg grunnleggende for vårt liv fra begynnelse til slutt. Uten omsorg vil vi gå til grunne. Det gjelder allment og i yrkessammenhenger. Omsorg dreier seg både om konkrete handlinger som blir utført, og om

måten de blir utført på. Pasienter er avhengige av helsepersonell som kan utføre de riktige handlingene på en rett og god måte (Alvsvåg, 2010, s.417-418).

I sin beskrivelse av omsorg, mener Martinsen at det er tre fenomener som opptrer samtidig når det er snakk om omsorg. For det første er omsorgen relasjonell. Den vil alltid forutsette to parter. Den ene personen viser omtanke for den andre, hjelper den andre med pleien eller med smerten, eller hjelper den andre til større selvstendighet, økt verdighet eller hva situasjonen måtte fordre (Alvsvåg, 2010, s.419).

For det andre er omsorgen praktisk. Vi må forstå situasjonen som den andre befinner seg i, for å kunne vite hva som vil være det rette å gjøre i denne situasjonen. I hverdagslige situasjoner lærer vi omsorgshandlinger ved å erfare omsorg fra andre, ved å erfare at andre opplever omsorg og ved å selv gi omsorg. Noen ganger kan vi også lære omsorg ved å erfare mangel på omsorg, det kan være ved at vi ikke erfarer det selv, eller observerer situasjoner der det mangler omsorg, eller hvor vi selv ikke handler omsorgsfullt og i senere tid anklager oss selv for at vi handlet dårlig, overså noe, lot være å si noe eller lot være å gripe inn. Ved å bearbeide situasjoner og ha selvkritikk kan vi lære. Omsorg oppøves og læres gjennom at vi praktiserer omsorg (Alvsvåg, 2010, s.419-420).

For det tredje er omsorgen moralsk. Det dreier seg om å handle uten å nødvendigvis vente noe tilbake, om å være hos den andre og sørge for den andre i hans situasjon. Da må en verken overvurdere eller undervurdere hans evne til selvhjelpenhet. Det vil si at det ikke er omsorg hvis en hjelper for mye der det rette er å hjelpe den andre til å hjelpe seg selv. Omsorg forutsetter riktig forståelse av situasjonen, for noen ganger gir en mer hjelp enn den andre trenger (Alvsvåg, 2010, s.420-421).

En må være tilstede i situasjonen, i øyeblikket, med hele sin sansende kropp. Slik kan en forsøke, med et konsentrert og deltakende øye vende mot den andre, å holde tiden i rommet, slik at tiden og produktiviteten ikke løper av sted med oss. Stillhet, ro og oppmerksomhet er viktig i det faglige skjønnet, der sykepleieren gjennom det mesterskap som det å se er, skal finne tonen og samklangens med pasienten. Det er pasienten som er første person i relasjonen, det er han som

innbyr sykepleieren til å ta del i sin lidelse. Denne innbydelsen kan bare tas imot hvis sykepleieren våger seg frem med sin person i vennlighet og hjertelig deltakende. Da kan sykepleieren bli den andres tillit verdig (Martinsen, 2000, s.32).

Barmhjertighet, omsorg og integritet er begreper som er blitt sentrale i yrkesetiske retningslinjer. Og det er flere etiske dilemmaer som kan oppstå i det å gi omsorg. Martinsen hevder at sykepleieren må være moralsk bevisst i sin yrkesutøvelse. Sykepleieren må ha internaliserte normer og verdier som ivaretar pasienten på en slik måte at ikke blir maktovergrep. Den enkelte sykepleier må erkjenne sitt faglige og etiske ansvar i møte med pasienten som den avhengige og sårbare i situasjonen. Slettebø (2013) mener at det alltid er en fare for at sykepleieren overtar mer av ansvaret fra pasienten enn hva som kan rettferdiggjøres, og dermed bestemmer for pasienten der pasienten selv er i stand til å foreta et valg (Slettebø, 2013, s.75-77).

2.2 Demens

Forekomsten av demens øker med alderen. I aldersgruppen over 75 år er det hele 15 % forekomst og aldersgruppen over 90 år og over er forekomsten hele 35 %. Demenssymptomene utvikler seg over tid, avhengig av hvilken sykdom som ligger til grunn. Hos noen kan sykdomsforløpet være kort og intenst, mens det hos andre kan strekke seg over inntil 20 år (Berentsen, 2010, s.355). Demens er en progressiv kognitiv hjernefunksjonssvikt som opptrer hos tidligere kognitivt friske personer. Årsaken til demens er avhengig av hvilken type demens det er snakk om, men felles for dem er at det er et resultat av en progressiv kognitiv hjernefunksjonssvikt (Bertelsen, 2011, s.326). Så hva er kognitiv svikt. Med kognitiv svikt menes svikt i blant annet språkevnen, hukommelse, evne til å utføre praktiske handlinger, intellektuelle evner, oppmerksomhet og forstå handling i rom. Den kognitive svikten som medføres med demens fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret adferd er vanlig og tilstanden er kronisk og kan ikke kureres. Det skilles også mellom ulike grader demens. Mild grad er da personen selv og de nærmeste opplever at glemsomheten merkes i hverdagen. Moderat grad av demens er fasen der personen i økende grad mister taket på tilværelsene og hverdagen. Ved alvorlig grad av demens kan pasienten bare huske bruddstykker fra tidligere i livet, ofte fra barndommen. Pasienten husker ikke hvem familiemedlemmene er eller dem som er dem nærmest. Pasienten er ikke

orientert for tid, sted og situasjon. De har vansker med å styre bevegelsene sine og er avhengig av hjelp døgnet rundt (Bertelsen, 2010, s.350-355).

De kognitive, psykiske, atferdsmessige og motoriske symptomene ved demens forteller noe om hvilke deler av hjernen som er rammet og hvilke type det er. De kognitive symptomene som blir svekket hos demenspasienter er blant annet svekket oppmerksomhet og korttidshukommelse. Korttidshukommelsen er evnen til å huske opplevelser eller informasjon i ca. 20 sekunder. Ved langtidskommen eller alvorlig grad av demens har personen vanligvis ikke korttidsminne i det hele tatt. Langtidshukommelsen er lengre intakt, men forsvinner hen jo mer alvorlig grad av demens pasienten har. Langtidskommen demenssykdom gir språkvansker. Evnen til å tenke logisk, være analytisk, oppfatte språk og talefunksjon er da berørt. De blir blant annet rammet av ulike former for afasi, men den vanligste ved alvorlig grad av demens er global afasi. Her er alle språkfunksjoner redusert. Pasienten har vansker med å forstå og oppfatte andre. Pasientens egen tale kan være uforståelig eller manglende (Berentsen, 2010, s.356-359).

Personer med moderat og alvorlig grad av demens kan ha vansker med å koordinere bevegelsene sine. Dette kan medføre vansker med å utføre hverdagslige ting som å stelle seg og spise. Også balanseevnen reduseres, som øker faren for fall. Noen blir stive i muskulaturen, og bevegelsene virker stive og klossete. Når evnen til å oppfatte romforhold samtidig er redusert, har pasienten betydelig risiko for å falle eller skade seg (Berentsen, 2010, s.362-363).

2.3 Sykehjem

Sykehjem er en institusjon som tilbyr heldøgns helsetjenester. Sykehjemmets formål er å tilby kvalitativ god og individuell tilpasset pleie og omsorg, tilby et riktig medisinsk behandlingstilbud og et godt sted å bo for dem som har sykehjemmet som hjem. I følge Hauge er det vanskelig å få en eksakt oversikt over hvor stor prosentandel av eldre som bruker sykehjemmene, det som midlertidig finnes er oversikt over hvor mange sykehjemsplasser som finnes (Hauge, 2011, s.219-222).

Sykehjemmets virksomhet er regulert av flere lovverk og regler. De viktigste er kommunehelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) stadfester at kommunen har plikt til å yte nødvendig og faglig forsvarlig helsehjelp.

