

Kandidatnummer: 6234 & 6147

**BSYBAC\_5**

**Bacheloroppgave i Sykepleie**

*Hvordan kan sykepleiere kartlegge smerter hos pasienter med langkommen demens?*



**Universitetet  
i Stavanger**

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*[Stavanger 10.05.21]*

*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet X*

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Antall personer med demens anslås å øke betydelig de neste årene, på bakgrunn av at eldre mennesker lever lengre. Demenssykdommen kan føre til at pasienten får problemer med å uttrykke sin smerte verbalt. Pasienter med demens er en gruppe vi i stor grad vil møte på i arbeidslivet, og vi er derfor avhengig av kunnskap og verktøy for å kartlegge smerter hos denne pasientgruppen.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan kartlegge smerter hos pasienter med langtkommen demens.

**Metode:** Vi har brukt integrativ litteraturoversikt som beskrevet i Fribergs bok “Dags for oppsats”. Vi har brukt metodetriangulering, bestående av to kvalitative og tre kvantitative artikler. Disse artiklene, i tillegg til relevant bakgrunns litteratur og egne erfaringer, utgjør konklusjonen i vår oppgave.

**Resultat:** Sykepleiere i våre artikler benyttet seg sjelden av smertekartleggingsverktøy. En årsak til dette var at de mente at det kunne komme i veien for den individuelle omsorgen. Funn fra våre artikler viser likevel at smertekartleggingsverktøy kan føre til en generell nedgang av smerter hos pasientene. Studiene beskriver også en mangel på faglig kunnskap og felles retningslinjer i administreringen av smertestillende.

**Konklusjon:** Økt faglig kunnskap og felles retningslinjer vil kunne bidra til en bedre smertekartlegging. I tillegg kan bruk av kartleggingsverktøy være nyttig for å enklere fange opp smerte hos pasientgruppen. Et tverrfaglig samarbeid, bestående av personell som kjenner pasienten, og bruk av vips-modellen kan føre til at det blir enklere å fange opp pasientens individuelle smertesymptomer.

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	5
1.2 PROBLEMFOMULERING .....	6
1.3 HENSIKT .....	6
1.4 BEGREPSAVKLARINGER .....	6
<b>2. TEORI</b> .....	<b>7</b>
2.1 DEMENS .....	7
2.2 SMERTE .....	7
2.2.1 Sykepleierfaglige utfordringer relatert til smertekartlegging .....	8
2.2.2 Grunnlaget for smertelindring .....	8
2.3 SMERTEKARTLEGGINGSVERKTØY .....	9
2.3.1 Doloplus-2: .....	9
2.3.2. Mobid-2: .....	9
2.4 PERSONSENTRERT OMSORG .....	10
<b>3. METODE</b> .....	<b>11</b>
3.1 HVA ER METODE? .....	11
3.2 VALG AV METODE .....	11
3.2.1 Praktisk gjennomføring .....	12
3.2.3 Analyserte artikler: .....	13
<b>4. PRESENTASJON AV RESULTAT</b> .....	<b>16</b>
4.1 SYKEPLEIERES ERFARING MED BRUK AV KARTLEGGINGSVERKTØY .....	16
4.2 KUNNSKAP OM SMERTELINDRING .....	18
4.2.1 Faglig kunnskap .....	18
4.2.2 Kjennskap til pasienten .....	19
4.3 TVERRFAGLIG SAMARBEID .....	19
4.3.1 Samarbeid på arbeidsplass .....	19
4.3.2 Samarbeid med tilsynslege .....	20
4.3.3 Samarbeid med pårørende .....	20
<b>5. DISKUSJON</b> .....	<b>20</b>
5.1 METODEDISKUSJON .....	20
5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode .....	20

5.1.2	<i>Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode</i> .....	22
5.1.3	<i>Artikkelenes deltakere</i> .....	22
5.1.4	<i>Perspektiv</i> .....	23
5.1.5	<i>Forskerens bakgrunn</i> .....	23
5.1.6	<i>Land, arena og årstall for artiklene</i> .....	24
5.1.7	<i>Etikk</i> .....	24
5.2	<b>RESULTATDISKUSJON</b> .....	26
5.2.1	<i>Sykepleieres erfaring med bruk av kartleggingsverktøy</i> .....	26
5.2.2	<i>Kunnskap om smertelindring</i> .....	28
5.2.2.1	<b>Faglig kunnskap</b> .....	28
5.2.2.2	<b>Kjennskap til pasienten</b> .....	30
5.2.3	<i>Tverrfaglig samarbeid</i> .....	31
5.2.3.1	<b>Godt samarbeid på arbeidsplassen</b> .....	31
5.2.3.2	<b>Samarbeid med tilsynslege</b> .....	32
5.2.3.3	<b>Pårørende som ressurs</b> .....	32
6.1	<b>ANVENDELSE TIL PRAKSIS</b> .....	33
6.1.1	<i>Kartleggingsverktøy</i> .....	34
6.1.2	<i>Kunnskap om smertelindring</i> .....	34
6.1.3	<i>Tverrfaglig samarbeid</i> .....	34
7.	<b>REFERANSELISTE</b> .....	36
8.	<b>VEDLEGG</b> .....	39

## 1.INNLEDNING

Eldre mennesker i Norge har bedre helse enn tidligere, noe som fører til at de lever lengre. Flere eldre betyr at antallet med demens vil øke betydelig de neste 10-årene. I overkant av 80% av pasienter med langtids plass på sykehjem har en demenssykdom, og 40 % av dem over 70 år med hjemmetjenester, har demens (Helsedirektoratet, 2019).

Ved demensdiagnosen kommer også utfordringer. Dette kan blant annet være pasientens evne til å uttrykke smerte verbalt. Det er påvist at pasienter med nedsatt verbal funksjon har rapportert lavere forekomst av smerte, sammenlignet med pasienter som kan gi uttrykk for smerte selv (Torvik et al, 2014 s. 391). Likevel er det, ved hjelp av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy, funnet høy forekomst av smerter hos pasienter som ikke kan uttrykke smerte selv (Torvik et al, 2014 s. 391). Ettersom pasienter med langtkommen demens ikke alltid klare å uttrykke smerten sin verbalt, er det avgjørende at sykepleier og annet helsepersonell fanger opp smerten. Dette kan gjøres ved å tolke observasjoner de foretar seg overfor pasienten, og deretter systematisk kartlegge smertene (Torvik et al, 2014, s. 397-398).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er to sykepleierstudenter som begge har erfaring med å arbeide med eldre med langtkommen demens både fra sykehus, hjemmetjenesten og sykehjem. I dag arbeider vi på sykehus og sykehjem, og synes dette er en interessant og spennende pasientgruppe. Dette er også en pasientgruppe vi som snart ferdigutdannede sykepleiere i stor grad vil møte på i arbeidslivet.

Etter å ha delt felles opplevelser fra vårt arbeid med pasienter med demens, ble vi enige om at vi synes det er utfordrende å tolke smertesignal hos denne pasientgruppen. I praksis har vi sjeldent erfart at endret atferds hos pasienter med demens kobles til smerte. Vi opplever at endret atferd hos denne pasientgruppen ofte assosieres med demenssykdommen, eller at pasienten bare er "uroelig". Vi ønsker derfor mer kunnskap om dette temaet.

## 1.2 Problemformulering

Vi ønsker som nyutdannede sykepleiere å ha tilstrekkelig kunnskap om hvordan vi kan kartlegge smerte hos pasienter med langtkommen demens. Dette er relevant for vår utdanning da denne pasientgruppen er svært utbredt, og er en gruppe vi vil møte på i stor grad uavhengig av hvor vi jobber. Vi har erfart at vi som sykepleiere vil få en viktig rolle med å lindre og kartlegge smerte hos pasienter. Dette omfatter også pasienter som ikke kan uttrykke smerte selv.

Det er avgjørende at sykepleier kan skille mellom symptomer forårsaket av sykdommen, og symptomer relatert til smerter. Ny og oppdatert kunnskap om temaet vil kunne bidra til at sykepleiere enklere kan observere, kartlegge og behandle smerte hos pasientene med demens. Dette kan gjøre sykepleiere mer observante på kartlegging av smerte hos pasientene, noe som kan føre til bedre smertelindring og en bedre kvalitet på helsehjelpen.

