



# Høgskulen på Vestlandet

## SYKH390 Bacheloroppgave

SYKH390-O-2024-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	26-04-2024 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2024 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	10-05-2024 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKH390 1 O 2024 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	149
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7097
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	6
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# Identifisering av smerte hos pasienter med alvorlig demens

- Sykepleieres kliniske perspektiv i identifisering av smerte

**Emnenavn: Bacheloroppgave**

**Kandidatnummer: 149**

Bachelor i sykepleie

HVL/Institutt for helse- og sosialvitenskap/SYKH390

Innleveringsdato: 10.05.2024

Antall ord: 7097

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, § 12-1

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Demens rammer et økende antall mennesker både nasjonalt og internasjonalt. På sykehjem opplever mellom 60-80 prosent av pasientene smerter, spesielt blant dem med alvorlig demens. Identifisering av smerte hos disse pasientene er utfordrende grunnet begrenset kommunikasjonsevne. Det er derfor nødvendig å øke forståelsen og ferdighetene blant helsepersonell for å bedre håndtere smerte hos personer med alvorlig demens.

**Hensikt:** Å øke forståelsen og bevisstheten rundt identifisering av smerte hos pasienter med alvorlig demens innenfor kommunehelsetjenesten. Videre er målet med denne studien å utforske hva slags tilnærminger som kan effektivisere identifiseringen av smerte hos denne pasientgruppen, og undersøke hvordan dette kan iverksettes i praksis.

**Metode:** Studien er en grundig litteraturstudie med systematisk søk i eksisterende forskning.

**Resultat:** Selv om smerteskalaer og kartleggingsverktøy er nyttige, understreker forskningsfunnene behovet for en mer omfattende tilnærming i identifiseringen av smerte hos personer med alvorlig demens. Observasjon av atferdsmessige tegn og kroppslige uttrykk, relasjonsbygging, empatisk kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid, samhandling med pårørende, samt kunnskap og opplæring av helsepersonell, kan sikre en grundigere vurdering av smerte og forbedre livskvaliteten til denne sårbare pasientgruppen.

**Konklusjon:** I identifiseringen av smerte hos pasienter med alvorlig demens er det nødvendig med en helhetlig tilnærming. En slik tilnærming innebærer etablering av et samarbeidsorientert miljø, kunnskap om ulike smerteindikatorer og empatisk relasjonsbygging. For å oppnå en helhetlig vurdering er det viktig med tilstrekkelig kunnskap og opplæring og en klinisk tilnærming innen sykepleie. Dette legger grunnlaget for målrettet omsorg og nøyaktig identifisering av smerte, med potensial til å styrke livskvaliteten til disse pasientene.

## Abstract

**Background:** Dementia affects an increasing number of people both nationally and internationally. In nursing homes, between 60-80 percent of patients experience pain, particularly among those with severe dementia. Identifying pain in these patients is challenging due to limited communication abilities. Therefore, it is necessary to enhance understanding and skills among healthcare professionals to better manage pain in individuals with severe dementia.

**Aim:** To increase understanding and awareness regarding pain identification in patients with severe dementia within community healthcare services. Furthermore, the aim of this study is to explore approaches that can streamline pain identification in this patient group and examine how this can be implemented in practice.

**Method:** The study is a comprehensive literature review with systematic searching of existing research.

**Results:** Although pain scales and assessment tools are helpful, research findings emphasize the need for a more comprehensive approach to pain identification in individuals with severe dementia. Observing behavioral signs and bodily expressions, building relationships, empathetic communication, interdisciplinary collaboration, engaging with relatives, and enhancing knowledge and training of healthcare professionals can ensure a more thorough assessment of pain and improve the quality of life for this vulnerable group.

**Conclusion:** Identifying pain in patients with severe dementia requires a holistic approach. Such an approach involves establishing a collaborative environment, understanding various pain indicators, and empathetic relationship-building. To achieve a comprehensive assessment, sufficient knowledge, training, and clinical nursing approach are essential. This lays the foundation for targeted care and accurate pain identification, with the potential to enhance the quality of life for these patients.

## Innhold

### Innholdsfortegnelse

<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>5</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	6
1.2 NØKKEWORD .....	6
1.2.1 Demens.....	7
1.2.2 Smerte.....	7
1.3 LOVERK .....	8
1.4 SYKEPLEIEPERSPEKTIVET – TRAVELBEE .....	8
1.5 BEGRENSNING OG PRESISERING .....	9
1.6 PROBLEMSTILLING OG FORMÅL.....	9
<b>2. METODE .....</b>	<b>10</b>
2.1 DATABASER .....	12
2.1.1 Søkeord og søkekombinasjoner.....	12
2.1.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.....	12
2.2 OVERSIKT OVER INKLUDERTE ARTIKLER.....	13
2.3 BEGRENSNINGER FRA ARTIKLENE OG BEGRUNNELSE FOR INKLUSJON .....	14
<b>3. ANALYSE .....</b>	<b>15</b>
<b>4. FUNN FRA ARTIKLER.....</b>	<b>16</b>
4.1 SMERTESKALAER OG VERKTØY .....	16
4.2 NONVERBAL KOMMUNIKASJON AV SMERTE .....	17
4.3 EMPATISK RELASJONBYGGING .....	19
4.4 SAMHANDLING MED PÅRØRENDE.....	20
4.5 TVERRFAGLIG SAMARBEID .....	21
4.6 KUNNSKAP OG OPPLÆRING .....	22
<b>5. DISKUSJON.....</b>	<b>22</b>
5.1 SMERTESKALAER OG VERKTØY .....	23
5.2 NONVERBAL KOMMUNIKASJON AV SMERTE .....	23
5.3 EMPATISK RELASJONBYGGING .....	25
5.4 SAMARBEIDSORIENTERT MILJØ.....	26
5.5 KUNNSKAP OG OPPLÆRING .....	28
<b>6. KONKLUSJON .....</b>	<b>29</b>
<b>7. LITTERATURLISTE.....</b>	<b>31</b>

## 1. INNLEDNING

I Norge er det ca. 101 00 mennesker som lever med demens, men antallet er forventet å mer enn doble seg innen år 2050 (Gjøra et al., 2020, s. 29). Internasjonalt har mer enn 55 millioner mennesker demens og sykdommen sees vanligvis hos mennesker i 65års alderen og opp (WHO, 2023). Sandvik (2020) skriver at ca. 60-80 prosent av beboere på sykehjem har smerter. Hun påpeker at eldre mennesker er utsatt for å kunne ha mange sykdommer, hvor flere av disse kan forårsake smerter. Helvik et al. (2022) viser til at smerte er vanlig blant sykehjemspasienter med demens og skriver at dette kan ha konsekvenser for pasientens livskvalitet og generelle velvære. Demensutviklingen kan deles inn i tre ulike stadier: tidlig, moderat og alvorlig, ifølge Nasjonalt senter for aldring og helse. I denne studien vil jeg ta utgangspunkt i pasienter som befinner seg i det alvorlige stadiet av demenssykdommen. Pasienter med alvorlig demens har redusert evne til å selv-rapportere og kommunisere sine smerteopplevelser. Dette kan skyldes den kognitive svekkelsen assosiert med demenssykdommen, som påvirker både deres evne til å forstå spørsmål om smerte, og til å uttrykke seg verbalt om sine smerteopplevelser (Helvik et al., 2023).