Det finnes to hovedtyper av avdelinger i sykehjemmene, avdeling for langtidsopphold og avdeling for korttidsopphold. En av de vanligste avdelingene for langtidsopphold er langtidsavdelinger hvor det er fokus på de somatisk syke som må ha et heldøgnsstilbud. Det viser seg at mellom 70 og 80 % av dem som bor i disse avdelingene, har i tillegg til en somatisk sykdom, også en kognitiv svikt. Den andre vanlige avdelingen for langtidsopphold er skjermete enheter, som er beregnet for personer med demenslidelser. Disse pasientene er forholdsvis fysisk spreke, men som på grunn av sin kognitive svikt ikke kan bo i egen bolig. Forståelsen for at demente pasienter trenger spesielt tilrettelagte avdelinger og omsorg av personale med spesialkompetanse, begynte å vokse fram i løpet av 90-tallet. Det at en avdeling er skjermet betyr at den er tilrettelagt slik at det er lettere for de demente å orientere seg i avdelingen, og bevege seg fritt uten å gå seg bort. De aller fleste kommuner kan i dag tilby pasienter med demens skjermet avdeling (Hauge, 2011, s.222-224).

2.4 Smerter hos demente

I følge Bjørø og Torvik (2010) viser det seg at forekomsten av smerte hos pasienter i sykehjem er mellom 41 og 83 %. Smerte er et av de vanligste problemene blant gamle. Gamle personer har redusert reservekapasitet og er ekstra sårbare for smerte. Smerte som ikke blir oppdaget eller ikke blir behandlet kan ha alvorlige helsemessige konsekvenser og medføre redusert livskvalitet. Smerte kan føre til inaktivitet, nedsatt mobilisering og sengeleiekomplikasjoner som pneumoni, DVT og trykksår. Smerte gir økt risiko for delirium, depresjon og søvnforstyrrelser. En kan trygt si at smerter hos pasienter er vanlig i sykehjem. Videre forteller de at det er vanskelig å fastslå akkurat hvor mange som har smerter på grunn av dem med kognitiv svikt. Eldre med demens kan vise smerteatferd som avviker fra det som observeres hos kognitiv friske. (Bjørø & Torvik, 2010, s.333-335).

I følge Bjørø & Torvik (2010) er smerte det som personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier han har smerte. Men smertevurdering hos gamle med demens er særlig utfordrende. I tidlig fase av sykdommen er mange i stand til å formidle smertene sine med ord, men etter hvert som tilstanden utvikler seg, svekkes språk og kommunikasjonsevnen i stor grad hos pasienten. Pasienter som ikke kan selvrappportere smerte er en sårbar gruppe, som er avhengig av at sykepleiere observerer og tolker deres non-verbale tegn. Ved kartlegging og behandling av smerte hos gamle, er det flere forhold som må tas hensyn til, både ved planlegging og gjennomføring av smertekartlegging og behandling. Selv om det er legen som har ansvar for medisinsk utredning, stille diagnose og ta avgjørelser for den medisinske behandlingen, er det sykepleierne som har en sentral rolle i arbeidet med pasienten som har smerte. Sykepleierne tilbringer mye tid med pasienten og har mulighet til å observere og evaluere tiltak som iverksettes. Sykepleierne har mulighet til å observere og formidle sine observasjoner til legen slik at behandlingen kan justeres om det er behov. Ofte rekvirerer legen smertestillende legemidler som skal gis ved behov, og det er sykepleieren som avgjør når pasienten skal få disse medikamentene. (Bjørø & Torvik, 2010, s.336-341)

Ettersom språklig kommunikasjon gradvis svekkes hos demente, er det nødvendig å observere tegn på smerte. Smerteindikatorer hos pasienter med demens er i følge Bjørø & Torvik (2010, s. 342) ansiktsuttrykk, verbalisering, kroppsbevegelser, forandring i mellommenneskelig samhandling, forandring i aktivitetsmønster og rutiner og forandring i mental status. Smerteuttrykk hos pasienter med demens er fortsatt individuelle, og det er nødvendig at pleiepersonellet kjenner pasientens vanlige måte å være på, og hvilke behov pasienten normalt har (Bjørø & Torvik, 2010, s.342).

2.5 Kommunikasjon

I følge Eide & Eide (2013) kan begrepet kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Det er minst to parter i et kommunikasjonsforhold og foregår både verbalt og non-verbalt (Eide & Eide, 2013, s.17).

En stor del av vår kommunikasjon er non-verbal. Non-verbal kommunikasjon vil si vår kroppslige kommunikasjon, det vi ikke sier verbalt. Et ansiktsuttrykk, kroppsholdning, blikket, smil, håndbevegelser og stillhet er noen av de uttrykkene som kommer til syne i et kommunikasjonsforhold og som må fortolkes. Non-verbal kommunikasjon er med andre ord et responderende språk, som forteller oss noe om begge partene i en dialog, og hvordan relasjonene er mellom disse. Derfor er det viktig å lytte aktivt også til den andre partens non-verbale språk, slik at en oppfatter den viktige kommunikasjonen som kommer til uttrykk non-verbalt. Samtidig er det viktig å innstille seg på den andre slik at vi formidler non-verbalt at vi er interessert og opptatt av hva den andre uttrykker. Som pleiepersonell kan den typen kommunikasjon være viktig for å vise hvorvidt vi er innstilt på å lytte og hjelpe, noe som kan være avgjørende om pasienten føler seg trygg og ivaretatt og skape en relasjon. Gode non-verbale kommunikasjonsevner er viktig i arbeid med pasienter som har redusert kognitive evner. I kommunikasjon med for eksempel demente vil det non-verbale være særlig viktig, fordi det vil kunne ha forholdsvis sterkere gjennomslag enn det verbale. Uansett hva slags pasienter vi har med å gjøre, bidrar non-verbal, bekreftende kommunikasjon til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon. (Eide & Eide, 2013, s.198-199).

Non-verbale signaler sier gjerne noe om relasjonen. De uttrykker også noe om de andres følelser og reaksjoner, kanskje mer enn personen selv vet om. En kan se raseri i et blikk, livssmerten i et ansikt og hjelpeløsheten i en håndbevegelse. Noen ganger har vi rett i det vi ser, men ofte er de non-verbale signalene flertydige og vanskelige å tolke. Vår evne til å observere og tolke non-verbale tegn varierer, men som regel er det ingen fasitsvar og må tolkes. Den som er best til å bekrefte og avkrefte er gjerne den andre parten, så her gjelder det å prøve oss litt frem. Ydmykhet og undring, varsomhet og åpenhet er sterkt å anbefale (Eide & Eide, 2013, s.200-202).

Det kan være vanskelig å forstå hva en person med demens sier og mener. Mange forskere og klinikere har vært opptatt av at det pasienten med demens kommuniserer har en mening, selv om det virker helt meningsløst. Det er et utfordrende område som stiller store krav til sykepleierens evne til empati og kommunikasjon. Det er ikke alltid like lett å tolke hva en person med demens prøver å formidle (Eide & Eide, 2013, s.391). Personer med demens oppfatter det vi sier bokstavelig. Det er derfor viktig å være konkrete og tydelige slik at misforståelser kan unngås,

fordi de fleste ikke forstår en vits eller tomprat uten betydning. Ovenfor pasienter som har lite ordforråd, må sykepleier innlede en samtale med å bruke pasientenes navn og følge med om pasienten ser på oss og har oppfattet at vi ønsker kontakt. Det er viktig å snakke langsomt og gi pasienten tid til å oppfatte det vi prøver å formidle. Når pasientene sier lite, er det desto viktigere å være oppmerksom på hva de formidler med kroppsspråk, ansiktsuttrykk og mimikk. Kontinuitet og en god og stabil relasjon mellom pleiepersonellet og pasienten, har stor betydning for god og tillitsfull kommunikasjon (Berentsen, 2010, s.381)

3 METODE

I følge Dalland (2012) er en metode en fremgangsmåte til å løse problemer og komme med ny kunnskap. Det middelet som hører med i arsenalet av metoder er det som tjener formålet. Vi velger en bestemt metode fordi vi mener den vil gi oss gode data og svare på og belyse spørsmålet vi stiller på en faglig interessant måte. Altså kan en si at metoden er redskapet vårt når vi vil undersøke noe. Den hjelper oss å samle inn informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår. De fleste vitenskapelige artikler er bygd opp av IMRAD-strukturen. Det betyr at den inneholder, introduksjon, metode, resultat og diskusjon. En skiller mellom kvantitativ og kvalitativ metoder. Den kvantitative metoden gir data i form av målbare enheter. Den kvalitative metoden er mer en observasjon som ikke er mulig å sette tall på. Den er ment for å fange opp følelser, meninger og opplevelser som ikke i like stor grad klarer å la seg tallfeste. Det vil si at den største hovedforskjellen er måten data er samlet inn på (Dalland, 2012, s.110-112).