Vi har valgt å fokusere på pasienter med langtkommen demens, da denne pasientgruppen har sterkt nedsatt kognitiv funksjon, og det kan være problematisk å skille demenssymptomer og smertesymptomer. For å kunne svare på problemstillingen har vi brukt artikler med både pasientperspektiv og sykepleieperspektiv. Vi har formulert problemstillingen slik: "Hvordan kan sykepleier kartlegge smerte hos pasienter med langtkommen demens?"

## 1.3 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan kartlegge smerte hos pasienter med langtkommen demens.

## 1.4 Begrepsavklaringer

Demens: Demens er en fellesbetegnelse for hjernesykdommer som fører til kognitiv svikt, og lidelsen arter seg i ulike grader (Skovdahl et al, 2014, s. 411). Når vi snakker om langtkommen demens i denne oppgaven, refererer vi til pasienter med demens som er sterkt pleietrengende, og som ikke klarer å formidle smerte selv.

## 2. TEORI

### 2.1 Demens

Demens er ikke en enkeltsykdom, men et syndrom som følge av ulike sykdommer eller skader på hjernen (Helsedirektoratet, 2019). Det finnes ulike former for demens, og symptomene vil avhenge av type demens, og hvor langt pasienten er kommet i sykdomsforløpet. Demens kjennetegnes ved at de kognitive evnene gradvis reduseres, noe som kan medføre at personen blir helt avhengig av hjelp fra andre for å klare seg i hverdagen. Sykdommen gir redusert hukommelse og svekket evne til læring. Dette kan påvirke evnen til planlegging, manglende evne til å tolke og forstå sanseinntrykk, og føre til handlingssvikt. Pasienten kan også oppleve vanskeligheter med å orientere seg for tid og sted (Skovdahl et al, 2014, s. 412-418).

### 2.2 Smerte

Smerte kan defineres som “en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse” (Danielsen et al, 2016, s. 383). Smerter kan forklares til andre, men bare den som selv har smerten, kan forstå hvordan den utspiller seg (Danielsen et al, 2016, s. 382).

En viktig sykepleieroppgave er å observere pasientens subjektive og kroppslige opplevelse av smerte for å utføre faglig forsvarlig sykepleie i henhold til forsvarlighetskravet hol §4: *Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig* (Helsepersonelloven, 1999, §4). Smerte er en individuell opplevelse, og skal alltid tas på alvor av andre rundt (Nortvedt et al, 2016, s. 173-174).

Noen årsaker til smerte kan være lettere å observere enn andre, deriblant synlige skader. Smerte kan gi utslag som høy puls eller stress, men dersom pasienten har kroniske smerter, kan det gi ingen eller få observerbare tegn. Pasienten er derfor avhengig av å bli sett fra sykepleieren (Danielsen et al, . 2016, s. 383).

### 2.2.1 Sykepleierfaglige utfordringer relatert til smertekartlegging

En sentral sykepleiefunksjon er å administrere smertestillende medikamenter til pasientene. Dette forutsetter at sykepleieren har kunnskap om datainnsamling, klinisk observasjon av smerte, kartlegging og vurdering, administrering av medikamentelle og ikke- medikamentelle tiltak, og evaluering av tiltakene (Danielsen et al, 2016, s. 382).

Dersom pasienten ikke viser synlige tegn på smerter, kan det være vanskelig for sykepleieren å vite om pasienten er smertepåvirket. Det er da viktig at sykepleier bemerker seg endringer i pasientens atferd, i tillegg til å observere og fange opp hvordan akkurat den pasienten gir uttrykk for smerte (Danielsen et al , 2016, s. 385).

Sykepleiere må ha et helhetlig menneskesyn som grunnlag for kartleggingen av smerte og iverksetting av smertelindrende tiltak (Torvik et al, 2014, s. 390). Det kommer frem i tidligere studier at sykepleiere sjeldent tar i bruk systematiske vurderingsskjemaer eller skalaer for å vurdere pasientens smerter (Rostad et al , 2019; Lillekroken et al, 2013). Dette kan gjøre tilstrekkelig smertebehandling utfordrende. Noen sykepleiere begrunner dette med at de er redde for at den individuelle omsorgen blir borte dersom kartleggingsverktøy tas i bruk (Danielsen et al, 2016, s. 385).

### 2.2.2 Grunnlaget for smertelindring.

Et viktig utgangspunkt for god smertelindring er den gjensidige tilliten mellom pasient og sykepleier. En god sykepleier skal ha tillit til pasientens smerteopplevelse, samtidig som pasienten må ha tillit til den hjelpen og smertelindringen som blir mottatt av sykepleieren. Sykepleieren må kunne mestre å kartlegge pasientens smerter, og trenger da informasjon om smertenes intensitet, lokalisasjon, kvalitet, variasjon og varighet. Fysiologisk tegn på smerter kan være forhøyet blodtrykk, rask puls, raskere respirasjonsfrekvens, utvidede pupiller og svetting. Atferdsmessige reaksjoner kan være pasientens eget fokus på smerter, gråt, muskelspenninger, rynker i pannen eller grimaser (Danielsen et al , 2016, s. 388-389).

Konsekvenser av uoppdaget smerte hos pasienter, eller behandling som ikke er tilstrekkelig, kan medføre alvorlige konsekvenser for pasienten. Det kan resultere i redusert livskvalitet, sengeleiets komplikasjoner, som for eksempel trykksår, lungebetennelse eller blodpropp, og at pasienten fungerer dårligere i hverdagen (Torvik et al, 2014, s. 392).



Systematisk kartlegging av smerte ved hjelp av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy er nyttig for å identifisere smerte hos pasienter som ikke kan uttrykke sin smerte verbalt. I tillegg må smerte kartlegges både i hvile og under mobilisering. Det er viktig at helsepersonell tar i bruk sin kliniske erfaring og kjennskap til pasienten. Dette begrunnes med at ulik atferd kan ha ulik betydning hos den enkelte pasient (Torvik, 2014, s. 397).

Kartlegging og behandling av smerter hos eldre med demens er kompleks. Det er derfor viktig med et tverrfaglig team som samarbeider tett med pasient og pårørende for at pasienten skal få tilstrekkelig smertelindring (Torvik et al, 2014, s. 393).

### 2.3 Smertekartleggingsverktøy

Det er viktig å poengtere at disse smertekartleggings skjemaene kun måler tilstedeværelsen av smerte, og ikke smerteintensiteten (Torvik et al, 2014, s. 398).

#### 2.3.1 *Doloplus-2*:

Doloplus-2 er et skjema som brukes for å kartlegge kroniske smerter hos eldre pasienter med språk. Skjemaet er testet på pasienter med demenssykdom, og resultatet har vist at doloplus-2 er et nyttig hjelpemiddel (Torvik et al, 2014, s. 398). Skjemaet tar for seg forhold som er anbefalt av American Geriatrics Society (AGS) som er lagt til som vedlegg 2.

#### 2.3.2. *Mobid-2*:

Mobid-2 er et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy utviklet av norske forskere. Smertekartleggingen er basert på observasjon under mobilisering av pasienten. Kartleggingen deles opp i to deler. Mobid-2 smerteskala fanger opp de observasjonene pleierne gjør av smertereaksjoner hos sine pasienter under stell (Torvik et al, 2014, s. 398).

Ut fra del 1 fanger verktøyet opp smerter fra muskler, ledd og skjelett. Pleierne mobiliserer pasienten under utførelse av forskjellige bevegelser, for eksempel når pasienten setter seg opp på sengekanten. Dersom pleieren mistenker smerte, skal mobiliseringen avsluttes. Pleieren observerer lyder som stønning, «au» og diverse lyder som kan gi antydning til smerte, og krysser av på skjemaet (Sandvik et al, 2011, s. 64).

I del 2 skal pleieren være oppmerksom på pasientens atferd, som kan være relatert til smerte fra indre organer, hode og hud. Her observerer i tillegg pleierne synlige observasjoner som sår og infeksjoner (Sandvik et al, 2011, s. 64). Mobid-2 skala er lagt til som vedlegg 3.