Kunnskap og forståelse av smerte hos pasienter med alvorlig demens spiller en viktig rolle for personalets belastning (Aasmul et al., 2016). Sykepleiere kan ha vansker med å skille tegn på smerte fra atferdsendringer ved demens. Grunnet sykepleieres kunnskapsmangler og usikkerhet i beslutningsprosesser er denne pasientgruppen mer utsatt for mangelfull smertebehandling (Jonsdottir & Gunnarsson, 2021). Det finnes mange forskjellige validerte verktøy i kartlegging av smerte. Nasjonal senter for aldring og helse viser til at det mest brukte smertekartleggingsverktøyet i Norge er MOBID-2 smerteskala. Verktøyet brukes i kartlegging av smerte for personer med demens, som ikke kan gjøre rede for intensitet eller lokasjon av smerte. Det å benytte valide smertevurderingsskjema er en nyttig tilnærming for å kunne avdekke smerte (Knudsen & Larsen, 2010). Likevel krever en slik kartlegging at man først har en mistanke om at pasienten opplever smerte.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helsepersonell trenger god observasjonskompetanse for å kunne identifisere smerte hos pasienter med moderat til alvorlig grad av demens, spesielt når kommunikasjonsevnen er redusert. For å kunne forstå smerteatferd hos denne pasientgruppen bør man observere pasientens kroppsspråk, ansiktsuttrykk, utrop, eller avvsningsreaksjoner som agitasjon og uro. En vesentlig utfordring ligger i muligheten for at slike endringer kan bli tolket som symptomer på demens. En slik feiltolkning kan resultere i at pasienten ikke får riktig medikamentell behandling eller best mulig smertelindring (Helsedirektoratet, 2022). Det er mange aspekter å ta hensyn til når det gjelder å gjenkjenne tegn på smerte hos pasienter med alvorlig demens, og dette krever ofte en mer grundig observasjon og forståelse fra sykepleierens side (Wylie & Nebauer, 2011).

Basert på min erfaring fra å jobbe på sykehjem med pasienter som har alvorlig demens, har jeg sett hvor vanskelig det kan være å identifisere smerter hos denne gruppen. Jeg og annet helsepersonell har ofte hatt utfordringer med å skille tegn på smerte fra demensrelaterte symptomer. For eksempel har jeg lagt merke til at når en pasient blir mer urolig, begynner å vandre eller viser aggressivitet, blir dette ofte tolket som typiske trekk ved demens heller enn som signaler på smerte.

Jeg har erfart situasjoner der det tar tid å erkjenne og behandle smerte hos disse pasientene. For eksempel har jeg observert at en pasient var svært urolig og agitert i flere dager. Etter å ha lagt merke til sterk urinlukt og observert konsentrert urin, foreslo jeg å ta en urinprøve. Prøven viste tydelig tegn på urinveisinfeksjon. Andre symptomer på infeksjonen, som svimmelhet og forvirring ble imidlertid ikke identifisert. Hvis man ikke er oppmerksom på endringer i pasientens atferd eller ikke har god kjennskap til pasienten, blir det ekstra utfordrende å oppdage slike uttrykk for smerte. Det er på bakgrunn av denne kompleksiteten at jeg i denne studien har fokus rettet mot identifisering av smerte hos personer med alvorlig demens.

## 1.2 Nøkkelord



### 1.2.1 Demens

Demens er en progressiv tilstand som ikke kan helbredes eller reverseres på bakgrunn av det vi vet i dag. Hovedårsaken til innleggelse på sykehjem i Norge er demens (Sandvik, 2020). Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens og regnes å bidra til omtrent 60-70% av tilfellene. ICD-10 gir koder for å klassifisere demens basert på underliggende årsaker som Alzheimers sykdom (F00), vaskulær demens (F01), demens ved andre spesifikke sykdommer (F02), og ubestemt demens (F03). Disse kategoriene setter søkelys på å identifisere demenstype basert på årsak og symptomer. Sykdommen gir forstyrrelser i ulike høyere kortikale funksjoner inkludert hukommelse, tenkning, orientering, forståelse, regning, læreevne, språk og dømmekraft. Kognitiv svikt ledsages ofte av endringer i emosjonell kontroll, sosial atferd eller motivasjon (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 2016). Når demenssykdommen progressivt utvikler seg så vil symptomene bli mer fremtredende og disse personene vil ha økende behov for assistanse. Atferds- og psykologiske symptomer knyttet til demens påvirker sterkt livskvaliteten til personer med demens og deres pårørende (WHO, 2012, s. 7). Ved alvorlig grad av demens er det ofte vanskelig å kommunisere med pasienten, og pasienter i dette stadiet av demens har behov for tilsyn og pleie hele døgnet (Nasjonalt senter for aldring og helse).

### 1.2.2 Smerte

Smerte er en subjektiv opplevelse som varierer sterkt fra person til person (Helsedirektoratet, 2019). På grunn av den komplekse naturen av smertefenomenet, velger jeg å ikke gå grundig inn i denne definisjonen. Smerte er vanlig blant denne pasientgruppen, og det anslås at halvparten av personer med demens opplever smerte. Typiske årsaker til smerte inkluderer muskel- og skjelettplager, artrose, trykksår, fallskader, infeksjoner, kreft, nevrologiske forstyrrelser og psykisk betinget smerte. Utredning av smerte hos denne gruppen bør ikke bare baseres på pasientens rapportering, men også inkludere observasjoner av deres atferd fra helsepersonell og pårørende (Helsedirektoratet, 2022). Det er verdt å nevne at ubehandlet smerte, spesielt i muskel- og skjelett, vises å være vanlig blant sykehjemspasienter med demens (Wagatsuma et al., 2021).

### 1.3 Lovverk

Når det gjelder identifisering av smerte hos sykehjemspasienter med alvorlig demens, finnes det flere lover som fremmer en helhetlig tilnærming til dette. Pasient- og brukerrettighetsloven understreker pasientenes rett til å motta nødvendig helsehjelp fra kommunen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1 a.). Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunenes ansvar for helse og omsorgstjenestene å være forsvarlige, inkludert å sikre adekvat oppfølging og behandling av pasientens helsetilstand, inkludert smerte (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1). Det er derfor et viktig ansvar for sykepleiere å være oppmerksomme på tegn til smerte hos pasienter med alvorlig demens, selv om disse pasientene kanskje ikke kan uttrykke sin smerte tydelig. Lovverk sier også at hvis ikke pasienter kan ivareta sine interesser på grunn av demens, har både pasienten og dens nærmeste pårørende rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3).

### 1.4 Sykepleieperspektivet – Travelbee

Joyce Travelbee var sykepleierpedagog og psykiatrisk sykepleier. Hennes tilnærming er basert på det mellommenneskelige samspillet og betraktes som en sykepleiefilosofi forankret i eksistensialistisk filosofi. Hennes søkelys på menneske – til – menneske – forhold er svært relevant i forhold til min problemstilling. Sentrale elementer i hennes tilnærming inkluderer interaksjonen mellom sykepleier og pasient, og et syn på mennesket som unikt (Travelbee J, 1999, s. 5). Ifølge Travelbee (1999 s. 29) er sykepleie en prosess med mellommenneskelig samhandling der den profesjonelle sykepleieren støtter enkeltpersoner, familier eller samfunn i å håndtere helseutfordringer og finne mestring i disse opplevelsene. Hun understreker viktigheten av at sykepleieren forstå og responderer på pasientenes behov, og hjelper dem med å respondere til sykepleieren. Dette danner grunnlaget for å bygge tillitsfulle relasjoner der både sykepleieren og pasienten blir sett som unike individer (Travelbee, J, 1999, s. 30).

Når det gjelder opprettelsen av et menneskelig forhold, legger Travelbee (1999, s.

178) vekt på betydningen av å anerkjenne hverandre som individuelle personer fremfor bare pasient og sykepleier. Dette forholdet utvikles gjennom ulike faser der kommunikasjon og empati spiller en viktig rolle. Kommunikasjon anses som et nøkkelement i mellommenneskelig interaksjon, hvor den profesjonelle dialogen mellom sykepleieren og pasienten har formål om å fremme helse, forebygge lidelser, gjenopprette helhet og lindre smerte. Den bør være støttende, hjelpende og problemløsende for pasienten (Travelbee, J, 1999, s. 147).

I tillegg fremhever Travelbee (1999, s. 36-37) betydningen av å anerkjenne smerte og lidelse som unngåelige aspekter av det humane livet. Hun understreker sykepleierens rolle i å støtte pasienten med å finne mestring i deres situasjon. Hun påpeker at dette krever empati og en grundig forståelse av den enkelte pasientens spesifikke behov og situasjon. Det er vesentlig å se på hvordan disse teoriene og perspektivene kan innlemmes i praksis, for å fremme en mer omfattende og pasientfokusert tilnærming.