3.1 Litteraturstudie

I følge Støren (2010) er det i en litteraturstudie litteraturen du studerer, altså det som er undersøkt og skrevet om virkeligheten av artikkelforfatterne. Forfatterne kan bruke flere betegnelser på en litteraturstudie, så som litteraturoppgave, litteraturgjennomgang, litteraturprosjekt eller sammenfatningsartikkel (Støren, 2010, s.17). Et litteraturstudie er å systematisk søke, kritisk teste og forenkle litteratur innenfor et emne eller problemområde. For at man skal kunne gjøre et litteraturstudie, forutsettes det at det finnes et tilstrekkelig antall studie med god kvalitet. Det er visse kriterier i en litteraturstudie som må være oppfylt. Det er blant annet klare spørsmål, tydelig beskrivelse av metode og at alle relevante studier er inkludert i undersøkelsen (Fossberg & Wengstrøm, 2013, s.26-27). Etter å ha samlet inn data sitter en igjen med råmateriale som kan være vanskelig å få oversikt over og vurdere. En må videre systematisere opplysningene. Dataen må sorteres og settes i sammen slik at det blir enklere å besvare problemstillingen og man får bedre oversikt over hvilke opplysninger en har fått og eventuelt mangler. En må kritisk vurdere for å se om opplysningene har relevans for problemstillingen, og i hvilke grad den ikke har relevans for oppgaven (Dalland, 2012, s.144).

3.2 Fremgangsmåte

Søkene ble gjort i sykepleiefaglige databaser, Cinahl og SveMed+. Søkeordene var på engelsk og det ble gjort søk med emneord og ikke setninger. De engelske søkeordene jeg brukte var dementia, pain management, nursing, pain assessment, nursing home og scale. Disse søkeord ble brukt for å avgrense søkeresultatet til mindre treff og mer relevante artikler for tema. I følge Støren (2010) er databasen Cinahl en sykepleiespesifikk database, og som utmerker seg på god kvalitativ forskning og pasienterfaringer. I SveMed+, er det enklere å finne en nordisk vitenskapelig artikkel. En nordisk artikkel kan i noen tilfeller være mer relevant på grunn av likheter i helsesystemene i forhold til det norske (Støren, 2010, s.38-39).

Sjekkliste ble hentet fra kunnskapssenteret.no for vurdering av kvalitativ forskning og skjemaet for vurdering av oversiktsartikkel. Dette ble gjort for å kunne vurdere om artiklene var gode og relevant for min oppgave. Artiklene skulle også være av nyere dato, og helst av nordiske forfattere grunnet relevans innenfor kulturelle likheter og likhet i helsesystemene.

3.3 Søketableller

3.3.1 Tabell 1 – SveMed+

Søk i SveMed+ Database 09.01.2015			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
1	Demenita		1609
2	Pain management		164
3	nursing		9007
4	1 and 2		8
5	3 and 4		5

I søk nr. 5 ble artikkelen *Smertebehandling til personer med langtkommen demens* skrevet av Jensen, Tingvoll & Lorem (2013) funnet og valgt.

3.3.2 Tabell 2 – CINAHL

Søk i CINAHL 09.01.2015			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	dementia		19740
S2	Pain management		12272
S3	nursing		223106
S4	Pain assessment		8625
S5	Nursing home		8590
S6	Scale		29439
S7	S1 AND S2		140
S8	S1 AND S2 AND S3		76
S9	S1 AND S2 AND S3		31
S10	S1 AND S2 AND S3 AND S4		50
S11	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5		32
S12	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6		8
S13	S12	Publication date 2010 - 2014	5

Fra CINAHL søk nr S12 ble artikkelen *Systematic pain assessment using an observational scale in nursinghome residents with dementia: exploring feasibility and applied Interventions* av Zwakhalen, Hof & Hamers (2012) valgt.

3.3.3 Tabell 3 – SveMed+

Søk i SveMed+ Database 21.01.2015			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
1	Demenita		1611
2	Pain		4801
3	1 AND 2		30
4	1 AND 2	Language: Nor	15

Fra SveMed+ søk nr 4 ble artikkelen *Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter – en litteraturgjennomgang* av Knudsen & Larsen (2010) valgt.

3.3.4 Tabell 4 – CINAHL

Søk i CINAHL Database 23.01.2015			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Demenita		3367
S2	Pain		8336
S3	nursing		47478
S4	Pain assessment		1770
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		229
S6		Time: 2010-2014	96
S7		Geography: Europe	44
S8		Limit to: Full Text	30
S9	Pain measurement		1238
S10	S5 AND S6 AND S7 AND S8 AND S9		19

Fra CINAHL søk nr. S10 ble artikkelen *Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer* valgt av Lillekroken & Slettebø (2013)

3.4 Kritisk vurdering

Ulike studiedesign krever ulike kontrollspørsmål, og det er derfor en bruker sjekklister som passer metoden som er brukt i artikkelen. I denne oppgaven er det brukt sjekklister som et hjelpemiddel (Kunnskapssenteret, 2014). I følge Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart (2012) kan en raskt vurdere om en artikkel er brukbar ved å stille to spørsmål. Dette er å vurdere om artikkelen har klar problemstilling og et studiedesign som er velegnet til å svare på problemstillingen. Men også sjekklister er god kontrollmetode, men det er samtidig viktig å huske på at sjekklister ikke alltid dekker alle sider av en konkret artikkel. Ved hjelp av sjekklister stilles det spørsmål til resultatene ut i fra metodedelen av artikkelen og om de sentrale hovedfunnene i studien kommer tydelig fram og er i samsvar med problemstillingen som er gitt (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s.69-72).

Ved vurdering av de tre forskningsartiklene ble sjekklister for å vurdere kvalitativ forskning anvendt. (Kunnskapssenteret, 2014). Kvalitativ forskning brukes for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger. Datasamlingen skjer hovedsakelig gjennom intervju, observasjon og gjennom lesning av data. Nordtvedt et al. (2012) påpeker at generelt så kan kvalitativ forskning karakteriseres av et utvalg med relativt få informanter, men med et rikt beskrivende datamateriale (Nordtvet et al, 2012, s.72).

Ved vurdering av oversiktsartikkelen som er brukt i oppgaven ble sjekklister for vurdering av en oversiktsartikkel anvendt (Kunnskapssenteret, 2014). En oversiktsartikkel, eller en systematisk oversikt, har forfatterne brukt systematisk og åpen framgangsmåte. Dette for å finne, vurdere og oppsummere flere enkeltstudier om samme emne. Leserne skal få god oversikt over hva som finnes i forskning av et bestemt emne og informasjon om kvaliteten på denne forskningen. Det er viktig å kritisk vurdere slike oversiktsartikler for å være sikker på at forfatterne har søkt bredt nok og tatt med forskning som støtter et bestemt syn av temaet (Nordtvedt et al, 2012, s.135).