## 2.4 Personsentrert omsorg

Begrepet “personsentrert omsorg” ble først innført av sosialpsykologen Tom Kitwood. Hensikten med begrepet er å bevare personvernet hos pasienter med demens. Begrepet innebærer den verdien eller statusen som gis ett menneske (Rummelhoff et al., 2016, s. 42). Trøst, identitet, tilhørighet, inkludering, og meningsfulle aktiviteter er eksempler på grunnleggende psykiske behov hos alle mennesker. Det kan være utfordrende å utføre personsentrert omsorg til personer med demens. Dette begrunnes med at pasienter med denne sykdommen kan ha utfordringer med å uttrykke egne ønsker og behov (Tretteteig, 2016, s. 232-233).

Personsentrert omsorg sees på som et ideal i demensomsorgen. For å utføre en personsentrert omsorg mener Kitwood det er viktig at sykepleieren har kjennskap til pasienten. Kjennskap til pasienten vil kunne bidra til at sykepleieren kan utføre individuell hjelp tilpasset den enkelte pasientens behov. Dette kan bidra til at pasienten kan leve et liv i tråd med egne verdier, vaner og preferanser. Personsentrert omsorg innebærer å se hele mennesket, ikke bare diagnosen eller den kognitive svikten (Rummelhoff et al , 2016, s. 43).

For å enklere kunne implementere begrepet inn i norske sykehjem har norsk kompetansetjeneste for aldring og helse utarbeidet “vips- modellen”, som står for:

*“V: Ett verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon*

*I: En individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske*

*P: Evnen til å forstå verden, sett fra personens perspektiv*

*S: Etablering av ett støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov”*

(Rummelhoff et al, 2016, s. 43).

Vips kan gjennomføres som ett møte hvor primærkontakt eller en annen pleier med god kjennskap til pasienten legger frem en situasjon som skal diskuteres. Dette kan for eksempel

være dersom pasienten viser utfordrende atferd. Ved bruk av vips-modell skal det resterende personalet systematisk utforme løsninger basert på pasientens tidligere interesser, vaner og erfaringer. Dette kan være dersom pasienten tidligere var glad i å høre på musikk, så kan musikk være et virkemiddel for å berolige pasienten. Musikken brukes dermed som ett verktøy i behandlingen av pasienten. Dette skal dokumenteres i pasientens journal, og så evalueres i et senere møte (Rummelhoff et al, 2016, s. 44).

Demensplanen 2020 har et punkt som har fokus på at pasienten skal bli sett på som den er, og er derfor med på å understøtte teorien til Kitwood. I demensplanen står det:

*“Demens svekker på sikt den enkeltes mulighet til å hevde sine egne behov og interesser. Det gjør den enkelte sårbar, og krever at samfunnet har gode systemer for å ivareta og beskytte den enkeltes rettigheter. Personer med demens har de samme grunnleggende rettighetene som alle andre” (Demensplanen, 2020, s. 18).*

Demensplanen beskriver blant annet personsentrert omsorg som å legge vekt på kjennskap til personens livshistorie og hjelpe personen til å holde fast på sin identitet (Demensplanen, 2020, s. 18).

### **3. METODE**

#### **3.1 Hva er metode?**

Metode kan beskrives som det redskapet vi bruker i møte med noe vi vil undersøke. Metoden vi bruker skal hjelpe oss med å samle inn den informasjonen vi trenger til oppgaven, altså dataen vi skal bruke. Det skilles mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode gir oss data i form av målbare enheter, mens kvalitativ metode gir oss mulighet til å fange opp data som ikke lar seg tallfeste. Kvalitativ metode kjennetegnes av at den gir oss en mer helhetlig form for, og en dypere forståelse av dataen (Dalland, 2017, s. 51-52).

#### **3.2 Valg av metode**

Vi skal i denne oppgaven benytte oss av en integrativ litteraturoversikt. Denne metoden baserer seg på å foreta en datareduksjon, danne oversikt og utføre sammenligninger og trekke konklusjoner (Friberg, 2017, s. 150). Vi har benyttet oss av metodetriangulering, som er når det brukes to eller flere metoder/perspektiver for å undersøke et tema. I vårt tilfelle bruker vi

en blanding mellom to kvalitative og tre kvantitative artikler til å svare på vår problemstilling (Friberg, 2017, s. 155). Dette medfører at vi får dybdeforståelse i to artikler, som betyr at vi får tanker og meninger fra informantene, samtidig som vi får informasjon fra et større spekter av informanter i de kvantitative artiklene. Vi har valgt å bruke metodeprosessen som er beskrevet i Fribergs bok «Dags for uppsats» (Friberg, 2017, s. 38).

### *3.2.1 Praktisk gjennomføring*

Vi søkte etter artikler i perioden 08.03.21- 26.03.21. Før vi startet søket, ble vi enige om hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier vi skulle bruke. Avgrensning er viktig for å finne artikler som i størst grad er relevante for vår utvalgte problemstilling, og for å sortere bort artikler utenfor vårt interessefelt (Friberg, 2017, s. 77).

Inklusjonskriteriene vi har brukt i oppgaven er at artiklene skal være vitenskapelige- og fagfelleverderte, noe som gjør at vi anser dem som troverdige. Eksklusjonskriteriene er at artiklene ikke skulle være eldre enn ti år. Dette begrunnes med at vi ikke ønsket utdatert og gammel forskning som ikke lengre var relevant. Vi hadde også et krav om at artiklene skulle være originale og ikke review artikler, dette begrunnes med at originale artikler publiserer forskning for første gang, og er ikke en gjennomgang av tidligere studier (Lerdal, 2012, s. 3).

Vi bestemte oss i utgangspunktet for å avgrense søket til artikler med sykepleieperspektiv, da vi ønsket sykepleiernes erfaringer om smertelindring. I søkeprosessen fant vi likevel noen gode artikler med pasientperspektiv som vi mente var relevante for vår problemstilling, og valgte derfor å inkludere disse. Vi mener at dette har hjulpet oss med å studere samme tema fra to forskjellige vinkler.

Vi valgte å kun lese gjennom artikler fra Europa og den vestlige verden. Dette for at artiklene skulle være mest mulig overførbart til det norske helsevesenet, og at behandlingen skal være tilnærmet lik den vi gir i Norge.

Vi har brukt to databaser i søket etter artikler. Databasene vi har brukt er Pubmed og svemed+, men vi har også inkludert to fagartikler fra sykepleien.no (Sandviken et al, 2011: Rummelhoff et al, 2016) og tatt i bruk demensboka (Tretteteig et al, 2016). Vi valgte å søke i disse databasene da vi hadde gode erfaringer med disse fra tidligere oppgaver, i tillegg til at vi synes de var enkle å forholde seg til, og vi opplever dem som pålitelige. Vi har også fått anbefalt disse fra universitetet.

For å finne relevante forskningsartikler var det nødvendig å avgrense søket ved bruk av relevante søkekombinasjoner. Søkeordene vi brukte var “older, knowledge, nurse, dementia, pain, measurement, mobid-2”. I vedlegg 7 har vi laget en tabell som viser hvilke søkekombinasjoner vi brukte for å finne våre artikler, samtidig som det kommer frem i tabellen hvilke søkekombinasjoner som ikke gav oss noen treff.

Artikkel 4 fant vi ved å søke konkret på “mobid-2”. Dette skyldes at vi hadde lest om dette smertekartleggingsverktøyet i geriatrikisk sykepleie (Torvik, 2014, s. 398), i tillegg til at en av oss har erfaring med dette. Vi ønsket derfor å finne en artikkel som handlet om dette smertekartleggingsverktøyet. Vi fikk 14 treff på dette søket, og tok i bruk en artikkel av Husebø et al (2014).

Når vi søkte på “pain, nurse, knowledge” på pubmed fikk vi opp 2466 treff. Dette ble for vidt og vi måtte derfor avgrense søket vårt mer. Når vi ser tilbake på vår søkehistorikk ser vi at vi ikke har benyttet oss av bindeord som “or” og “and”. Vi har heller benyttet oss av komma. Dersom vi skal skrive en større oppgave senere, vil vi benytte oss av flere bindeord for å få mer konkrete søk.

Artikkel 3 fant vi ikke gjennom bruk av søkekombinasjoner, men gjennom et sekundærsøk. Dette var artikkelen til Jenssen et al (2013). Vi kom tilfeldigvis over denne når vi leste en artikkel om geriatrikisk sykepleie på norsk sykepleierforbund sin nettside (Jenssen et al, 2013, s. 26). Vi synes denne artikkelen var relevant og valgte derfor å inkludere den med i oppgaven.