### **1.5 Begrensning og presisering**

Denne litteraturstudien tar for seg tema om smerter blant eldre pasienter med en alvorlig demenssykdom som bor i kommunal institusjon. Oppgaven er derfor begrenset til pasienter innenfor kommunehelsetjenesten. Studien vil ikke ha hovedfokus på kartlegging av smerte ved bruk av ulike kartleggingsverktøy, men tar heller utgangspunkt i en klinisk vurdering av smerte. I klinisk sykepleie er det avgjørende å ha en dyp forståelse av pasientens tilstand og lidelser, for å kunne bidra til lindring og bedring. Omsorgsfull behandling i pleiesektoren innebærer en kompleks tilnærming, som krever ulike former for kunnskap og ferdigheter. Sykepleie har både et faglig og moralsk aspekt som er sammenvevd. Sykepleieren må bruke sin faglige ekspertise på en medmenneskelig måte (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 31).

### **1.6 Problemstilling og formål**

Denne studien tar sikte på å undersøke tilnærminger og observasjonsmetoder for å fremme bedre forståelse og praksis i håndtering av smerte hos pasienter med alvorlig demens. Sentralt i oppgaven står spørsmålet:

*Hvordan kan sykepleiere identifisere smerter hos pasienter med alvorlig demens?*

## 2. METODE

Oppgaven baseres på grundig litteraturstudie, hvor jeg systematisk har søkt etter relevant kunnskap i eksisterende forskning for å svare på gjeldende problemstilling. Hovedfokuset for å finne svar på problemstillingen ligger i å analysere vitenskapelige artikler og sammenligne disse opp mot hverandre for å kunne komme med nye erkjennelser. Oppgaven vil også støttes med sekundærkilder som; lærebøker, artikler og lovverk. Forskningslitteratur som er brukt for å finne svar på problemstillingen er både kvalitativ og kvantitativ. På grunn av begrensningene i rammene for oppgaven, ble bare seks artikler inkludert i denne litteraturstudien. Dette kan ha påvirket mine resultater ved at artikler som skulle vært inkludert, ikke ble det. For å sikre en best mulig besvarelse av problemstillingen, var jeg nøye med å velge ut artikler som var tett knyttet til informasjon relatert til min problemstilling. Jeg har reflektert over valgt tema, og utarbeidet et PICO- og PICO-skjema for å veilede litteratursøket (se vedlegg 1). Disse skjemaene hjelper med å strukturere og fokusere søket på konkrete spørsmål og områder (Helsebiblioteket, 2021). I litteratursøket har jeg brukt ulike databaser for å få tilgang til et bredt utvalg av relevante studier og kilder. Under utarbeidelsen av denne studien har jeg benyttet GPT UiO aktivt for veiledning til formuleringer, grammatikk og struktur. Dette er en kunstig intelligensmodell utviklet av OpenAI for å generere tekst.

Oppgavens struktur baseres på metode og oppgaveskriving for akademisk skriving (Dalland, 2022). Metode er et verktøy eller en tilnærming som brukes for å skaffe ny kunnskap eller løse et problem. Det krever ikke bare ærlighet og nøyaktighet, men også en systematisk tilnærming til å organisere tankene våre, noe som er et

universelt krav for enhver metode. Valget av metode avhenger av hva vi ønsker å oppnå eller undersøke, med problemformuleringen som utgangspunkt (Dalland, 2022, s. 53-54). Dalland forklarer at kvalitative metoder setter søkelys på å forstå fenomener i deres naturlige sammenheng og legger vekt på kvalitet og dypere innsikt. Kvalitative metoder brukes ofte til å samle og analysere ikke-numeriske data, som tekst, bilder eller lydopptak. Disse metodene omfatter blant annet grundige intervjuer, deltakende observasjon og kvalitativ innholdsanalyse. Kvalitative metoder egner seg godt når man ønsker å utforske komplekse sosiale fenomener og forstå menneskers opplevelser og meninger. I motsetning er kvantitative metoder mer rettet mot å samle og analysere numeriske data for å identifisere mønstre og sammenhenger (Dalland, 2022, s. 54-127).

Kvantitative metoder benytter statistiske verktøy og matematiske analyser for å generalisere funn til en større populasjon (Dalland, 2022, s. 54-55). Eksempler på kvantitative tilnærminger inkluderer spørreskjemaundersøkelser, eksperimentelle studier og analyse av sekundærdata. Kvantitative metoder er nyttige når man ønsker å måle fenomener kvantitativt og teste hypoteser (Dalland, 2022, s. 128-138). Både kvalitative og kvantitative tilnærminger bidrar på ulike måter til en dypere forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan individer, grupper og institusjoner handler og samhandler. Noen studier kan dra nytte av en kombinasjon av kvalitative og kvantitative tilnærminger for å oppnå en mer helhetlig forståelse av et forskningstema (Dalland, 2022, s. 54). Etter å ha gjort en grundig vurdering av forskningsartikler og vurdert deres tilnærming kom jeg frem til at en jevn kombinasjon av kvalitativ og kvantitative tilnærminger var riktig for å finne svar på forskningsspørsmålet.

En grunnleggende antakelse for data er at de må være relevante for problemstillingen. Dette gjelder både når man henter data fra litteratur og når man innhenter informasjon fra menneskelige kilder. I kildekritikken må man tydeliggjøre hvilke valg og vurderinger man har tatt, og begrunne hvorfor dataene er relevante. Det holder ikke bare at kildene i seg selv er relevante; dataene de leverer må også være relevante. Det er avgjørende å vite om dataene er innsamlet på en pålitelig

måte, og om forskerne har selv vurdert og presisert dette i artiklene (Dalland, 2022, s. 63). Det er nøye vurdert hvilke artikler som er tatt med i denne litteraturgjennomgangen ved hjelp av ulike evalueringsskjemaer for både kvalitative og kvantitative studier, som er lagt ved som vedlegg (se vedlegg 2 og 3).

## **2.1 Databaser**

Systematiske søk har blitt gjort i følgende databaser: CINAHL, MEDLINE, ORIA og PUBMED.

### *2.1.1 Søkeord og søkekombinasjoner*

Søkeord og søkekombinasjoner er lagt ved som vedlegg (4).

### *2.1.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier*

#### *2.1.2.1 Inklusjonskriteriene inkludert:*

- Vitenskapelige artikler
- Begrenser søket til pasienter med en demenssykdom.
- Kommunehelsetjenesten
- Forskning skrevet fra 2014 og opp

#### *2.1.2.2 Eksklusjonskriterier brukt:*

- Ikke-vitenskapelige artikler
- Pasienter uten en demenssykdom
- Artikler med utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten
- Forskning eldre enn fra år 2014

## 2.2 Oversikt over inkluderte artikler

Tittel/ forfatter	Metode	Informanter/kontekst	Hovedresultater
The challenge of pain identification, assessment, and management in people with dementia: A qualitative study (Bullock et al., 2020)	Kvalitativ	Helsepersonell, personer med demens, og familiemedlemmer i lokalsamfunn i Storbritania.	Pårørendes rolle og tverrfaglig samarbeid er avgjørende for å identifisere smerte hos demenspasienter.
Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia (Monroe et al., 2015)	Kvalitativ	Helsepersonell i sykehjem i USA	Helhetlig tilnærming med fokus på pårørende, relasjonsbygging og oppdatert kunnskap er nødvendig for å identifisere smerte.
Pain assessment for cognitively impaired older adults: Do items of available observer tools reflect pain-specific responses? (Kappesser et al., 2020)	Tverrsnittstudie (med en referansestandard)	Sykehjemsbeboere med demens i Tyskland	Fant spesifikke indikatorer på smerte og at det kreves grundig opplæring i observasjon og tolkning av atferd hos demenspasienter.

Perception, behavior and experience of nursing assistants towards pain of older adults with dementia: A qualitative study (Yang et al., 2024)	Kvalitativ	Helsepersonell i kommunal institusjon i Kina	Empatisk kommunikasjon, observasjon av non-verbale tegn og tverrfaglig samarbeid er viktig i håndtering av smerte, med behov for opplæring og veiledning.
Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter (Rostad et al., 2019)	Tversnittsstudie	Sykehjemsbeboere med demens i Norge	Tydlig korrelasjon mellom smerte og depresjon. Behov for nøyaktig tolkning av smerteuttrykk, og viktig med tverrfaglig samarbeid.
Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (Malara et al., 2016)	Randomisert Kontrollert Studie (RCT)	Beboere i langtidssykehjem i Calabria/Italia	Identifisering av smerte og atferdsmessige symptomer er kritisk for å forbedre livskvaliteten til demenspasienter.