Artiklene er vurdert på bakgrunn av sjekklisterens krav. Etter kritisk vurdering av den kvalitative studien Smertebehandling til personer med langtkommen demens av Jensen, Tingvoll & Lorentzen (2013) har jeg kommet fram til at denne forskningsartikkelen holder god kvalitet. Det ble søkt i databasen SveMed+, fordi den har sykepleiefaglig forskning. Denne artikkelen ble inkludert fordi

teamet er i tråd med oppgaven. Artikkelen har IMRAD strukturen og resultatet kommer tydelig frem. Den er veldig konkret i hva de er ute etter og er veldig relevant for sykepleiefaget. Til tross for at det er få sykepleiere som er blitt intervjuet, har de gått grundig til verks i analysen av disse intervjuene. Deltakerne er anonym og var med frivillig, men kunne alltid trekke seg om det var ønskelig. Undersøkelsen som er gjort er også godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datateneste og datamaterialet ble anonymisert i henhold til Helsinkideklarasjonen.

Artikkelen av Zwakhalen, Hof & Hamers (2012) er en kvalitativ studie. Formålet med studien er klart formulert og inneholder IMRAD strukturen. Det var tittelen i seg selv som gjorde at jeg valgte å se på denne. Den omhandler samme tema, men på et dypere og ikke så bredt nivå. Resultatene og metoden er til å stole på, fordi de gjør rede for arbeidet deres. Det er gjort et strategisk utvalg og spørreskjemaet som ble gitt til deltakerne for å smertekartlegge pasientene er vedlagt i artikkel. Forfatterne stiller seg kritisk til resultatene og studiet. De diskuterer også hvordan det kunne blitt gjort annerledes. Denne artikkelen blir brukt som relevant fordi den omhandler smertekartlegging og verktøy som kan være til nytte for pleiepersonell. Artikkelen er meldt inn til en forskningsetisk komite og godkjent. Artikkelen ble også publisert i et respektivt internasjonalt sykepleiefaglig magasin.

Artikkelen med kvalitativ utforskende design av Lillekroken & Slettebø (2013) er en norsk studie med bakgrunn på å utvide antall studier med kvalitativ metode som beskriver sykepleiernes utfordringer med smertevurdering og smertelindring av pasienter med demens. Artikkelen anses som god og relevant for oppgaven. Hensikten og emnet er relevant for oppgaven da den både tar opp smertelindring og smertekartlegging. Både funn, drøfting og konklusjon gir gode punkt å ståsteder videre i denne oppgaven. Til tross for at ingen av sykepleierne har noen videreutdanning innenfor geriatrikisk omsorg, har alle god erfaring i eldre- og demensomsorgen. Artikkelen er i grunn lik noen av de andre valgte artiklene, men drøfting og resultat er noe ulik og presiserer at det er viktig med kvalitative studier innenfor valgt emne. Det er også valgt en annen datainnsamling hvor en bruker fokusgrupper hvor flere sykepleiere blir intervjuet samtidig. Metoden som ble valgt er god for å belyse problemstillingen og det kommer klart fram hvordan analysen av data ble gjennomført. Sykepleierne blir også oppmuntret til å stille spørsmål til hverandre og diskutere innad i gruppen hvor intervjuene ble tatt opp med lydbånd og i ettertid

analysert på bakgrunn av godkjente metoder. Artikkelen har stort fokus på forskningsetikk og sier noe om bruken av kartleggingsverktøy i dement omsorgen i Norge. Forfatterne har også diskutert studiens kvalitet. Artikkelen anses til å være svært relevant for oppgaven.

Artikkelen av Knudsen & Larsen (2010) er en litteraturgjennomgang av flere artikler med kvalitativ design med fokus på nordiske studier. Hensikten med studiet er klart formulert og forfatterne brukte relevant databaser og søkeord underveis. Kvaliteten på studiene ble sjekket og systematisk plukket ut de studiene med mest relevans og best kvalitet. Studiene som ble gjort i land hvor kultur ble for forskjellig, ble valgt ut av studiet. Selv om bare halvparten av studiene hadde oppgitt forskernes bakgrunn og de fleste var leger. Er studiet i høyest grad relevant for all pleiepersonell og påstander og utsagn blir kildehenvist til den relevante artikkelen. Artikkelen inneholder også en tabell om inklusjons- og eksklusjonskriterier og en resultattabell med alle artiklene som er blitt brukt i studiet. Resultatene kan assosieres med de kvalitative forskningsartiklene som også er med i oppgaven, men belyser andre viktige punkt. Artikkelen anses å være i stor grad relevant for denne oppgaven. Artikkelen ble ikke meldt inn for godkjenning av en etisk komite, fordi det ikke er brukt pasienter i et forsøk, men er en gjennomgang av artikler.

3.5 Etikk

I følge Dalland (2012) er forskningsetikk et område i etikken som omhandler planlegging, gjennomføring og rapportering av forskningen. Den skal ivareta personvern, sikre forskningsresultatene og unngå at deltakerne i forskningen blir påført skader og unødvendige belastninger. Allerede i planleggingsfasen, altså ved temavalg og problemstilling, bør en foreta etiske overveielser. Spørsmål som bør besvares allerede i planleggingsfasen er hvem som kan ha nytte av denne kunnskapen og om vi kan bidra med noe overfor de menneskene som er involvert i forskningen. For å ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser innen forskning er det etablert en rekke forskningsetiske komiteer oppnevnt av kunnskapsdepartementet. Komiteen for medisin og helsefag er, NEM, Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag. Denne komiteens arbeid er å veilede å gi råd om forskningsetiske spørsmål ut fra etiske normer og verdier. Ved all medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker og

helseopplysninger, skal det søkes forhåndsgodkjenning fra NEM. De ulike regionkomiteene er satt sammen av personer med ulik relevant fagbakgrunn (Dalland, 2012, s. 96-99).

Det å gjennomføre en undersøkelse innebærer å påta seg ansvar både ovenfor enkeltpersoner, institusjoner og samfunnet. En må opprettholde prosjektets mål og metoder innenfor fagets normer og begrensinger, ivareta deltakere både med tanke på anonymisering, samtykke og belastning studie kan medføre (Dalland, 2012, s.109). I denne oppgaven har etikkens personvern og anonymitet vært viktig. Hvordan deltakerne blir fulgt opp med informasjon og ivaretagelse gjennom studiene. Ved studie direkte på pasienter vil det stilles kritiske spørsmål om de etiske prinsippene er gode. Selv om forskning kan gi økt kunnskap, skal det ikke føre til at enkeltpersoners integritet og velvære blir krenket.

3.6 Metodekritikk

Hensikten med denne artikkelen er å se nærmere på hva sykepleiere kan gjøre for å fremme smertelindring til pasienter med langtkommen demens. Tema for oppgaven ble valgt tidlig, og problemstillingen har blitt lite endret på. Det er valgt å bruke Kari Martinsens omsorgsteori, da dette er veldig relevant og kan diskuteres opp i mot dilemmaer sykepleiere møter med smertevurdering og smertelindring hos demente. Det ble gjort søk i databasene SveMed+, CINAHL og OvidNursing som har sykepleiefagligforskning. Artikler fra de to første databasene ble valgt og det ble videre valgt fire relevante artikler som skal hjelpe med å belyse utfordringer og kanskje svare på spørsmål underveis. Artikkelen ble valgt etter å ha brukt søkeord som er høyest relevant og studiene er gjort nylig. Tre av de fire artikkelen som er brukt er norsk, dette på grunn av god forskning og høyt fokus på dette i Norge i den senere tid. Det hjelper også på å slippe å skille kulturforskjeller og ha hovedfokus på pasientgruppen som det jobbes med her i Norge. Alle artikkelen ble kritisk vurdert og er blitt godkjent av en etisk komite.

4 RESULTAT

4.1.1 *Artikkel nr.1*

”Smertebehandling til personer med langtkommen demens.”