Vi satt til slutt igjen med fem artikler som vi mente kunne besvare vår problemstilling. Vi har presentert artiklene i en forkortet utgave i tabell 1. Vi opplever artiklene som troverdige da oppfyller de inklusjons- og eksklusjonskriteriene vi hadde satt., og i tillegg er fagfellevurdert.

### *3.2.3 Analyserte artikler:*

Gjennom analysearbeidet ble vi inspirert av Friberg. Han beskriver analysearbeid som at det dannes en “ny helhet” ut av resultater fra ulike artikler (Friberg, 2017, s. 150). Dette gjenspeiles i analysearbeidet der vi har trukket ut det viktigste for vår problemstilling fra artiklene, som vi videre har analysert og satt sammen til vår egen oppgave. Vi startet analysearbeidet med å lese artiklene grundig for å vurdere artiklenes relevans i henhold til oppgaven. Vi tok i bruk en oversiktstabell presentert i vedlegg 1 for å systematisere funnene

vi fant. Ved å bruke denne tabellen ble det enklere for oss å sammenligne forskjeller og ulikheter innad de forskjellige artiklene, samtidig som vi fikk en bedre oversikt over blant annet metodebruken og resultatet til de ulike artiklene.

Vi foretok en datareduksjon, som vil si at vi kun beholdt resultater som var relevante for vår problemstilling som vi videre skulle analysere og knytte opp mot teori. Informasjon som ikke var relevant for vår oppgave ble fjernet. Vi endte opp med resultater som vi har kategorisert inn i 3 hovedkategorier og 5 underkategorier, presentert i tabell 2. Disse resultatene ble brukt for å danne en ny helhet i vår oppgave. Vi har også satt inn tabell 1 som en oversikt, men tabell 1 består ikke av resultat eller konklusjon.

**Tabell 1**

	<b>Tittel, forfattere, årstall</b>	<b>Tema</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Perspektiv</b>	<b>Metode</b>	<b>Database</b>
Artikkel 1	Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. Rostad, M, H., Grov, K, E., Utne, I. & Halvorsund L. 2019	Smertelindring hos personer med demens.	Undersøke kjennetegn på smerter hos personer med langtkommen demens på sykehjem.	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode	svemed +
Artikkel 2	Smertekartlegging og smertelindring hos personer med demens: utfordringer og dilemmaer Lillekroken, D. & Slettebø, Å. 2013	Kjennetegn på smerte hos personer med demens	Undersøke sykepleieres erfaringer med smertekartlegging og smertelindring hos personer med demens	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ metode	svemed +

Artikkel 3	Smertebehandling til personer med langtkommen demens Jenssen,G-M., Tingvoll, W-A. 1 & Lorem, G-F. 2013	Sykepleieres erfaring med smertelindring til pasienter med demens	Sette fokus på sykepleierens erfaringer og utfordringer relatert til smertelindring hos pasienter med langtkommen demens	Sykepleierperspektiv	Kvalitativ metode	Sekundærsøk
Artikkel 4	The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia Husebø, B.S, Ostelo R & Strand L. I 2014	Kartlegge smerte ved mobid 2 skala	Hensikten med studien er å undersøke egenskapene til MOBID-2 smerteskala og kartlegge skalaens gyldigheten.	Pasientperspektiv	Kvantitativ metode	Pubmed
Artikkel 5	Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinic Husebø B, Ballard C, Sandvik R, Nilsen O, B, Aarsland Dal trial. 2011	Undersøke sammenheng mellom agitasjon og aggresjon og smerte	Undersøke om en systematisk bruk av smertestillende kan bidra til å redusere agitasjon hos pasienter med demens på sykehjem.	Pasientperspektiv	Kvalitativ metode	Pubmed

## 4. PRESENTASJON AV RESULTAT

**Tabell 1**

Hovedkategori	Underkategori
Sykepleieres erfaring med bruk av kartleggingsverktøy	
Kunnskap om smertelindring	Faglig kunnskap Kjennskap til pasienten
Tverrfaglig samarbeid	Godt samarbeid på arbeidsplassen Samarbeid med tilsynslegen Samarbeid med pårørende

### 4. 1 Sykepleieres erfaring med bruk av kartleggingsverktøy

I artikkelen til Lillekroken et al (2013) kommer det frem at informantene sjeldent tok i bruk smertekartleggingsverktøy i forbindelse med kartlegging av smerter hos pasienter med nedsatt verbal funksjon. Dette begrunnes med at kartleggingsverktøyene ikke er tilrettelagt pasienter som ikke kan svare adekvat på spørsmålene de stiller (Lillekroken et al, 2013, s. 30). En av sykepleierne forteller at *“Vi har nok ikke noe slikt verktøy som vi bruker her på post i utgangspunktet. Det kan godt hende at legene har noe, som de bruker når de går og snakker med pasienten, men ikke vi sykepleiere...som tar frem helt naturlig og bruker. Det gjør vi ikke...”* (Lillekroken et al 2013, s. 30). Likevel ønsket flertallet av sykepleierne noe konkret å forholde seg til i slike situasjoner (Lillekroken et al, 2013, s. 30).

Rostad et al (2019) diskuterer i sin artikkel at smerte alltid er en subjektiv opplevelse. På bakgrunn av dette er det viktig å erkjenne at bruk av kartleggingsverktøy kan føre til feilaktig



fremstilling av pasientens smerter. Dette begrunnes med at bruk av smertekartleggingsverktøy ikke baserer seg på pasientens egne utsagn, men på observasjon og tolkning av pasientens atferd (Rostad et al, 2019 s. 12)

Videre viser artikkelen til Rostad et al (2019) en forskjell mellom smertegruppen og ikke-smertegruppen hos pasienter med langtkommen demens, med tanke på kliniske og demografiske variabler. I vedlegg 6 vises det at smertene var størst hos pasientene med dårligst livskvalitet, mest nevropsykiatriske symptomer, og som var mest pleietrengende. Det ble ikke gjort noe funn i sammenheng mellom smerte, alder, kjønn eller somatisk helse. Depressive symptomer var også mer fremtredende i smertegruppen (Rostad et al, 2019, s. 8-9).

I studien til Husebø et al (2014) ble Mobid-2 skjema brukt for å kartlegge smerter. Her skulle sykepleieren, helst primærkontakt eller en annen som kjente pasienten godt, observere og kartlegge smerter hos pasientene med langtkommen demens. Dette ble gjort i forbindelse med bevegelse og mobilisering, ofte ved morgenstell (Husebø et al, 2014, s. 1422).

Gjennom mobid-verktøyet ble det kartlagt at 62 % av beboerne hadde smerter, og pasientene ble kartlagt til å ha de største smertene i forbindelse med forflytning. Derfor vil det å kunne gi medisin i forkant av for eksempel stell være gunstig. Det ble oppdaget at pasientenes smerte i størst grad var lokalisert til muskelsystemet, da spesielt fra bekkenet. Smerter i kjønnsorgan var også vanlig. Smerter fra indre organer og hode var mindre vanlig (Husebø et al, 2014, s. 1426). Bruk av skjemaet førte til en generell nedgang i smerte hos pasientene (Husebø et al, 2014, s. 1424-1426).

I artikkelen til Rostad et al (2019) ble doloplus-2 skala, presentert som vedlegg 5, benyttet for å avdekke smerte. Det ble kartlagt at to av tre pasienter hadde smerte. En av tre av disse fikk ikke smertestillende på fast basis. De kan likevel ha fått smertestillende ved behov, eller blitt smertelindret gjennom ikke- medikamentelle tiltak. To av tre av pasientene som ble vurdert til å ha smerte, fikk smertestillende på fast basis.

I to av våre artikler ble "Prøve seg frem" metoden tatt i bruk (Jenssen et al, 2013; Lillekroken et al 2013). I studien til Jenssen et al (2013) kunne pasientene bli satt på fast smertestillende i frykt for at pasientens behov for smertelindring skulle bli oversett. Den ene sykepleieren uttrykte seg slik: *"Vi spekulerer ikke i smerte... Da prøver vi ...og det er klart at å måle effekten av behandlingen er ikke så enkelt"* (Jenssen et al, 2013, s. 29). Likevel var det noen

ganger blitt gitt mer smertestillende enn nødvendig på bakgrunn av usikkerhet rundt pasientens smerte. Denne usikkerheten kunne også, ifølge informantene, være et resultat av mangelfull utredning av pasientenes behov for smertelindring (Jenssen et al, 2013, s. 29).