### 2.3 Begrensninger fra artiklene og begrunnelse for inklusjon

Det er visse begrensninger i forskningslitteraturen, og disse er viktig å ta hensyn til



og være oppmerksom på når man undersøker problemstillingen. Det har også betydning å være klar over slike begrensningene og ta de i betraktning når man bruker funnene i praksis. Dette kan inkludere tilpasning av metoder og tilnærminger for å møte behovene og utfordringene til den spesifikke populasjonen. Jeg har nøye vurdert begrensningene i de studiene jeg har inkludert i oppgaven min, og mener likevel at de gir verdifull innsikt i hvordan man kan oppdage smerte hos denne pasientgruppen.

Eksempelvis kan erfaringer fra ulike helsepersonell gi verdifull innsikt i hvordan man kan oppdage smerte, siden samarbeid på tvers av fagområder spiller en sentral rolle her. Studien til Bullock et al. (2020) setter søkelys på erfaringer og opplevelser til pårørende, allmennleger og psykiatere i vurdering av smerte hos personer med alvorlig demens, mens Yang et al., (2024) sin studie hadde søkelys på pleieassistenters opplevelser. Monroe et al. (2015) undersøker sykepleieres refleksjoner rundt smerteidentifikasjon hos pasienter med alvorlig demens. Disse erfaringene på tvers av ulike yrkesgrupper som er i tett samarbeid kan bidra til å gi en mer helhetlig forståelse av de utfordringene som følger med å oppdage smerte hos denne pasientgruppen.

Studiene utført fra ulike deler av verden kan gi verdifull innsikt i hvor like utfordringene med smerteidentifisering er, samt eventuelle erfaringer og ulikheter som eksisterer. Samtidig er det viktig å poengtere at studier som Malara et al. (2016), som kun inkluderte pasienter fra Nasjonalforeningen for eldreboliger i Calabria - kan føre til begrensninger når det gjelder allmenngyldigheten av funnene for andre sykehjem eller demografiske grupper.

### 3. ANALYSE

I denne studien blir tematisk analyse brukt som analysemetode. Tematisk analyse involverer identifisering og strukturering av sentrale diskusjonstemaer fra den aktuelle

forskningen. Funnene blir gruppert etter disse temaene for å oppnå en klarere forståelse av emnet som diskuteres og hvilke synspunkter som er dominerende. Vektlegging av funnene tar hensyn til gjentakende temaer. I tolkningen etter analysen fokuseres det på det mest relevante for å besvare spørsmålet, slik at lesere kan trekke egne konklusjoner basert på funnene (Dalland, 2022, s. 96-99).

Valgte tema er kommet frem med utgangspunkt i hva jeg så i forskningsmaterialet som mest relevant for å kunne svare på problemstillingen. Jeg har satt opp temaer og gått igjennom materialet flere ganger før jeg kom frem til et endelig tema. For å strukturere analysen og besvare problemstillingen, har jeg valgt å organisere gjennomgangen i seks nøkkeltemaer basert på funnene fra forskningsartiklene. Disse temaene inkluderer: Kunnskap og opplæring, Nonverbal kommunikasjon av smerte, Samhandling med pårørende, Empatisk relasjonsbygging, Tverrfaglig samarbeid og bruk av smerteskalaer og verktøy.

## 4. Funn fra artikler

### 4.1 Smerteskalaer og verktøy

Forskning utført av Bullock et al. (2020) og Malara et al. (2016) understreker viktigheten av å benytte smerteskalaer og verktøy ved evalueringen av smerte hos personer med alvorlig demens. Disse verktøyene gir strukturerte metoder som forenkler identifisering og gir et felles rammeverk for vurdering og oppfølging over tid. Det finnes en rekke smerteskalaer og vurderingsverktøy for å hjelpe sykepleiere med å evaluere pasientens smerte, blant annet verbale skalaer, visuelle analogskalaer og numeriske smerteskalaer. De ulike verktøyene bidrar til å standardisere og objektivere smertevurderingen (Monroe et al., 2015). Studien av Rostad et al. (2019) påpeker likevel at smerte er en subjektiv opplevelse og at bruken av kartleggingsverktøy i observasjon av atferd kan være utilstrekkelige, og gi en feilaktig fremstilling av beboerens smerteopplevelse.

## 4.2 Nonverbal kommunikasjon av smerte

Studie av Malara et al. (2016) understreker viktigheten av å identifisere smerte ved å observere atferd. Studien fant at vanlige atferdsmessige symptomer på smerte hos denne pasientgruppen kan være aggresjon, uro, irritabilitet og opprørthet. Disse atferdsendringene representerer non-verbale måter for demenspasienter å uttrykke ubehag på, og det er avgjørende for omsorgspersoner å være oppmerksomme på slike signaler for å kunne gi adekvat behandling. Forskerne identifiserte en betydelig sammenheng mellom smerte og spesifikke fenotyper hos demenspasienter. For eksempel viste smerten en positiv korrelasjon med symptomer som angst og irritabilitet, målt ved hjelp av Nevropsykiatrisk Indeks (NPI). Det ble også observert en sammenheng mellom smerte og aggresjon basert på Cohen-Mansfield Agitasjonsindeks (CMAI). Forskerne påpeker at det er nødvendig å forstå disse sammenhengene for å kunne tilby riktig behandling. På samme måte kan endringer i atferd på grunn av smerte føre til feilaktig behandling, der pasienter blir gitt beroligende midler eller sedativer i stedet for smertestillende medisiner. Dette skjuler symptomene på smerte og hindrer riktig behandling av smerten. Derfor punkterer Malara et al. (2016) viktigheten av å oppdage smerte hos demenspasienter for å unngå unødvendige atferdsendringer og forbedre livskvaliteten deres.

Både familiemedlemmer og helsepersonell har rapportert utfordringer med å skille mellom atferdsmessige og psykologiske endringer som kan være knyttet til demens eller smerte (Bullock et al., 2020). På grunn av pasientens begrensede evne til verbal kommunikasjon understreker Monroe et al. (2015) at sykepleiere må tolke og forstå ikke-verbale tegn og signaler på smerte.

Både sykepleiere og pleieassistenter rapporterer at endringer i ansiktsuttrykk, kroppsspråk og aktivitetsnivå er viktige observasjoner når det gjelder å identifisere smerte hos denne pasientgruppen, da slike endringer ofte er de eneste indikatorene på smerte (Monroe et al., 2015; Yang et al., 2024). Andre fremtredende atferdsendringer som kan observeres hos pasienter med alvorlig demens inkluderer agitasjon, irritabilitet og endringer i spise- eller søvnmønstre (Rostad et al., 2019;

Yang et al., 2024). Pleieassistenter nevner også at endringer i vokaliseringer og reaksjoner på berøring kan signalisere smerte. Ved å nøye observere slike endringer i atferd, kan helsepersonell identifisere mulige symptomer på smerte og tilpasse omsorgen deretter (Yang et al., 2024). Det er viktig å forstå at smerte kan utrykke seg på forskjellige måter hos ulike individer (Monroe et al., 2015). I tillegg til å observere endringer i atferd, avslører studien av Yang et al. (2024) også pleieassistenters subjektive opplevelser og emosjonelle reaksjoner knyttet til demenspasienters atferd. Dette inkluderer følelser som frustrasjon, hjelpeløshet eller forvirring når de forsøker å tolke pasientens atferd.

Resultatene fra forskning av Rostad et al. (2019) antyder en kompleks sammenheng mellom smerte og agitasjon hos sykehjemspasienter med demens. Mens noen studier har funnet at behandling av smerte kan redusere agitasjon hos visse pasienter, viser andre studier ingen direkte sammenheng mellom disse faktorene. Dette peker på utfordringene med å skille ulike symptomer hos personer med demens, samt mangfoldet innenfor begrepet agitasjon. Et annet funn fra studien var at forskerne så en tydelig korrelasjon mellom smerte og depresjon hos pasientene med alvorlig demens. Forskerne fant at de pasientene som opplevde smerte hadde en tendens til å ha høyere forekomst av depressive symptomer sammenlignet med de uten smerte. Derfor antar forskerne at effektiv behandling av smerte ikke bare bidrar til lindring av fysiske plager, men også forbedre den mentale helse og trivselen til pasienter med alvorlig demens (Rostad et al., 2019).