Den norske studien av Jenssen, Tingvoll & Lorem (2013) har fokus på sykepleieres erfaringer ved å vurdere smerter hos sykehjemsbeboere med langtkommen demens og språkvansker. Dette er en kvalitativ forskningsartikkel av fem sykepleiere. Tilnærmingen legger vekt på å fortolke sykepleierne erfaringer og tar utgangspunkt i individets opplevelse for å oppnå forståelse av personens opplevelse. Temaer som ble tatt opp i intervjuene var blant annet utfordringer i å vurdere smerter hos pasienter med alvorlig demens, videreformidling av observasjoner og bruk av kartleggingsverktøy. De ble også bedt om å reflektere rundt opplevelser der det har vært mistanke om smerter som plaget pasienten over lengre tid som senere ble bekreftet. Smertebehandling til pasienter som i senere tid viste seg å være feil og hvordan de involverte selv opplevde å stå i en slik situasjon. Videre ble det tolket av kategorier og underkategorier, alle resultat og tolkninger ble diskutert i forskningsgruppen og de ble enige om tre grunnleggende tema knyttet til demens og smerter. Prøve og feile, betydningen av tverrfaglig samarbeid samt betydningen av faglig kunnskap for god smertebehandling. Det sykepleierne mente var viktig var å ha gode fagkunnskaper og godt samarbeid i behandlingsteamet. Kort om konklusjonene de kom fram til var at det er vanskeligheter med å tolke pasientens uttrykk. Problemet forsterkes av pleiepersonell med manglende fagkunnskaper om demenssykdom samt manglende samarbeid innad i helsefaggruppen. Smertebehandlingen kan da føre til både under- og overbehandling som konsekvens. Faglig etterutdanning, kartleggingsverktøy og flerfaglig samarbeid er med på å bidra til gode vurderinger av smerter hos pasienter med langtkommen demens.

4.1.2 *Artikkel nr.2*

“Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions.”

Artikkelen skrevet av Zwakhalen, Hof & Hamer (2012) har til hensikt til å undersøke muligheten for smertevurdering ved hjelp av en observasjonsskala hos sykehjemsbeboere med demens og se

hvilke tiltak som blir gjort etter påvist mulig smerte. Artikkelen har en kvalitativ tilnærming med datasamling over 6 ukers tid av 22 pasienter med demenssykdom. Smertevurderingen ble gjort to ganger i uken med bruk av observasjonsskalaen PACSLAC-D. Etter tredje og sjette uke ble smertevurderingen evaluert med pleiepersonellet gjennom intervju. Kravene for å være med i denne Nederlandske studien var at de måtte ha demenssykdom, være over 65 år, bodd på sykehjem i over en måned og at vergene deres godkjente og ble fullt informert om undersøkelsen. I denne 6 ukers studien ble tre intervju med pleiepersonellet gjennomført. Et før studien startet for å finne ut om smerterutiner og registrerte pasienter med smerter. To intervju for å evaluere pleiepersonellens erfaring om smertevurdering ved bruk av observasjonsskalaen. Dette for å få mer innblikk i gjennomførbarheten av regelmessig smertevurdering. Det viktigste funnet i denne studien viste at skalaen var enkel å bruke, men selv om en 90% høy gjennomføringsgrad av bruken av PACSLAC-D skalaen ble gjort, ble det ikke økt bruk av smertelindrende sykepleie i løpet av de 6 ukene. En generell smerteprevalens på 22% ble funnet, men smertelindringstiltakene etter en mulig smerteskår var begrenset og var for det meste enkle strategier som å berolige og trøste.

4.1.3 Artikkel nr.3

”Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.”

Artikkelen skrevet av Lillekroken & Slettebø (2013) har til hensikt å utforske erfaringene sykepleierne har med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens. For å kunne utforske sykepleiernes erfaringer og å forstå sider ved deres dagligliv og deres perspektiv ble det kvalitative forskningsintervjuet vurdert som den mest egnet metoden for datainnsamling. Fokusgruppeintervjuer og en semistrukturert intervjuguide ble benyttet for å samle inn data. Sykepleierne var ansatt ved geriatrisk avdelinger ved to ulike sykehus og en skjermet enhet for personer med demens ved et kommunalt sykehjem på Østlandsområdet i Norge. Både alder og erfaring varierte blant deltakerne. Alderen på deltakerne varierte fra 24 til 61 år og arbeidserfaring innen eldreomsorgen var fra 3 til 35 år. Ingen av sykepleierne hadde videreutdanning innen eldre eller demensomsorgen. Tematikken i intervjuguiden handlet blant annet om sykepleiernes erfaringer med smertekartlegging, smertelindring og evaluering av smertelindring. Det ble også stilte utdypende spørsmål om deres kunnskap til ulike metoder for

smertekartlegging, smertelindring og evaluering av smertelindring hos pasienter med demens. Intervjuene hadde preg av samtale, men deltakerne ble oppfordret til å stille spørsmål til hverandre og å kommentere hverandres utsagn. Studien ble meldt til og godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Anonymiseringen ble ivarettatt og samtlige deltakere leverte underskrevet informert samtykke før oppstart. Dataen ble behandlet konfidensielt og forsvarlig oppbevart under prosjektets forløp og destruert etter prosjektets slutt.

Et hovedfunn i alle intervjuene var at det å være sykepleier og å arbeide med pasienter med demens er både faglig spennende, men også utfordrende med hensyn til smertekartlegging og smertelindring. Det kom fram at sykepleierne må ta hensyn til en rekke forhold når de kartlegger og lindrer smerte hos demente. De ble fremstilt i tre kategorier. Det første var pasientens høye alder, komorbiditet og polyfarmasi. Den andre kategorien var rutiner for smertekartlegging og smertelindring og den tredje og siste var etiske betraktninger ved behandling av pasientens smerte. Deltakerne var enige om at smertekartlegging hos pasienter med demens var en utfordring. Det er behov for mer forskning om strategier for og implementering av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy. Det trengs også mer kvalitativ forskning for å identifisere sykepleiernes spesifikke behov for kunnskap om demenssykdommer og samhandling og smertelindring hos pasienter med demens.

4.1.4 Artikkel nr.4

”Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter – en litteraturgjennomgang.”

Artikkelen av Knudsen & Larsen (2010) har til hensikt å gi en oversikt over hvilken forskningsbasert kunnskap som er utviklet om smerte- og smertevurdering hos pasienter i sykehjem generelt, og med spesiell vekt på personer med demenssykdom. Studien er en systematisk gjennomgang, og en utvidet litteratursøk ble gjort i sykepleiefagligrelaterede databaser. Utvalgsriteriene ble valgt ut fra studiens hensikt. De valgte derfor å ta med artikler som omhandlet sykehjemsbeboere både med og uten kognitiv svikt. Artikkelen ble analysert og vurdert med tanke på relevans for klinisk praksis. Gjennom denne norske studien ble tre temaer fremhevet. Det første var omfang av smerte hos eldre i sykehjem, kartlegging og vurdering av smerte og utprøving og validering av smertevurderingsskjema. For å avdekke smerte er det viktig

å oppdage endringer hos pasienten som kan forbindes med potensiell smerte. For å forstå pasienters smerte er det i klinisk praksis viktig å være oppmerksom, benytte smertevurderings-skjema, sørge for at personalet har nødvendig kunnskap om smerte og demens, ferdighet i bruk av smertevurderings-skjema og ha kjennskap til pasientens levde liv. På bakgrunn av litteraturgjennomgangen kom de fram til nye forskningsspørsmål som kan være interessante å arbeide videre med, og da spesielt med tanke på kvalitativ forskningsdesign.

5 DRØFTING

Forskning viser at pasienter som har en demenssykdom får mindre smertelindring enn kognitiv friske pasienter og hele 80 % av dem som bor på sykehjem har en demenssykdom. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Langtkommen demenssykdom gir språkvansker, noe som fører til at pasienten har vansker med å uttrykke sine følelser og behov. Jeg vil nå se nærmere på de ulike utfordringene og tiltak som ligger bak smertelindring til personer med en langtkommen demenssykdom.