Et kriterium for å vurdere effekten av smertestillende var ved å observere endringer i pasientens atferd, som for eksempel at pasienten ble roligere etter inntak av smertestillende. Det var også viktig å dokumentere hvor ofte pasienten hadde behov for smertestillende, hvilken type smertestillende og hvor mye pasienten trengte (Lillekroken et al, 2013, s. 31).

## 4. 2 Kunnskap om smertelindring

### 4. 2. 1 Faglig kunnskap

Informantene i studien til Jenssen et al (2013) vektla faglig kunnskap som en viktig forutsetning for å gjøre gode vurderinger av pasientenes tilstand. Deltakerne mente at generell kunnskap om sykdommer, medisiner og gode kunnskaper om demens og utviklingen av sykdommen var en forutsetning for å forstå pasientenes signaler (Jensen et al, 2013, s. 30).

Ett av funnene i studien til Rostad et al (2019) var at det er lite forskning på hva som kjennetegner smerte hos pasienter med langtkommen demens. Det er derfor nødvendig med ny kunnskap på hva som kjennetegner smerte hos denne pasientgruppen for å få et helhetlig sykdomsbilde av pasienten (Rostad et al, 2019, s. 2).

Selv om deltakerne i studien til Lillekroken et al (2013) sjelden benyttet seg av kartleggingsverktøy, ønsket de seg felles retningslinjer og rutiner på hvordan de skulle kartlegge smerte hos pasientene med demens. Dette innebar mer undervisning om demenssykdommen, i tillegg til mer kunnskap om hvordan pasienten uttrykker smerte og hva som er god smertelindring (Lillekroken et al, 2013, s. 31).

Agitasjon og aggresjon er vanlige atferdsmessige symptomer hos pasienter med demens, og antipsykotika er ofte førstevalget for å dempe disse symptomene. Aggresjon hos pasienter med demens kan skyldes smerte. (Husebø et al, 2011, s. 1). Gjennom undersøkelsen til Husebø et al (2011) ble det beskrevet at økt bruk av smertestillende førte til redusert bruk av unødvendig antipsykotika (Husebø et al, 2011, s.1).

Bruk av mobid skjema og en gradvis økning i smertestillende førte til nedgang i agitasjon og aggresjon hos pasientene i studien til Husebø et al (2014). Spesielt den verbale agitasjonen, som kunne vise seg gjennom klaging og ett negativt språkbruk ble redusert ved økt bruk av smertestillende. Det ble derfor konkludert med at agitasjon kunne være tegn på smerte (Husebø et al, 2014, s.1426). Symptomer sykepleieren må vurdere som tegn på smerte er vandring, aggressiv atferd, gråt, og en brå atferd (Lillekroken et al, 2013, s. 32).

#### *4. 2. 2 Kjennskap til pasienten*

Sykepleierne i studien til Jensen et al (2013) pekte på ett uklart sykdomsbilde hos pasienten som utfordring i smertekartleggingen. Det var utfordrende når pasienten hadde vage symptomer, og selv ikke kunne gi uttrykk for smertene verbalt. Artikkelen beskriver også at grunnlaget for å identifisere smerter hos personer med demens, ligger i den daglige pleien, nærheten og kjennskapet til pasienten (Jensen et al, 2013, s. 33)

I studien til Husebø (2014) ble det lagt vekt på at det var primærkontakt eller en annen sykepleier som kjente pasienten godt som skulle ha hovedansvaret for kartlegging av smertemønsteret til pasienten (Husebø et al, 2014, s. 2). Pasienter som ikke kan uttrykke sin smerte verbalt er en ekstra sårbar gruppe. Smerte er også mindre rapportert i journaler til pasienter uten verbalt språk- kontra pasienter som kan uttrykke sin smerte verbalt. (Jensen et al, 2013 s. 33).

### 4.3 Tverrfaglig samarbeid

#### *4.3.1 Samarbeid på arbeidsplass*

Et godt tverrfaglig samarbeid er avgjørende for god smertelindring av pasienten. I studien til Jenssen et al (2013) fremheves god kommunikasjon og et godt samarbeid innad i personalgruppen, med tilsynslegen og med pårørende, som nødvendig for å ivareta pasientens behov for smertelindring (Jenssen et al, 2013, s. 30).

Studien understreker viktigheten av at ledelsen på avdelingen tar ansvar i å gi ansatte kompetansebygging og opplæring av hvordan smerte hos denne pasientgruppen kan kartlegges (Jenssen et al, 2013 s. 33).

### *4.3.2 Samarbeid med tilsynslege*

Informantene med et godt samarbeid med tilsynslegen, mente at det førte til bedre forståelse av hverandres faglige synspunkter, noe som gjorde at sykepleierens observasjoner og forslag til tiltak ble hørt. Dette resulterte i bedre smertelindring av pasientene. Andre informanter ga uttrykk for at de ikke alltid fikk aksept for sine smertevurderinger da tillitten mellom lege og sykepleier ikke var god nok. Dette kunne resultere i dårligere smertebehandling (Jenssen et al 2013, s. 30).

### *4.3.3 Samarbeid med pårørende*

I artikkelen til Jensen et al (2013) ble pårørende trukket frem som en viktig ressurs dersom det oppsto vanskeligheter med å vurdere pasientens behov for smertelindring. Dette begrunnes med at pårørende kjenner pasienten best (Jenssen et al, 2013, s. 30). Funn i artikkelen til Lillekroken et al (2013) viser likevel at samarbeid med pårørende kan føre til utfordringer dersom pårørende har sterke ønsker eller meninger som ikke samsvarer med pasientens ønsker. Sykepleierne kunne da oppleve at pasientenes autonomi ble fratatt (Lillekroken et al, 2013, s. 31)

## **5. DISKUSJON**

### **5.1 Metodediskusjon**

I dette kapittelet skal vi diskutere og drøfte fordeler og ulemper med metoden vi har brukt. Dette innebærer å se kritisk på metoden vi har brukt, artiklene vi har benyttet oss av, og forfatterne i artiklene. Vi har også valgt å se på de etiske aspektene i artiklene.

#### *5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode*

Integrativ litteraturoversikt som metode innebærer at benytter oss av allerede eksisterende studier til å svare på vår problemstilling. En fordel ved denne metoden er at vi kan ta i bruk flere kilder som gir bredere kunnskap og bedre forutsetning for å svare på problemstillingen. Det kan være fordel at vi selv velger ut artikler og andre kilder som er med på å svare på oppgaven, samtidig kan dette være en ulempe.

Ved at det er vi selv som velger ut artiklene, kan vi ubevisst velge artikler og teori som er med på å forme resultatet slik vi selv ønsker. For å unngå dette, har vi stilt oss kritiske til valg av artikler og teori, og vi har lest artiklene uten forhåndsantakelser om hva vi spesifikt ønsker å finne.

Vi leste gjennom flere artikler før vi bestemte oss for å analysere fem av dem. Prosessen med å lese artikler har vært tidkrevende da vi har lest artikler med høyt fagspråk. I tillegg er to av våre artikler er på engelsk. Det å forholde seg til engelske artikler har vært utfordrende da ingen av oss har engelsk som morsmål, og dette kan ha ført til at vi har oversett viktige detaljer i artiklene. Likevel mener vi at vi har brukt god tid på å analysere artiklene, slik at vi har fått med oss de viktigste essensene i dem.

Det å forholde seg til fem artikler har vært en overkommelig mengde, da vi har hatt mulighet til å bruke god tid på å analysere dem. Vi har tatt i bruk artikler som både er kvalitative og kvantitative. Ved å bruke forskningsartikler med ulike vinklinger har vi fått ulike syn som kan svare på samme problemstilling.

Vi mener at søkeordene vi brukte bidro til at vi fant relevante og hensiktsmessige artikler for vår oppgave. Dersom vi skulle gjort avgrensningen annerledes kunne vi ha søkt i enda flere databaser for å få utvidet søket. Likevel kunne vi da endt opp med å søke i databaser som vi ikke regnet som troverdige, og dette er hovedgrunnen til at vi valgte å holde oss i disse databasene.