Flere forskningsstudier fremhever betydningen av å observere og tolke kroppslige tegn på smerte hos pasienter med alvorlig demens (Monroe et al., 2015; Yang et al., 2024; Bullock et al., 2020; Rostad et al., 2019; Kappesser et al., 2020). Sykepleiere har rapportert verdifulle indikatorer for smerte hos denne pasientgruppen, inkludert ansiktsuttrykk, kroppsholdning og endringer i puste- eller søvnmønstre (Monroe et al., 2015). I tillegg nevner en studie av Rostad et al. (2019) anspenthet og uro i bevegelser som mulige tegn på smerte hos personer med demens. Forskning utført av Kappesser et al. (2020) identifiserte flere smerteindikatorer, hvor noen viste seg å

være mer pålitelige og gyldige enn andre. Faktorer som «smertefullt ansiktsuttrykk», «hevende overleppe», «utrop» og «beskyttende holdning» ble identifisert som spesifikke og troverdige indikatorer for smerte. Studien avslørte også at spesifikke ikke-verbale atferder viste en positiv korrelasjon med selvrapportert smerte hos personer med demens. Dette betyr at til tross for manglende verbale uttrykk fra pasientene, kan deres atferd likevel gi nyttig informasjon om smerten de opplever (Kappesser et al., 2020).

### **4.3 Empatisk relasjonsbygging**

Bullock et al. (2020) understreker viktigheten av å bygge en relasjon med pasienter som lider av demens for å effektivt identifisere smerte. De påpeker at en nært knyttet relasjon gir et unikt innblikk i pasienters atferd, kommunikasjonsmønstre og vaner. Dette mener forskerne vil gjøre det enklere å oppdage små tegn på ubehag eller lidelse, som andre kanskje ikke legger merke til.

Sykepleiere rapporterte at kjennskap til pasienten med alvorlig demens over en lengre periode var viktig for å kunne avklare smerte, blant annet fordi endret atferd hos pasienten kan være en indikasjon på smerte, og for å oppdage dette må man ha kunnskap om pasientens normale atferd. De understrekte også viktigheten av å bygge en tillitsfull og empatisk relasjon med pasientene for å bedre forstå deres smerteopplevelse, samt presiserte de at sykepleiere må investere tid og innsats i å etablere et tillitsfullt forhold til pasientene for å kunne tolke deres atferd mer nøyaktig og gi tilstrekkelig smertelindring (Monroe et al., 2015).

Forskning av Yang et al. (2024) fremhever også betydningen av å bygge et nært forhold til demenspasientene for å kunne identifisere smerte mer nøyaktig. Pleieassistenter som har et nært forhold til pasientene, opplever ofte bedre forståelse og kommunikasjon av pasientens signaler og behov. Dette kan bidra til å skape en tryggere og mer omsorgsfullt atmosfære for pasientene, samtidig som det kan øke jobbtilfredsheten blant helsepersonell. Studien understreker viktigheten av å utvikle

tillit og intimitet i omsorgen for pasienten med demens for å bedre kunne tolke ulike uttrykk for smerte.

Kappesser et al. (2020) sin studie fremhever også betydningen av å vise empati i prosessen med å identifisere smerte. Det å etablere sterke relasjoner med pasienter og pårørende anses også som avgjørende for å skape et trygt og ivaretagende miljø. Forskning av Monroe et al. (2015) understreker betydningen av empati og forståelse i møte med pasienter med alvorlig demens, og sykepleiere oppfordres til å sette seg inn i pasientenes situasjon og respektere deres verdighet og autonomi, selv når det kan være utfordrende å tolke deres atferd. Miljøet rundt pasientene ble også sett på som en vesentlig faktor, da støynivå, temperatur og værforhold kan føre til ubehag hos pasienten.

Yang et al. (2024) og Rostad et al. (2019) sine undersøkelser utforsker også empatiens rolle i håndtering av smerte hos demenspasienter. Yang et al. (2024) fremhever hvordan pleieassistenter bruker sine personlige erfaringer med smerte for å vise empati med pasienters ubehag, og hvordan kontinuerlig daglig kontakt bidrar til nøyaktigere smerteidentifisering. Samtidig peker Rostad et al. (2019) på at empati fra helsepersonell er avgjørende for å kunne tolke og respondere på tegn og signaler som idikerer smerte hos demenspasienter, og at dette krever forståelse for pasientens individuelle behov og preferanser.

#### **4.4 Samhandling med pårørende**

Identifisering av smerte hos pasienter med alvorlig demens er utfordrende, og dette krever ifølge Bullock et al. (2020) en helhetlig tilnærming, hvor samspillet med pårørende spiller en betydelig rolle i prosessen. Pårørendes kjennskap til atferd og vaner hos deres nære gjør dem i stand til å enklere oppdage subtile tegn på ubehag eller lidelse. Studien viser til at pårørende gir verdifulle observasjoner og informasjon til helsepersonell, og at de ofte deltar i evalueringen av smertenivået hos pasienten med demens. Flere forskningsstudier har fremhevet den avgjørende rollen som

pårørende spiller i identifiseringen av smerte.

Monroe et al. (2015) sin studie understreker viktigheten av pårørendes bidrag ved å gi relevant informasjon som kanskje ikke er dokumentert i medisinske journaler. Pårørende kan dele innsikt i pasientenes tidligere helseproblemer eller erfaringer, som er relevante for forståelsen av deres opplevelse av smerte. Pårørende beskrives ofte som partnere og støttespillere når det gjelder å fastslå beboernes komfortnivå. Deres perspektiver på pasientenes preferanser og behov er avgjørende for utformingen av omsorgsplanene.

Studie av Yang et al. (2024) anbefaler også økt involvering av pårørende for å øke omsorgskvaliteten, samtidig som eventuelle misforståelser reduseres. Forskerne diskuterer i tillegg utfordringer relatert til kommunikasjon mellom pleieassistenter, beboere og pårørende. Det kan oppstå negative følelser som motløshet og frustrasjon når pårørende er mistenksomme eller kritiske til innsatsen til pleieassistentene. Bullock et al. (2020) påpeker at ansvaret for å vurdere smerte jevnlig, ofte hviler på pårørende til pasienter med demens, som kan være vanskelig å håndtere uten tilstrekkelig støtte. Forskerne understreker viktigheten av et samarbeidsorientert miljø der informasjon og perspektiver fra alle parter tas i betraktning for å kunne optimalisere omsorgen for pasienter med alvorlig demens.

#### **4.5 Tverrfaglig samarbeid**

Studien til Rostad et al. (2019) peker på at i det å identifisere smerte hos personer med alvorlig demens ofte krever et tverrfaglig team bestående av helsepersonell med ulik kompetanse og erfaring. Dette inkluderer sykepleiere, leger, psykologer, fysioterapeuter og ergoterapeuter, som alle kan bidra med sine unike ferdigheter og perspektiver. Det er avgjørende for pleieassistenter å ha tett samarbeid med helsepersonell som leger og sykepleiere, for å sikre at pasientene får riktig og effektiv smertebehandling (Yang et al., 2024). Sykepleiere understeker også viktigheten av tverrfaglig samarbeid for å oppnå en helhetlig forståelse av pasientens smerte, og

utvikle en effektiv behandlingsplan; «Jeg tror mesteparten av tiden 'hjelpepleierne' er den første forsvarslinjen med å diagnostisere noen som kan ha smerte, en økning i smerte» (Monroe et al., 2015, s. 319).