5.1 Språkvansker og non-verbal kommunikasjon

I følge Martinsen er omsorg relasjonell. Den forutsetter to parter, hvor den ene personen viser omtanke for den andre, hjelper med pleie, selvstendighet eller hjelper den andre med smerte og økt verdighet (Alvsvåg, 2010, s.419). Den største utfordringen hos pasienter med langtkommen demens er språkvansker. Av egen erfaring vet jeg at det er viktig å være oppmerksom på hva de formidler med kroppsspråk, ansiktsuttrykk og mimikk (Berentsen, 2010, s.381). Dette gir en utfordring i å vurdere smerte. Det er sykepleier som er med pasienten og som skal identifisere, videreformidle, igangsette behandling og vurdere effekten. Det er da et vesentlig spørsmål om sykepleiernes vansker med å tolke pasientens signaler kan medføre til utilfredsstillende smertebehandling. Det blir da fokus å kunne tolke den non-verbale kommunikasjonen til pasientene. Non-verbale signaler sier gjerne noe om relasjon og kontinuitet og en god stabil relasjon mellom pleiepersonellet og pasienten har stor betydning for god og tillitsfull kommunikasjon (Berentsen, 2010, s.381). I datamateriale i studien til Jenssen, Tingvoll & Lorem (2013) kom det frem at redsel for at pasientens uttrykk skulle mistolkes og behovet for smertelindring ble oversett. Men samtidig var sykepleierne klar på at de ikke ville at pasienten skulle lide unødvendig.

Bjørø & Torvik (2010, s.342) trekker frem eksempler på smerteindikatorer hos pasienter med demens. Men pasienter er individuelle og noen indikatorer kan bli mistolket hvis pasienten er urolig på grunn av stress, panikk, dagsform og andre ting. Mennesker uttrykker smerter på en eller annen måte, problemet oppstår når signalene er vage og vanskelige å tolke eller fange opp.

Her kan det også diskuteres i hvilken grad signalene kan feiltolkes. I forhold til case innledningsvis, gikk det lang tid før signalene ble gjort noe med. En skal også si at sykepleierne tolket dem tilslutt og prøvde å ta den opp med lege, men det gikk lengre tid enn det burde før de også innså at her var noe gale. Sykepleier og annet pleiepersonell er en av de viktigste ressursene for en pasient med demens i institusjon. De trenger pleie 24 timer i døgnet og sykepleier er den personen som observerer pasienten for å så videreformidle observasjonene til tilsynslege. Noen signal er klare og noen uklare, men fortsatt er alle helt individuelle. Av egen erfaring vil jeg støtte sykepleiernes redsel for å mistolke pasientens signaler. Det kan være utrolig fortvilende å stå i en situasjon hvor du er usikker og samtidig ikke vil at pasienten skal lide og ha det vondt. I verste tilfelle kan pasienten enten bli over- eller undermedisinert.

I følge informantene i studien til Jenssen, Tingvoll & Lorem (2013) blir ofte pasientene gitt smertestillende for sikkerhetsskyld og konsekvensene av denne prøvingen og feilingen var at pasientene som fikk denne behandlingen når de var usikker ble sløv, satt i en stol og sov mye av dagen. De var bekymret for at det førte til at pasienten fikk sin kognitive svikt ytterligere redusert, men la fortsatt vekt på å unngå at pasienter skulle lide unødvendig av smerter. Noen ganger viste det seg også at pasientens endrede adferd bare kunne bli sett på som et resultat av demensutviklingen og ikke av for lite smertelindring.

5.2 Smertekartleggingsverktøy og smertevurdering

Mange sykdommer kan komplisere pasientens sykdomsbilde. Pasientens komorbiditet og polyfarmasi påvirker smertelindring. Stigende alder gir økt hyppighet av sykdom. Det er vanlig at eldre behandles for flere sykdommer samtidig noe som resulterer i økt fare for bivirkninger og legemiddelinteraksjoner. De vanligste bivirkningene er at legemidlet gir sterkere effekt enn ønsket. De eldre har mindre evne til å kompensere for ekstra effekter av legemidler og får bivirkninger som man ikke ser hos yngre (Bjørø & Torvik, 2010, s.333-341). Dette kan gi uheldige konsekvenser, noe som alle informantene i studiene er opptatt av. Men samtidig som smertestillende kan gi legemiddelinteraksjoner, kan også ubehandlet smerte øke forvirring hos pasientene. Det er veldig mange faktorer som spiller inn hos den gamle. Som oftest har de flere sykdommer samtidig som gjør at de står på flere forskjellige legemidler og vanskeligheten med å

vurdere smerte hos pasientene som ikke kan uttrykke seg verbalt, gjør hele sykdomsbilde uklart. Smertestillende kan overbelaste hjernen og kan komplisere hele sykdomsbildet.

Fra resultatkapittelet i oppgaven vises det at alle deltakerne i de fire artiklene var enige om at det var en utfordring å smertevurdere pasienter med langtkommen demens. I studien til Lillekroken & Slettebø (2013) benyttet deltakerne sjelden eller nesten aldri smertevurderingsverktøy. De hadde noe kunnskap om noen smertekartleggingsverktøy men de var i tvil om de kunne benyttes for denne pasientgruppen. Deltakerne var kjent med en visuell skala hvor pasientene kan rangere smerten på en skala fra 0 til 10. Men bruk av denne var avhengig av graden av kognitiv svikt. Den forutsetter pasientens verbale tilbakemelding og kapasitet til å forstå hva en slik skala er. Ingen av deltakerne i studien til Jenssen, Tingvoll & Lorem (2013) benyttet, eller var kjent med smertekartleggingsverktøy på deres institusjon. Det deltakerne var enige om var at kartleggingsverktøy kunne være et godt objektive hjelpemiddel å ta med i vurderingen hos pasienter med demens.

I den Nederlandske studien av Zwakhalen, Hof & Hamers (2012) er det gjort et forsøk på å finne ut effekt av observasjonsskala i institusjon. Her ble observasjonsskalaen PASCAL-D testet blant pleiepersonell på demente pasienter. Resultatet var at skalaen var enkel å bruke, men smertelindrende sykepleie økte ikke. De fant ut at pasientene hadde en generell smerteprevalens på 22 %, men ga kun smertelindring til halvparten som fikk høyt utslag på skalaen. Det sykepleierne var redd for var å få høy score på grunn av andre faktorer som stress, panikk og andre årsaker. Derfor syntes sykepleierne at det å tolke årsaken til høy score var vanskelig. Ifølge Knudsen & Larsen (2010) er det vanskelig å skille mellom atferdsendringene som kan være en indikasjon på smerte. Ytringene kan være flertydige og dermed vanskelig og tolke. For eksempel kan utfordrende atferd bety smerte hos noen, et uttrykk for demenssykdommen hos andre, eller være forårsaket av samhandlingen mellom pasient og pleier. En kan da stille spørsmål til hvor mange områder i et observasjonsskjema som inneholder atferd og hvilke som indikerer smerte. Smerteindikatorer som Bjorø & Torvik (2010, s.342) nevner kan da både være tegn på smerte eller som en del av sykdomsforløpet og dagsformen til pasienten. Smerte er en subjektiv opplevelse og er da vanskelig for andre og forstå (Bjorø & Torvik, 2010, s.336). Det vi ser er at det er viktig å bruke et vurderingsskjema som er har høy reliabilitet, er enkel og bruke og er

tilpasset pasientens kognitive svikt i sykdomsforløpet. Det er vanskelig å bruke selvrapporteringskjema på pasienter med langtkommen demens, nettopp på grunn av at eldre med langtkommen demens kan vise smerteatferd som avviker fra det normale (Bjørø & Torvik, 2010, s.33-335).