For å kvalitetssikre oppgaven valgte vi å benytte oss av "sjekklister" fra helsebiblioteket. Sjekklisten består av 10 spørsmål der svaralternativene er "ja", "nei" og "uklart". Ved å bruke denne sjekklisten kunne vi enklere finne ut om artiklene vi leste igjennom hadde de kvalifikasjonene vi ønsket (Helsebiblioteket, 2016). Vi leste gjennom rundt tjue artikler, men endte opp med å bruke fem av dem. Dette skyldes at noen av artiklene hadde uklare problemformulering, manglende metodedel, lite hensiktsmessig fremgangsmåte eller annet. Andre artikler fant vi ut at ikke var vitenskapelige, men vi har valgt å bruke en fagartikkel i teoridelen som tilleggsstoff (Sandviken et al, 2011).

De fem vitenskapelige artiklene vi endte opp med regner vi som troverdige og hensiktsmessige å bruke da de sammenfatter med våre inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt er med på å svare på vår problemstilling.

### *5.1.2 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode*

To av fem av våre analyserte artikler har brukt kvalitativ metode. Dette er artiklene til Lillekroken et al (2013) og Jenssen et al (2013). Artiklene er basert på et sykepleieperspektiv. Her studeres sykepleierens holdninger og erfaringer. Dette innebærer at studiene ønsker å gå i dybden og ta sikte på å fange opp mening og opplevelser fra sykepleierne (Dalland, 2017, s. 52-53). Som tidligere nevnt mener vi det er viktig å intervju sykepleiere om deres erfaring rundt kartlegging av smerte hos pasienter med demens. Det var derfor nødvendig at vi fant noen artikler som hadde brukt kvalitativ tilnærming som metode.

De resterende artiklene (Rostad et al 2019; Husebø et al 2011; Husebø et al 2014) har pasientperspektiv og er kvantitative artikler. Siden det vil være vanskelig å intervju pasienter med langtkommen demens om deres erfaringer, er det sykepleier som har hentet inn dataen. Ved bruk av kvantitativ metode blir det undersøkt i bredden og ikke i dybden slik som ved bruk av kvalitativ metode.

Fordelen med å ta i bruk både kvalitative og kvantitative artikler, med ulike perspektiv, er at vi kan se to sider av samme tema. Dette betyr at vi har belyst problemstillingen vår fra forskjellige vinklinger og dette gir oss mulighet til å se om artiklene kommer frem til omtrent samme resultat, uavhengig av metodeform.

### *5.1.3 Artiklenes deltakere*

Artiklene til Jensen et al (2013) og Lillekroken et al (2013) benyttet seg av sykepleieperspektiv. I artikkelen til Lillekroken et al (2013) ble 18 sykepleiere med 3-35 års erfaring fra geriatrien inkludert. Informantene varierte fra 21- 61 år, og ingen av dem hadde videreutdanning i geriatri. I artikkelen til Jensen et al (2013) var fem sykepleiere intervjuet, hvor alle hadde enten videreutdanning eller kurs innen geriatri. Alderen varierte fra 28-60 år, og et av inklusjonskriteriene var å ha lang erfaring fra geriatrien.

Våre tre artikler med pasientperspektiv varierer fra 121 deltakere i artikkelen til Rostad et al (2019), til 352 deltakere i studiene til Husebø et al (2011; 2014). Disse tre studiene er alle basert på pasienter over 65 år. Det er viktig å merke seg at deltakerne i artiklene til Husebø er de samme pasientene.

#### *5.1.4 Perspektiv*

Det å benytte seg av både sykepleieperspektiv og pasientperspektiv kan ha fordeler og ulemper. Fordelen ved å benytte seg av to forskjellige perspektiver er at vi kan sammenligne sykepleierens erfaringer gjennom kvalitative metode, med sykepleierens observasjoner av pasientens smerte gjennom pasientperspektiv ved kvantitativ metodebruk.

Etter å ha sammenlignet resultatene ved bruk av forskjellig perspektiv ser vi at sykepleierens erfaringer blir støttet opp av observasjonene som er kartlagt i de kvantitative artiklene. Dette øker reliabiliteten til de kvalitative artiklene. Ulempen med pasientperspektiv i de kvantitative artiklene er at sykepleierne kan ha tolket pasientens signaler feil og dermed kan ha bidratt med misvisende data som kan ha vært med å påvirke resultatene i vår oppgave.

#### *5.1.5 Forskerens bakgrunn*

Samtlige av forfatterne i våre artikler har helsefaglig bakgrunn. Dette mener vi bidrar til å styrke troverdigheten, og kan være med å kvalitetssikre oppgaven. Dette mener vi er viktig da det kan bety at de har egne erfaringer da de selv har vært ute i feltet.

Vi har brukt en fagartikkel, som ikke er en av de analyserte artiklene, og to vitenskapelige artikler av Husebø (Sandvik et al, 2011; Husebø et al, 2011; Husebø et al, 2014) i denne oppgaven. Vi vil også trekke frem at Husebø et al (2014) artikkelen bruker Husebø et al (2011) som kilde i sin artikkel.

Årsaken til at vi endte opp med å bruke flere artikler av Husebø skyldes at vi ikke fant mye relevant stoff om dette temaet, i tillegg til at vi bemerket oss at navnet hennes gikk igjen når vi søkte etter artikler. Vi søkte derfor opp hennes bakgrunn, og fant ut at hun er anerkjent

professor og har høy kompetanse innen demens, etikk og symptomkartlegging, noe vi mener er relevant til vårt tema (UIB, 2021). Vi har på bakgrunn av dette dannet oss en tillit til Husebø. Likevel er det viktig å understreke at dette kan være en ulempe, da hennes arbeid kan være med på å vinkle oppgaven vår gjennom hennes synspunkter.

#### *5.1.6 Land, arena og årstall for artiklene*

Vi ønsket at artiklene vi brukte skulle være mest mulig relevant og nært vårt fremtidige arbeidsforhold i Norge, og valgte derfor fem artikler som alle baserer seg på studier i Norge. Vi må imidlertid være oppmerksomme på at vi ved å ha valgt forskningsartikler fra samme land kan ha utelukket andre dyktige forskningsmiljø rundt om i verden som også er relevant for dette fagområdet.

Studien til Lillekroken et al (2013) er basert på intervju av sykepleiere fra geriatriske avdelinger fra to sykehus, og fra et sykehjem. Resten av våre artikler er basert på forskning fra sykehjem.

Vi syntes det var noe vanskelig å finne nyere artikler som kunne svare på problemstillingen. Vi endte dermed opp med et sprang i artiklene fra 10 til 2 år gamle, men vi har valgt å ta i bruk disse da de kan hjelpe oss med å se en utvikling innen sykepleierens erfaring ved kartlegging av smerter hos pasienter med demens.

#### *5.1.7 Etikk*

Etttersom demenssykdommen utvikler seg, kan pasientene miste samtykkekompetansen (Thoen et al, 2015). Det kan derfor tenkes at de kan ha problemer med å forstå eventuelle konsekvenser av å delta i slike undersøkelser. Derfor har vi vært opptatt av at etikken skal vært ivaretatt under studiene vi har analysert. I artikkelen til Rostad (2019) ble pasientens verge informert om studien før oppstart og måtte godkjenne at pasienten var med (Rostad et al, 2019, s. 7).



Pårørende fikk også beskjed i artikkelen til Husebø et al (2014) der både pasient og deres omsorgspersoner fikk tilsendt ett skriftlig informasjonsskriv i forkant av studien, som inkluderte en beskrivelse av studien, fordeler, og mulige side- effekter med deltakelse i studien. Studien ble godkjent i den Regionale komiteen for medisinsk etikk, vest Norge (Husebø et al, 2014, s. 1420-1421).

I artikkelen til Lillekroken et al (2013) var det sykepleierne i undersøkelsen, som fikk informasjonsskriv. Her ble de informert om frivillig deltakelse, anonymisering, og muligheter for å trekke seg gjennom hele studien (Lillekroken et al, 2013, s. 30).