#### 4.6 Kunnskap og opplæring

Flere studier understreker viktigheten av opplæring blant helsepersonell for å kunne identifisere smerte hos pasienter med demens som ikke kan uttrykke det selv. Kappesser et al. (2020) påpeker at opplæring bør inkludere grundige observasjonsteknikker, tolkning av atferdsmessige tegn og økt bevissthet om vanlige smertesyntomer hos denne pasientgruppen. I tillegg peker Monroe et al. (2015) på den sterke nødvendigheten av kontinuerlig kunnskapsoppdatering og opplæring blant sykepleiere, for å sikre nøyaktig vurdering og behandling av smerte hos personer med alvorlig demens. Dette innebærer trening i bruk av smerteskalaer og andre vurderingsverktøy, en dypere forståelse av hvordan demensen påvirker opplevelsen av smerte, og kommunikasjonsevnen til pasientene.

Forskningsfunnene fremhevet av Yang et al. (2024) legger også til at pleieassistenter fremhever behovet for spesialisert opplæring og veiledning i håndtering av smerte for demenspasienter. Dette inkluderer identifikasjon av smerte og bedre kommunikasjon med annet helsepersonell, for å imøtekomme pasientens behov. Videre inkluderer disse funnene følelsesmessige reaksjoner og praktiske utfordringer som helsepersonell møter, inkludert stress, angst og behovet for mer støtte, opplæring og ressurser. Rostad et al. (2019) fremhever også betydningen av å opplære helsepersonell i å gjenkjenne smerte hos personer med demens. Dette innebærer en grundig forståelse av demenssykdommen, bruk av effektive observasjonsteknikker, tilpasning av smerteskalaer og tilrettelegging av kommunikasjons- og omsorgsstrategier.

## 5. Diskusjon



I denne diskusjonen vil jeg evaluere forskningen og vurdere hvor solid grunnlag vi har for å støtte ulike synspunkter, hva som bør vektlegges mest og hvordan dette kan oversettes til konkrete tiltak i sykepleiepraksis. Med utgangspunkt i spørsmålet om hvordan sykepleiere kan identifisere smerter hos pasienter med alvorlig demens, ønsker jeg å drøfte hvilke konkrete tiltak sykepleiere kan iverksette for å følge dette grundig.

### **5.1 Smerteskalaer og verktøy**

Bruk av kartleggingsskjema er viktig, men det hjelper ikke hvis man ikke forstår det man ser, og dermed er det kliniske essensielt i vurderingen av smerte. Forskning utført av Bullock et al. (2020) og Malara et al. (2016) viser betydningen av å bruke smerteskalaer og verktøy ved evaluering av smerte hos pasienter med alvorlig demens. Imidlertid peker Rostad et al. (2019) på utfordringer ved å bruke atferds kartlegging alene i smerteevalueringen. Dette understreker behovet for et mer helhetlig og klinisk perspektiv i smertevurderingen, der kommunikasjon utgjør et nøkkelement.

### **5.2 Nonverbal kommunikasjon av smerte**

Travelbee (1999, s. 138-139) fremhever at non-verbal kommunikasjon skjer kontinuerlig gjennom observasjon av tegn og følelser fra den andre personen. Mottakelighet og sensitivitet hos de involverte individene påvirker hvordan tanker og følelser oppfattes og tolkes under interaksjonen. Hun understreker at når tanker, ideer, følelser og intensjoner overføres og deretter oppfattes og tolkes riktig, oppstår effektiv kommunikasjon.

Smerte kan uttrykkes på forskjellige måter, og hvis man ikke har forståelse for hva pasienten kommuniserer så har man et mindre grunnlag for å vurdere pasienten. Studier påpeker at å identifisere smerte hos pasienter med alvorlig demens er svært utfordrende når de ikke kan rapportere sin egen smerte verbalt, og det har ofte sammenheng med at atferdsmessige og psykologiske endringer også kan være knyttet til selve demenssykdommen (Malara et al., 2016). Interessant nok fant Kappesser et al. (2020) en positiv korrelasjon mellom spesifikke non-verbale atferder

og selvrapportert smerte. Dette tyder på at pasienters atferd kan gi nyttig informasjon om smerten deres, selv uten verbale uttrykk. Pålitelige tegn fra forskningsfunnene inkluderte, ansiktsuttrykk som viste smerte, heving av overleppen, utrop og en beskyttende holdning. Å kjenne til slike spesifikke måter å utrykke smerte på er avgjørende for sykepleiere, spesielt når det er usikkerhet om pasienten lider.

Flere viktige non-verbale tegn på smerte har blitt identifisert i ulike studier, inkludert endringer i pustemønstre, søvnmønstre, spisemønstre, aktivitetsnivå, reaksjoner på berøring, depresjon, angst, aggresjon, anspenthet og uro, som dokumentert av Rostad et al. (2019), Monroe et al. (2015) og Malara et al. (2016). Spesielt agitasjon, irritabilitet, smertefulle ansiktsuttrykk og uro er gyldige indikasjoner på smerte hos pasienter med alvorlig demens. Disse funnene er støttet av objektive data fra de kvantitative studiene, samt erfaringene til helsepersonell og pårørende. Jeg mener det kan være viktig for sykepleiere å ha kunnskap om slike spesifikke smerteuttrykk for å kunne gjenkjenne disse i praksis og relatere dette til mulig smerte. På en annen side skriver Rostad et al. (2019) at det er viktig å ha forståelse av mangfoldet innen begrepet agitasjon og ta hensyn til den enkelte pasients unike situasjon. Häikiö, K. (2023, s. 54) skriver om mer konkrete eksempler på atferdsmessige smerteindikatorer hos disse pasientene, som blant annet banning, pannerynking, rask blinking, trist eller skremt ansiktsuttrykk, vimsing, økt vandring, vugging og isolering.

Alle disse tegnene på smerte kan være diffuse og vanskelige å tolke nøyaktig, derfor er grundig observasjon av pasientens atferd helt essensiell (Yang et al., 2024). Å ha kunnskap om disse indikatorene er avgjørende for å unngå feil behandling, sikre tilstrekkelig smertelindring og bedre den mentale helsen, trivselen og livskvaliteten til disse pasientene (Malara et al., 2016; Rostad et al., 2019). For å være oppmerksom på disse smerteindikatorene, synes det å være viktig å ta seg tid til å grundig observere pasienten og å utvise empati. I tillegg kan en god relasjon med pasienten kunne bidra til å gjøre denne prosessen enklere.

### 5.3 Empatisk relasjonsbygging

Betydningen av å bygge et nært forhold til pasientene med alvorlig demens for å identifisere smerte mer effektivt, er et gjennomgående tema i flere forskningsfunn, og kan dermed betraktes som et essensielt fokusområde i en slik vurderingsprosess. Forskning, som blant annet inkluderer studier av Bullock et al. (2020), Yang et al. (2024), og Monroe et al. (2015), understreker at en nær og tillitsfull relasjon gir helsepersonell en unik innsikt i pasientenes atferd, kommunikasjonsmønstre og vaner. Dette muliggjør det å oppdage subtile tegn på ubehag eller smerte som andre kanskje ikke legger merke til.

For å kunne tolke endringer i pasientens atferd korrekt og identifisere smerte, er det avgjørende å ha kunnskap om pasientens normale atferd og mønstre over tid. Dette krever investering i tid og innsats for å bygge en empatisk og tillitsfull relasjon med pasientene (Monroe et al., 2015). Når vi er i en relasjon til et annet menneske, blir vi selv påvirket av den andre personens situasjon. Å føle seg emosjonelt påvirket av den andre personens situasjon har en innvirkning på vår evne til å forstå pasientens lidelse og livskvalitet (Kristoffersen & Nortvedt, 2021 s. 30). Ifølge Travelbee (1999, s. 141;194) er empatisk relasjonsbygging i sykepleie sentralt for å oppnå en dypere forståelse av pasientens behov og opplevelser. Hun mente at sykepleiere bør kunne sette seg inn i pasientens perspektiv, oppleve deres følelser og behov, og dermed bygge et tillitsfullt og støttende forhold.