Deltakerne i studien til Lillekroken & Slettebø (2013) syntes at de ofte står over etiske dilemmaer ved smertelindring til pasienter med demens. Når pasienten ikke ville ta i mot smertestillende følte de at valget falt på tvangsbehandling. Når pasienten ikke tar i mot smertestillende og du som sykepleier er sikker på at pasienten er smertepåvirket oppstår et dilemma. I følge Martinsen (Alvsvåg, 2010, s.420-421) er omsorg en moralsk side, hvor maktprinsippet inngår. Som sykepleier har man en type makt som pasienten ikke har. Pasienten er avhengig av sykepleier, og selv om forholdet skal være likestilt så er det et faktum at sykepleiere har mer makt i sin stilling og kompetanse enn den sårbare. Derfor skal sykepleier bruke sin makt på en forsvarlig måte. Men hvorvidt makten skal brukes for å yte omsorg er noen ganger vanskelig å skille. Kari Martinsen fastslår at makten skal brukes for den andre og må vises gjennom handling. Men her vil jeg si at Martinsen motsier seg selv litt. Hun sier vi skal yte ubetinget omsorg, som også vil si å lindre og ikke la pasienten lide, men ikke misbruke maktposisjonen sin. Etisk og moralsk sett er det feil å tvangsbehandle, men også la en pasient som er avhengig av helsepersonell 24 timer i døgnet på grunn av kognitiv svikt, lide når pasienten tydelig er smertepåvirket. Et annet etisk dilemma deltakerne ofte kom borti var samarbeidet med pårørende. Pårørende har ofte sterke meninger som ikke samsvarer med det pasienten selv ønsket. Ofte kunne pårørende spørre sykepleier om å kunne gi ekstra smertestillende til pasienten så han kunne slippe å lide, mens pasienten ikke ønsket dette. Da følte sykepleierne at pasientens autonomi ble tilsidesatt og valget for videre tiltak ble basert på pårørendes ønsker.

5.3 Endring av praksis

Mine oppfatninger ut i fra resultatene er at dagens praksis kan bedres. Martinsens beskrivelse av omsorg påpeker at den inneholder en praktisk side. Vi lærer og erfarer omsorg i hverdagslige situasjoner. Omsorg oppøves og læres gjennom at vi praktiserer omsorg (Alvsvåg, 2010, s.419-420). Martinsen mener at en må være tilstede i situasjonen, i øyeblikket, med hele sin sansende

kropp (Martinsen, 2000, s.32). Å se hele mennesket, uten å fokusere på kun en ting. Hun mener at man ikke skal ha tunnelsyn, så det å endre praksis ved å innføre skjema er noe som kanskje går i mot hennes syn på omsorg. Man skal fokusere på hele mennesket og ikke bare hovedproblemet. Det å gå inn til en pasient med et skjema om smerte, vil i hennes mening kanskje ta bort fokuset på hva annet som kan forårsake problemet som ernæring og eliminasjon.

Ofte rekvirerer legen smertestillende som skal gis ved behov, og det er sykepleieren som avgjør når pasienten skal få disse medikamentene (Bjørø & Torvik, 2010, s.341). Det kreves kunnskap til å gjøre gode vurderinger av pasientens tilstand. Det alle sykepleierne i studiene var enige om var at generell kunnskap om sykdommer, medisiner og gode kunnskaper om demens og utviklingen av sykdommen var en forutsetning for å forstå pasientens signaler. Personer med demens reagerer ulikt, samme person kan reagere forskjellig i ulike situasjoner.

Flere av informantene i studien til Jenssen, Tingvoll & Lorem (2013) mente at sykehjemmene hadde lite fokus på kunnskapsutvikling av personalet og at det kunne være vanskelig å holde seg oppdatert på grunn av at arbeidsplassen ikke la til rette for faglig utvikling av personalet. Deres oppfatning var at de hadde opparbeidet seg selv kunnskap gjennom erfaring i arbeidet sitt. Det de kunne tenke seg var et kurs i smertebehandling. Men sykehjemmene har mye utskifting og har mangel på fagfolk. Et av dilemmaene de tok opp var mangel på kvalifiserte personell som kunne føre til at pasienter med vekslende behov ble satt på fast smertebehandling. Det er for å gjøre arbeidet lettere for dem som er ufaglærte og har vansker med å fange opp og tolke signalene.

Noen av sykepleierne i Lillekroken & Slettebø (2013) sin undersøkelse uttrykte ønske og behov om felles retningslinjer om hvordan de skulle forholde seg til smertelindring. I tillegg ønsket de å ha noen retningslinjer for å kunne vurdere hvor mye og hvor ofte pasienten trengte smertelindring fordi dagens prosedyre var ingen god rutine. Men ikke alle deltakerne var positive for ideen om felles prosedyre for smertevurdering, fordi smerte kan ikke standardiseres. Alle er forskjellige og må tilpasses for hver enkelt. Det er en vurdering av hver enkelt sykepleier til hver enkelt pasient. Studien presiserer uansett at sykepleierne i studiet har gode kunnskaper om smertelindring, men mangelfull kartlegging og ingen rutiner for behandling kan føre til at valg av smertelindrende tiltak vil virke tilfeldig foretatt.

Sykepleierne i alle studiene vektla også at et godt samarbeid innad i personalgruppen, med tilsynslegen og med pårørende var viktig for å kunne ivareta pasientens behov for smertelindring best mulig. Typiske problemer som deltakerne i studien til Jenssen, Tingvoll & Lorem (2013) møtte på var at de ikke alltid fikk aksept for sine vurderinger av tilsynslegen. Spesielt gjaldt det når pasienten ikke responderte godt nok på den behandlingen de allerede fikk. De hadde et inntrykk av at legen stoppet opp i forhold til smertelindring fordi smertelindringen pasienten fikk var normal dose. Men de som hadde et godt samarbeid med tilsynslegen, mente at det førte til bedre forståelse for hverandres faglige standpunkter, som igjen førte til en bedre smertebehandling til pasientene. Samtidig viste det seg at dårlig kommunikasjon innad i pleiegruppen kunne føre til manglende rapportering og uenighet omkring pasientens behov for smertelindring. Denne uenigheten kunne føre til at legen mottok forskjellige og ufullstendige opplysninger. En annen viktig faktor innen samarbeid er pårørende. Pårørende ble sett på som en viktig samarbeidspartner fordi det som regel er de som kjenner pasienten best. Sykepleierne fortalte at når det oppstod vanskeligheter med vurdering, var pårørende en viktig ressurs. Pårørende forstår noen gang bedre hva pasienten uttrykker og er klar på om pasienten har smerter eller ikke. Det er de som kjenner pasienten best og pårørendes kunnskap om pasienten er viktig bidrag for å forstå pasienter med demens.

6 AVSLUTNING

Vurdering og oppdagelsen av smerte hos en pasient med langtkommen demens er vanskelig. Disse pasientene har vanskeligheter for å tolkes og gjøres forstått på grunn av sin kognitive svikt. Problemene forsterkes av manglende fagkunnskaper om demenssykdom og manglende samarbeid innenfor helsefaggruppen. Følgende kan være at smertebehandlingen kan ende med både over- og underbehandling. Når ikke pasienten selv kan uttrykke verbalt sin smerte kan behovet for smertelindring formidles gjennom atferd og kroppsspråk. Selv om det kanskje kan virke helt meningsløst har det pasienten med demens uttrykker en mening. Kontinuitet og en god og stabil relasjon mellom pleiepersonellet og pasienten, har stor betydning for en god og tillitsfull kommunikasjon. Stillhet, ro og oppmerksomhet er viktig i det faglige skjønnet, der sykepleieren gjennom det mesterskap som det å se er, skal finne tonen og samklang med pasienten (Martinsen, 2000, s.32). Ethiske dilemmaer kan oppstå og derfor er det viktig med god kunnskap og god relasjon for å yte best mulig omsorg. Smertekartleggingsverktøy er et godt hjelpemiddel for sykepleiere, men redsel for å mistolke atferd på grunn av andre grunner er tilstede. Resultatet av score av et smertekartleggingsverktøy kan være vanskelig å tolke. Kunnskap om demenssykdom, kjennskap til hvordan pasienten uttrykker smerte, kunnskap om observasjonsbaserte kartleggingsverktøy og smertelindring kan avgjøre hva som er til det beste for pasienten og spesielt hva som er den mest effektive smertelindringen for pasienten. Dette er noe alle studiene underbygger og er enige om. Jeg håper at med denne artikkelen at jeg setter fokus på et viktig tema. Jeg har hatt fokus på personer i sykehjem men vi møter personer med demens i nesten alle avdelinger og er relevant for alle sykepleiere i arbeid. Det trengs mer kvalitativ forskning innen smertelindring til demente og mer fokus på dette i helsevesenet.