Informantene i artikkelen til Jenssen et al (2013) ble skriftlig informert om studien. Sykepleierne ble også informert om muligheten til å trekke seg når som helst, og det ble gjort oppmerksom på at intervjueren kan forlede pasienten til å komme med enkelte uttalelser som dem kan angre på i etterkant. Informantene ble derfor kontaktet i etterkant dersom det var tvil om noen av deres utsagn, og det ble tatt hensyn til under transkripsjonen (Jensen et al, 2013, s. 29).

I artikkelen til Husebø et al (2011) var det ikke tydelig hvor etikken var presentert. Dette bemerket vi oss da vi brukte sjekklisten (helsedirektoratet, 2015). Vi valgte likevel å ta med artikkelen da den var relevant for vår oppgave og hadde en anerkjent forsker (Husebø 2011), i tillegg til at det var begrenset med forskning som var relevant til oppgavens tema.

Manglende etiske vurderinger i en slik forskningsartikkel ser vi på som en svakhet. Dette er på bakgrunn av at selv om Husebø er en anerkjent forsker, kan vi ikke stole blindt på at etikken er ivaretatt under studien. Dersom dette hadde vært en større oppgave, hadde vi ikke tatt i bruk artikkelen til Husebø et al (2011). Det er viktig å erkjenne at pasientene som er inkludert er en sårbar gruppe som ikke kan gi samtykke til å være med i studien (Thoen et al, 2015).

## 5.2 Resultatdiskusjon

### 5.2.1 Sykepleieres erfaring med bruk av kartleggingsverktøy

Selv har kun en av oss erfart å bruke kartleggingsverktøy for å avdekke smerte hos pasienter med langtkommen demens. I dette tilfelle ble mobid-2 skala brukt, og det ble erfart at nytteverdien ved å bruke skjemaet varierte noe fra pasient til pasient, alt ettersom hvordan sykdommen påvirker den enkelte. Vi har erfart at smertekartleggingsverktøy tas lite i bruk, noe som gjenspeiles i artiklene til Rostad et al (2019) og Lillekroken et al (2013), hvor kartleggingsverktøy sjelden ble tatt i bruk av deltagerne. Dette skyldes mangel på kunnskap om kartleggingsverktøy til pasienter som ikke kunne selvrapportere smerte (Rostad et al , 2019; Lillekroken et al, 2013).

Ettersom smertekartleggingsverktøy sjelden ble benyttet i studien til Lillekroken et al (2013), synes vi det er interessant å bemerke oss at smertekartleggingsverktøy fortsatt ble tatt lite i bruk i artikkelen til Rostad et al (2019) , seks år senere. Det kan diskuteres om dette skyldes lite forskning, lite informasjon eller andre årsaker. Likevel ser vi gjennom artiklene til Husebø et al (2011; 2014), Rostad et al (2019) og Jenssen et al (2013) at bruk av kartleggingsverktøy er et nyttig hjelpemiddel for å identifisere smerte hos pasienter uten språk.

Smertekartleggingsverktøy som sykepleieren kan ta i bruk er blant annet doloplus-2 og mobid-2 som er presentert tidligere i oppgaven (Torvik, 2014, s. 397-398).

Som nevnt i teoridelen kan årsaken til lav bruk av kartleggingsverktøy blant sykepleiere skyldes frykt for at den individuelle omsorgen da blir borte (Danielsen et al, 2016, s. 385).

Dette begrunnes med at smertekartleggingsverktøyet ikke er tilpasset den enkelte pasient.

Smerte kan ikke oppleves av andre enn den som selv kjenner på smerten, noe som gjør at smerte gir rom for tolkning (Danielsen et al, 2016, s. 382). Dette kan vi også lese i artikkelen til Rostad et al (2019), hvor det beskrives at smerte alltid er en subjektiv opplevelse, og at det derfor er mulig at sykepleierens tolkning av pasientens smerte, ikke alltid samsvarer med pasientens opplevelse av smerte (Rostad et al, 2019, s. 12).

I artikkelen til Husebø et al (2014) ble det gjennom bruk av mobid-2 skala kartlagt at 62% av pasientene hadde smerte. Bruk av mobid-2 skala innebærer at sykepleier observerer tegn på smerter hos pasienten, som for eksempel verbalt gjennom stønning, ordlyder som «au», ansiktsuttrykk eller andre endringer i kroppsspråk som kunne relateres til smerte (Sandviken et al, 2011, s. 64). Pasientene hadde høyest forekomst av smerte i forbindelse med forflytning,

for eksempel under stell. (Husebø et al, 2014, s.1424). Gjennom kjennskap til pasienten, kan sykepleieren se etter smertemønster hos pasienten. Dette kan resultere i at pasienten får utdelt smertestillende før stell, og andre situasjoner hvor smerte er forventet hos pasienten (Rummelhoff, 2016, s. 43). Vi har begge erfaring fra våre arbeidsplasser med å administrere smertestillende før stell. Disse smertene har ikke blitt kartlagt ved kartleggingsverktøy, men på bakgrunn av erfaring fra tidligere stell hos pasienten.

Ved bruk av doloplus- 2 smertekartleggingsverktøy ble det i artikkelen til Rostad et al (2019) kartlagt at to av tre av pasienter hadde smerte. En tredjedel av disse brukte ikke smertestillende på fast basis, men kan ha fått smertestillende ved behov, eller blitt smertelindret gjennom ikke-medikamentelle tiltak (Rostad et al, 2019, s. 9-10). Eksempler på ikke-medikamentelle tiltak kan være trøst, omsorg, og at sykepleier viser tilstedeværelse overfor pasienten. Dette er sentrale faktorer i personsentrert omsorg (Tretteteig et al, 2016, s. 232).

I artikkelen til Rostad et al (2019) ble det beskrevet at depressive symptomer var mer fremtredende hos pasienter som hadde smerter kontra dem uten smerter. Smerte-gruppen hadde også lavere livskvalitet (Rostad et al, 2019, s.10). Det er viktig at sykepleieren kan kartlegge depressive symptomer i sammenheng med smerte. Det at sykepleier er med på å kartlegge og behandle smerte kan bidra til å styrke pasientens livskvalitet (Rostad et al, 2019 s. 10). Dette er med på å danne grunnlaget for nødvendig pleie hos personer med demens og ved å se hele mennesket (Tretteteig et al, 2016, s. 227- 229). Personer med demens kan ha vanskeligheter med å gi uttrykk for behovet sitt for trøst. Det er derfor viktig at sykepleier kan prøve seg varsomt frem og se etter tegn som kan gi uttrykk for behov for trøst. Videre nevner Kitwood at trøst skaper trygghet og demper angst, og at en person som trenger trøst, kan ha smerter (Tretteteig et al, 2016, s. 232).

I samme artikkel leser vi at kun to av tre pasientene som ble vurdert til å ha smerte, brukte dette på fast basis. Det undres derfor om smertelindringen har vært utilstrekkelig. Det kan diskuteres om sykepleierne i studien har vært flinke nok til å evaluere pasientens effekt av smertestillende (Rostad, et al, 2019, s. 10). Tidligere i oppgaven beskriver vi at det er en viktig sykepleieroppgave å gi pasienten optimal smertelindring.

Det er viktig at sykepleier kartlegger pasientens atferd før og etter administrering av medikamenter, med samme verktøy for å vurdere effekt av legemiddelet (Torvik, 2014, s.

399). Dette ble utført i praksis av sykepleierne i studiet til Lillekroken et al (2013). Et kriterium for å vurdere effekten av smertestillende var ved observerbare endringer i pasientens atferd, som for eksempel at pasienten ble roligere etter inntak av smertestillende. Det var også viktig å dokumentere hvor ofte pasienten hadde behov for smertestillende, hvilken type smertestillende og hvor mye pasienten trengte (Lillekroken et al, 2013, s. 31).

Dersom det er tvil om en pasient med langtkommen demens er smertepåvirket, er det mulig å prøve seg frem med smertestillende medikamenter (Torvik, 2014, s. 399). Det er viktig at pasientens atferd og behov for smertelindring blir registrert og overvåket, spesielt når sykepleieren er usikker og benytter “prøve seg frem” metoden (Lillekroken et al, 2013, s.32).