Å føle seg trygg er viktig for å føle seg vel, og sykepleiere har en viktig oppgave i å legge miljøet til rette slik at det oppleves som sikkert og bidrar til trygghetsfølelsen (Gustafsson, 2021, s. 105). Monroe et al. (2015) viser til at en slik tilrettelegging innebærer oppmerksomhet på faktorer som støynivå, temperatur og værforhold i pasientens omgivelser. I tillegg er det viktig at sykepleier er nær og tilgjengelig, for å imøtekomme pasientenes behov og raskt håndtere trusler som kan oppstå i pasientens miljø (Gustafsson, 2021, s. 104). Å rette oppmerksomheten mot både pasientens indre tilstand og det ytre miljøet krever empati og forståelse (Monroe et al., 2015). Jeg ser at en betydelig utfordring knyttet til dette er begrensede ressurser

og høy personellrotasjon innenfor kommunale institusjoner, som kan hindre kontinuitet i omsorgen og relasjonsbyggingen. Hvis det ikke fins nok ressurser til å løse dette problemet, kan en alternativ tilnærming være å tildele et dedikert team av helsepersonell til hver pasient. Dette kan bidra til å redusere hyppige utskiftninger av personalet, og gjøre det enklere å bli kjent med pasienten over tid. I et slikt tilfelle vil det være viktig at teamet som har ansvar for pasienten, har god kommunikasjon og samarbeider om pasientens behov for å sikre sammenhengende omsorg og kontinuerlig støtte.

#### **5.4 Samarbeidsorientert miljø**

Travelbee (1999, s. 259-260) oppfordrer sykepleiere til å lytte nøye til pårørendes bekymringer og innsikter. Gjennom å forstå pårørendes perspektiver og involvere dem aktivt, kan sykepleieren skape et mer helhetlig og personlig tilpasset omsorgsmiljø for pasienten. Familie og nære relasjoner spiller en viktig rolle i å identifisere smerte hos pasienter med alvorlig demens, som Bullock et al. (2020) har påpekt, da de ofte har unik innsikt i pasientens atferd og reaksjoner. Deres observasjoner og erfaringer kan tilby verdifull informasjon for helsepersonell. Monroe et al. (2015) understreker betydningen av familiemedlemmers bidrag ved å gi tilgang til historisk helseinformasjon som ikke alltid er dokumentert i medisinske journaler. Til tross for potensialet for innsikt fra familiemedlemmer, kan det oppstå kommunikasjonsutfordringer og misforståelser i et slikt samarbeid, slik som Yang et al. (2024) og Bullock et al. (2020) nevner.

Sykepleiere har som ansvar å etablere et samarbeid med pasienter og pårørende basert på likeverd, samtidig er det viktig å oppdage og gripe tak i situasjoner som kan føre til uønsket atferd, enten hos pasient eller pårørende (Kirkevold, 2021, s. 143-144). I tillegg bør det rettes oppmerksomhet mot at ansvaret for å identifisere smerte ikke bør legges utelukkende på pårørende, slik Bullock et al. (2020) har påpekt. Sykepleiere skal kunne støtte og avlaste pårørende i omsorgsarbeidet, og også overta omsorgsansvaret når det er nødvendig (Kirkevold, 2021, s. 144). Jeg anser det som et viktig ansvarsområde hos sykepleiere å bidra aktivt til å være en støtte for

pårørende, slik at de ikke blir overbelastet. På en annen side så står sykepleiere i et enormt spenn for å være der både for pårørende og for pasientene. Mitt perspektiv på dette er at det kan være krevende å være et slikt mellomledd, der man skal prøve å tilfredsstille alle parter og vite hvem man skal prioritere. En anerkjennende kommunikasjonsform mener jeg alltid være nyttig i samhandling med pårørende og pasient.

Jeg mener det er essensielt å etablere et samarbeidsorientert miljø der informasjon og perspektiver fra alle involverte parter, blant annet sykepleiere, annet helsepersonell, pasienter og pårørende, verdsettes og innlemmes i omsorgsplanleggingen. Gonzalez (2020, s. 54) fremhever at profesjonsgruppene må være nysgjerrige og genuint interesserte i å samarbeide for å sikre tilstrekkelig tilbud til brukergrupper, familier eller enkeltpersoner, og ha felles mål og fokus i behandlingen. I et slikt samarbeid er det viktig å være klar over at kommunikasjon, arbeidsmetoder og samarbeid påvirkes av profesjonenes verdier, der tillitt og respekt spiller sentrale roller (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 105).

Et samarbeidsfokusert miljø innen kommunale institusjoner spiller en viktig rolle i å oppdage smerte hos pasienter med alvorlig demens, og dette behovet blir understreket av flere forskningsstudier. Rostad et al. (2019) påpeker at denne oppgaven krever et mangfoldig team bestående av helsepersonell med spesialisert ekspertise. Likevel kan utfordringene knyttet til samarbeid og koordinering mellom disse ulike faggruppene være betydelige, noe som kan påvirke kvaliteten på smerteopdagelsen.

Hos pasienter med alvorlig demens varierer graden av samhandlingstid med pasienten, avhengig av de spesifikke rollene til ulike profesjoner. Slik det blir påpekt i flere forskningsstudier, får de ulike faggruppene ulik informasjon og forståelse av pasientens situasjon. Det er derfor viktig at den innsamlede kunnskapen blir formidlet på tvers av yrkesgruppene for å oppnå tilstrekkelig behandling og kunnskap om

pasientens situasjon (Rostad et al., 2019; Yang et al., 2024; Monroe et al., 2015). Jeg mener at en essensiell faktor for at dette skal fungere best mulig, er at de ulike profesjonene har en felles forståelse rundt viktigheten og utfordringene i det å identifisere smerte hos pasienter med alvorlig demens. Felles forståelse er grunnleggende viktig i tverrfaglig samarbeid, for at pasienten skal få det best mulig. For å oppnå best mulig kvalitet på pasientomsorgen er det også essensielt med tilstrekkelig kunnskap og opplæring.

## **5.5 Kunnskap og opplæring**

Utfordringen med å identifisere smerte hos pasienter med alvorlig demens anerkjennes i flere studier, blant annet Monroe et al. (2015), sin studie som fremhever sykepleieres behov for kontinuerlig kunnskapsoppdatering og opplæring for å sikre nøyaktig vurdering av smerte hos denne pasientgruppen. Kompleksiteten i å identifisere smerte, samt behovet for ytterligere opplæring blir også fremhevet av flere profesjoner innenfor helse- og omsorgstjenesten, noe som vitner til om utfordringene på dette området (Yang et al., 2024). Det er min oppfatning at investering i ytterligere forskning og undervisning innen identifisering av smerte hos denne pasientgruppen vil kunne bidra til å kunne evaluere effektive strategier for implementering av kunnskap i klinisk praksis. Dette er viktig for å sikre at ny kunnskap om smerteidentifikasjon blir brukt effektivt og til det beste for pasientene.

Det er tydelig at helsepersonell står ovenfor ulike praktiske utfordringer og følelsesmessige reaksjoner når de håndterer smerte hos pasienter med alvorlig demens. Dette indikerer hvor viktig det er å prioritere opplæring, ressurser og støtte rundt dette temaet (Yang et al., 2024). Bedre opplæring og kunnskap bør ha fokus i ulike observasjonsteknikker, grundig forståelse av demenssykdommen, trening i bruk av smerteskalaer og verktøy, bedre kommunikasjon med annet helsepersonell og tilrettelegging av kommunikasjons- og omsorgsstrategier (Monroe et al., 2015; Yang et al., 2024; Kappesser et al., 2020; Rostad et al., 2019).

Travelbee (1999, s. 41-42) la vekt på viktigheten av å forstå og tolke pasienters atferd og følelser, og mente at sykepleiere har behov for en solid kunnskapsbase og kontinuerlig opplæring for å kunne tilby empatisk og helhetlig omsorg. Det som kan anses som en avgjørende faktor i å forstå smerte hos pasienter med alvorlig demens, som ikke kan rapportere sin smerte verbalt, er å observere hvordan smerte kan uttrykkes gjennom atferd og kroppslige signaler. Å ha denne kunnskapen kan blant annet bidra til å styrke selvtilliten til sykepleiere og annet helsepersonell når de skal gjenkjenne tegn på smerte hos denne pasientgruppen.