REFERANSELISTE

- Alvsvåg, H. (2010). Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I U. Knutstad (red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. Utg., s.417-450). Oslo: Akribe AS.
- Berentsen, V.D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1.Utg., s. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bertelsen, A.K. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (red.), *Sykdom og behandling* (1. Utg., s.314-336). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjørø, K. & Torvik, K. (2010). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1.Utg., s.331-349). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, K. (2011) Yrkesetikk. I I.M. Holter & T.E. Mekki (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4.utg., s.306-327). Oslo: Akribe AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3.utg.). Stockholm: Natur och kultur.
- Hauge, S. (2011). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1.Utg., s. 219-236). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Demensplan 2015: Den gode dagen*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/80a24704aba7477d946fee1000fcf81f/demensplan_2015.pdf

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. Juni 2011 nr. 30. Hentet 11. Februar 2015 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-2430?q=kommunehelsetjenesteloven#KAPITTEL_3

Holter, I. M. (2011). Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse. I I.M. Holter & T.E. Mekki (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4.utg., s.139-148). Oslo: Akribe AS.

Høgskolen i Bergen. (2012). Kunnskapsbasert praksis. Tilgjengelig fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/>

Jenssen, G.M., Tingvoll, W.A., & Lorem, G.F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk Sykepleie*, 5(3), 26-34. Hentet fra http://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic/issues/articles/13gs3_vitensk._artikkel_smertebehandling_2406.pdf

Knudsen, L.B., & Larsen, T.A. (2010). Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter – en litteraturgjennomgang. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 6(2), 29-48. <http://www.ub.uit.no/baser/septentrio/index.php/helseforsk/article/view/1183>

Kunnskapssenteret (2014). Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler>

Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vård I Norden*, 33(3), 29-33, 29-33. Hentet fra <http://ezproxy.hsh.no:2475/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=587f4088-7194-4bcf9b49-6f130c7711a3%40sessionmgr111&vid=7&hid=118>

Nortvedt, M. W, Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert – en arbeidsbok*. Oslo: Akribes AS.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. Gyldendal Akademisk.

Støren, I. (2010). *Bare Søk! Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Zwakhalen, S. M. G., Hof, C.E., & Hamers, J. P. (2012). Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied Interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 21(22), 3009-3017. Doi <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04313.x>

VEDLEGG 1 – Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Jenssen, G. M., Tingvoll, W. A. & Lorem, G. F. (2013) <i>“Smertebehandling til personer med langtkommen demens.”</i>	Hensikten er å fokusere på erfaringer sykepleierne har for å vurdere smerter hos personer med langtkommen demens og språkvansker.	Dette er en Norsk kvalitativ studie. Individuelle halvstrukturerte forskningsintervju, med intervjuguide. Intervjuene varte fra 30-60 minutter og ble tatt opp av digital lydopptaker, deretter transkribert ordrett.	Fem sykepleiere fra ulike sykehjemsavdelinger, samtykket å være med i undersøkelsen. Alle kvinnelige sykepleiere i alderen 28 til 60 år. Kriteriene var lang erfaring med å jobbe som sykepleier med demenspasienter.	Vurderingene og oppdagelse av smerter hos pasienter med demens er vanskelig pga pasientens uttrykk. Problemet forsterkes av manglende fagkunnskaper og samarbeid innad i helsefaggruppen. Økt kunnskap, etterutdanning, bedre samarbeid og kartleggingsverktøy er vesentlig for å bedre livskvaliteten for personer med demens.
Zwakhalen, M. G. S., Hof, C. E. & Hamers, J. P. H. (2012) <i>”Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions”</i>	Har til hensikt å undersøke muligheten for smertevurdering ved hjelp av observasjonsskala hos sykehjemsbeboere med demens og se hvilke tiltak som blir gjort etter påvist mulig smerte.	Artikkelen har en kvalitativ tilnærming med datasamling over 6 ukers tid. Tre intervju ble gjennomført med pleiepersoneller. Et før studien startet for å finne ut om rutiner og pasienter. To intervju for å evaluere sykepleiernes erfaring om smertevurdering ved bruk av skalaen.	Kravene for å være med var at de måtte ha demenssykdom, være over 65 år, bodd på sykehjem i over en måned og at vergene deres ble fullt informert om studien og samtykket.	Studien viste at skalaen var enkel å bruke, men selv om økt bruk av skalaen, ble det ikke økt bruk av smertelindrende sykepleie i løpet av de 6 ukene.

<p>Lillekroken, D & Slettebø, Å. (2013) <i>"Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer."</i></p>	<p>Hensikten med denne studien er å utforske erfaringene sykepleierne har med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens. På bakgrunn av at det finnes få kvalitative studier om dette i dag.</p>	<p>Kvalitativ forskningsintervju med fokusgrupper og semistrukturert intervjuguide ble benyttet for å samle data. Tre ulike fokusgruppeintervjuer med sykepleiere ansatt ved geriatrike avdelinger ved to ulike sykehus og en skjermet enhet for personer med demens.</p>	<p>Rekrutteringen foregikk via ledelsen ved de enkelte avdelingene og alderen på deltakerne varierte fra 24 til 61 år. Erfaringen innen demensomsorgen var fra 3 til 35 år. Ingen av sykepleierne hadde videreutdanning.</p>	<p>Smertekartlegging hos pasienter med demens var en utfordring, deltakerne i denne studien mente det kunne være årsaken til at pasientene fortsatt lider unødvendig. Det er behov for mer forskning om strategier og implementering av observasjons-baserte smertekartleggings-verktøy. Det trengs også mer kvalitativ forskning.</p>
<p>Knudsen, L. B. & Larsen, T. A. (2010) <i>"Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter – en litteraturgjennomgang"</i></p>	<p>Hensikten er å gi oversikt over hvilken forskningsbasert kunnskap som er utviklet om smerte- og smertevurdering hos pasienter i sykehjem generelt, og med spesiell vekt på personer med demenssykdom.</p>	<p>Det er gjennomført en systematisk litteraturgjennomgang, hvor de gjorde et utvidet litteratursøk online gjennom blant annet sykepleiefaglige databaser. Utvalgsriteriene ble valgt ut i fra studiens hensikt. Utvalget ble 28 artikler hvor artiklene ble analysert og vurdert i lys av relevans for klinisk praksis og kontekstuelle forhold.</p>	<p>Artikler innenfor studiens hensikt som omhandlet sykehjemsbeboere både med og uten kognitiv svikt ble valgt. Valg av artikler bygger på de språklige forutsetningene, og ekskluderte land og verdensdeler på bakgrunn av kulturelle forskjeller.</p>	<p>For å avdekke smerte er det viktig å oppdage endringer hos pasienten som kan forbindes med potensiell smerte. For å forstå pasienters smerte er det i klinisk praksis viktig å være oppmerksom, benytte smertevurderings-skjema, sørge for at personalet har nødvendig kunnskap om smerte og demens, ferdighet i bruk av smertevurderings-skjema og ha kjennskap til pasientens levde liv.</p>