## 6. KONKLUSJON

Problemstillingen min var:

*Hvordan kan sykepleiere identifisere smerter hos pasienter med alvorlig demens?*

Basert på den omfattende forskningen og teorien presentert, er det tydelig at identifisering av smerte hos pasienter med alvorlig demens utgjør et komplekst og viktig fokusområde innenfor kommunehelsetjenesten, gitt at mange av disse pasientene er i kommunale institusjoner. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3.1) understreker pasienters rett til tilstrekkelig oppfølging og behandling ved smerte. Sykepleiere har derfor et aktivt ansvar i å søke etter tegn på smerte hos disse pasientene. Det finnes ulike metoder for å oppdage smerte hos pasienter med alvorlig demens, og en essensiell strategi er å være observant på non-verbale signaler og endringer i atferd, da dette kan tyde på smerte eller ubehag. Å bygge en god relasjon med pasienten og vise empati er også avgjørende for å tolke og reagere på slike signaler.

Et samarbeidsorientert miljø er viktig for å sikre helhetlig omsorg for pasienten med alvorlig grad av demens, som opplever smerter. Samhandling med pårørende er ikke bare nyttig, men det er også lovpålagt at nærmeste pårørende skal ha informasjon når ikke pasienten med demens kan ivareta sine interesser på grunn av sykdommen (Pasient- og brukerettighetsloven, 1999, §3-3). Familiemedlemmer og nære

omsorgspersoner kan bidra med verdifull innsikt om pasientenes tidligere atferdsmønstre, som kan være til nytte for å oppdage endringer relatert til smerte. Samlet sett ser vi at sykepleiere kan identifisere smerte hos pasienter med alvorlig demens gjennom å adoptere en helhetlig tilnærming som kombinerer kunnskap om non-verbale signaler, bruk av ulike kartleggingsverktøy, klinisk kompetanse, tverrfaglig samarbeid, og samarbeid med pårørende. Denne tilnærmingen har implikasjoner for praksis og understreker behovet for kontinuerlig søkelys på kompetanseutvikling og kunnskapsdeling innen sykepleie.

Det er imidlertid et behov for mer forskning på området, spesielt med effektive metoder for å tolke smertekommunikasjon hos denne pasientgruppen. Kartleggingsskjemaer kan være nyttige verktøy, men det er like viktig å utvikle sykepleieres empati og evne til å bygge gode relasjoner for å tolke pasienters ubehag nøyaktig. Det er essensielt at sykepleiere mottar tilstrekkelig opplæring og støtte for å kunne identifisere smerte hos pasienter med alvorlig demens på en effektiv og helhetlig måte. Dette vil ikke bare bidra til bedre behandling og omsorg, men også til økt livskvalitet og trivsel for denne sårbare pasientgruppen.



## 7. Litteraturliste

Bullock, L., Chew-Graham, C. A., Bedson, J., Bartlam, B., & Campbell, P. (2020).

The challenge of pain identification, assessment, and management in people with dementia: A qualitative study. *BJGP Open*, 4(2), bjgpopen20X101040.

<https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101040>

Dalland, O. (2022). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.

Gjøra, L., Kjelvik, G., Strand, B. H., Kvello-Alme, M., & Selbæk, G. (2020). Forekomst av demens i Norge [Rapport]. Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste.

[https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/rapport-forekomst-av-demens-a4\\_2020\\_web.pdf](https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf)

Gonzalez, M. T. (2020). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I M. T.

Gonzalez (red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1 utg., s. 54). Gyldendal Akademisk.

Gustafsson, S. R. (2021). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal

& G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 104-105). Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket. (2021) *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Helsedirektoratet. (2019) *Smerte*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/symptomer-og-tilstander/smerte>

Helsedirektoratet. (2022) *Lindrende behandling til personer med demens*.

Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/lindrende-behandling-til-personer-med-demens#personer-som-viser-atferdsmessige-og-psykologiske-symptomer-ved-demens-apsd-eller-andre-symptomer-pa-ubehag-utilpasshet-bor-vurderes-for-smerte-praktisk-informasjon>

Helvik, A.-S., Bergh, S., & Tevik, K. (2023). A systematic review of prevalence of pain in nursing home residents with dementia. *BMC Geriatrics*, 23(1), 641.

<https://doi.org/10.1186/s12877-023-04340-z>

Helvik, A.-S., Bergh, S., Šaltytė Benth, J., Selbaek, G., Husebo, B. S., & Tevik, K. (2022). Pain in nursing home residents with dementia and its association to quality of life. *Aging & Mental Health*, 26(9), 1787–1797.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1947968>

Häikiö, K. (2023). *Smerter hos eldre og personer med demens* (2. utg., s. 54).

Fagbokforlaget.

*International statistical classification of diseases and related health problems* (10th revision, Fifth edition). (2016). World Health Organization.

Iversen, A. & Hauksdottir, N. (red.) (2020). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid: Kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester* (1. utg., s. 105). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jonsdottir, T., & Gunnarsson, E. C. (2021). Understanding Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review. *Pain Management Nursing*, 22(3), 281–292.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.002>

Kappesser, J., Voit, S., Lautenbacher, S., & Hermann, C. (2020). Pain assessment for cognitively impaired older adults: Do items of available observer tools reflect pain-specific responses? *European Journal of Pain*, 24(4), 851–862.

<https://doi.org/10.1002/ejp.1536>

Kirkevold, M. (2021). Samarbeid med pasient og pårørende. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg., s. 143-144). Gyldendal Akademisk.

Knudsen, L.-B & Larsen, T. A. (2010). Smerte- og smertevurdering hos sykehjemspasienter—En litteraturgjennomgang. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 6(2), 29. <https://doi.org/10.7557/14.1183>

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2021). Sykepleie – relasjoner, verdier og etikk. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjoner* (4. utg., s. 30-31). Gyldendal Akademisk.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. (2011). Kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester. (2011-06-24-30). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§3-1>

Lov om pasient- og brukerrettigheter. (1999). Kapittel 2. Rett til hele- og omsorgstjenesten og transport. (1999-07-02-63). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§2-1a>

Lov om pasient- og brukerrettigheter. (1999). Kapittel 3. Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende. (1999-07-02-63). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-3>

Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M., Praino, F., Settembrini, V., Sgrò, G., Spadea, F., & Rispoli, V. (2016). Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 50(4), 1217–1225.

<https://doi.org/10.3233/JAD-150808>

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>

Nasjonalt senter for aldring og helse. *Alzheimers sykdom*. Aldring og helse.

<https://www.aldringoghelse.no/demens/fakta-om-demens/alzheimers-sykdom/>

Nasjonalt senter for aldring og helse. *Smerte og smertekartlegging*. Aldring og helse.

<https://www.aldringoghelse.no/aldring/utviklingshemning/helse-og-sykdom/smerter-og-smartekartlegging/>

Rostad, H. M., Grov, E. K., Utne, I., & Halvorsrud, L. (2019). Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. *Sykepleien Forskning*, 79184, e-79184.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184>

- 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>
- Travelbee, J. (1999) Mellommenneskelige forhold i sykepleie. (1 utg., 7 opplag). Gyldendal Akademisk.
- Wagatsuma, S., Yamaguchi, T., Berge, L. I., Husebo, B., Habiger, T. F., Nouchi, R., & Angeles, R. C. (2021). How, Why and Where it Hurts—Breaking Down Pain Syndrome Among Nursing Home Patients With Dementia: A Cross-Sectional Analysis of the COSMOS Trial. *Pain Management Nursing*, 22(3), 319–326. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.014>
- World Health Organization. (2012). Dementia: A public health priority. [Report]. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf?sequence=1)
- World Health Organization. (2023). Dementia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Wylie, K., & Nebauer, M. (2011). The fragmented story of pain: A saga of economic discourse, confusion and lack of holistic assessment in the residential care of older people. *Collegian*, 18(1), 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2010.05.005>

Yang, Q., Yi, R., Wang, N., & Zhang, P. (2024). Perception, behavior and experience of nursing assistants towards pain of older adults with dementia: A qualitative study. *Geriatric Nursing*, 56, 100–107.

<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.02.013>

Aasmul, I., Husebo, B. S., & Flo, E. (2016). Staff Distress Improves by Treating Pain in Nursing Home Patients With Dementia: Results From a Cluster-

Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(6), 795–805. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.07.004>