I artikkelen til Jenssen et al (2013) uttrykte deltakerne redsel for at pasientens smerte skulle bli oversett, og pasienter ble derfor satt på fast smertelindring. Sykepleierne benyttet seg derfor av «prøve seg frem» metoden. Ved noen tilfeller ble det rapportert at pasienter fikk mer smertestillende enn nødvendig (Jenssen et al, 2013, s. 31). Vi kan kjenne oss igjen i at det ved noen tilfeller blir gitt smertestillende i frykt for at pasienten har smerter. Denne “prøve seg frem” metoden vil ifølge Rummelhoff (2016) trolig bli lettere når sykepleieren blir bedre kjent med pasienten. Da vil sykepleieren vite hvordan akkurat den pasienten uttrykker smerte og hvordan pasienten tåler medikamentet, og hvilken medikament som har best effekt (Rummelhoff, 2016, s. 43-43).

## *5.2.2 Kunnskap om smertelindring*

### ***5. 2. 2. 1. Faglig kunnskap***

Lite forskning og kunnskap om smerte relatert til demens gikk igjen i tre av våre artikler (Lillekroken et al, 2013, s. 32; Jenssen et al, 2013, s. 29; Rostad et al, 2019, s. 2). For at sykepleiere skal kunne identifisere smerte og vurdere effekt av forordnet behandling, kreves det at sykepleier må ha tilstrekkelig kompetanse om stoffet. Dersom sykepleiere ikke har kunnskap til å fange opp pasientens smerte, kan det resultere i redusert helse og livskvalitet hos pasienten (Torvik, 2014, s. 392).

Deltakerne i artikkelen til Lillekroken et al (2013) ønsket felles retningslinjer for smertelindring hos pasientene med demens. Dette innebærer undervisning om demenssykdommer, økt kunnskap om hvordan pasientene uttrykker smerte, og hva som er

god smertelindring (Lillekroken et al, 2013, s.31). En utfordrende faktor med felles retningslinjer for kartlegging av smerte hos pasienter med demens er at smertekartleggingsverktøyet er testet på gruppenivå, men brukes på individnivå (Torvik, 2014, s. 399). Alle pasienter er forskjellige, og deres personlighet blir ikke tatt i betraktning (Lillekroken et al, 2013, s.31). For at personligheten skal tas i betraktning, mener vi at det kan benyttes vips-modellen. Vi mener at en forutsetning for at sykepleierne skal kunne ta i bruk vips-modellen, er at sykepleierne har tilstrekkelig kunnskap om teorien om personsentrert omsorg.

Sykepleierne i artikkelen til Jensen et al (2013) pekte på viktigheten av gode fagkunnskaper når behovet for smertelindring skulle vurderes, og understreker viktigheten av felles faglig forståelse, godt samarbeid og faglig kunnskap (Jenssen et al, 2013, s. 29). Helsedirektoratet skriver at “Helse- og omsorgspersonell skal ha kunnskap om å yte personsentrerte helse- og omsorgstjenester til personer med demens” (Helsedirektoratet, 2019). Dette innebærer at sykepleierne må ha kompetanse om demenssykdom og behandling for å utøve forsvarlig sykepleie etter helse- og omsorgsloven §4-1 (Helse- og omsorgsloven, 2020, § 4-1). Som fremtidige sykepleiere er vi pliktige til å utføre faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie (Helsepersonelloven, 1999, §4). Ifølge sykepleiernes etiske retningslinjer punkt 2.10 har “sykepleieren ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse” (NSF, 2019). Derfor er det avgjørende at sykepleiere har kunnskap om mulige symptomer på smerte hos pasienter med demens.

En av oss har deltatt på kurs om demens i regi av jobben på sykehjemmet. Her fikk ansatte på avdelingen en presentasjon av ulike demenstyper og viktige sykepleietiltak. Her ble Kitwoods teori om personsentrert omsorg trukket frem som en viktig sykepleierutførelse. Dette var et kurs som var viktig da at de ansatte kunne stille spørsmål som de trengte en oppfriskning på. Likevel bemerker jeg meg nå at det ikke var noe fokus på hvordan sykepleier kunne tolke smerte hos personer med langtkommen demens.

I både artiklene til Husebø et al (2011; 2014) og Lillekroken et al (2013) er agitasjon og aggresjon beskrevet som mulige tegn på smerte. Selv har vi begge opplevd uheldige situasjoner forbundet med aggresjon hos pasienter med demens. Det er interessant å lese at dette kan ha vært tegn på smerte, og denne kunnskapen vil vi til å ta med oss som ferdig sykepleiere i møte med pasienter med demens.

### **5. 2. 2. 2. Kjennskap til pasienten**

Kitwood observerte at personer med demens ofte ble ignorert, noe som kan begrunnes med at mennesker trodde at personens følelser og behov for felleskap ble borte i takt med de kognitive evnene. Dette er ikke tilfellet, men heller strengt motsatt (Tretteteig, 2016, s. 227-229). Informantene i artikkelen til Jenssen et al (2013) vektla faglig kunnskap som en viktig forutsetning for å gjøre gode vurderinger av pasientens tilstand. Ved å ha kunnskap om demens og utviklingen av sykdommen kunne sykepleierne enklere tolke pasientens signaler (Jenssen et al, 2013s. 30). Kunnskapen kan bidra til at helsepersonell kan utvikle ferdigheter i observasjoner og vurderinger for å identifisere behov for tiltak hos pasientene (Rostad et al, 2019, s. 2).

Utgangspunktet for god smertelindring er den gjensidige tilliten mellom pasient og sykepleier (Danielsen et al, 2016, s. 388). Dette blir også trukket frem hos Torvik et al (2014), ved at en forutsetning for god kartlegging av smerte er at sykepleieren har kjennskap til pasienten og dermed klarer å fange opp endringer i atferd raskere (Torvik et al, 2014, s. 398). Kjennskap til pasienten vil bidra til at sykepleieren kan utføre individuell hjelp tilpasset den enkelte pasients behov, og bidra til at den enkelte kan leve et liv i tråd med egne verdier, vaner og preferanser, og utføre hjelp på pasientens premisser (Torvik, et al., 2014, s. 398).

Ifølge Jenssen et al (2013) ligger grunnlaget for kartlegging av smerte i den daglige pleien, nærheten og omsorgen til pasienten (Jenssen et al 2013, s. 33). Denne ideologien er også fremtredende i teorien om personsentrert omsorg (Tretteteig et al, 2016). I artiklene til Husebø et al (2011) og Husebø et al (2014) var det en primærkontakt eller annen sykepleier som kjente pasienten godt som skulle ha ansvar for kartleggingen av smerter.

Dersom sykepleieren har god kjennskap til pasienten, vil det være enklere å fange opp pasientens smertemønster og se hele pasientens sykdomsbilde. Ifølge Kitwood er sykepleiere avhengig av personkjennskap for å bidra til at pasienten får den grunnleggende pleien som er nødvendig (Tretteteig et al, 2016, s.230). Demensplanen (2020) støtter denne teorien om personsentrert omsorg, og om hvor viktig det er å se pasienten (Demensplanen, 2020, s. 18). Det blir også her lagt vekt på at en primærkontakt skal være den som representerer pasienten under fagmøtet som omhandler vips-modellen, da denne personen kjenner pasienten best (Tretteteig et al, 2016, s. 230).

Vi mener at bruk av vips-modellen gjør at vi som fremtidige sykepleiere kan danne bekjentskap og relasjon med pasienten, slik at vi lettere kan observere og identifisere atferds- og smertemønster hos pasienten. Dette kan muligens føre til at det blir enklere å identifisere når en skal bruke kartleggingsverktøy. Videre kan dette bidra til at pasienten får den nødvendige smertelindringen som pasienten har behov for (Rummelhoff, 2016, s. 43).

### *5.2.3 Tverrfaglig samarbeid*

#### ***5.2.3.1 Godt samarbeid på arbeidsplassen***

Gjennom et godt samarbeid mellom yrkesgrupper vil pasienten bli sett fra ulike perspektiver, noe som gjør det er enklere å sette sykdomsbildet i en sammenheng. Dette er avgjørende for at pasienten skal få tilstrekkelig smertebehandling. Yrkesgruppene skal påvirke hverandre og forsterke hverandres tiltak (Kristoffersen, 2016, s.232-234). Det er viktig at ledelsen på avdelingen sørger for at de ansatte får tilstrekkelig opplæring og kompetanseheving (Jenssen, 2013, s. 33).

Funn i artikkelen til Jenssen et al (2013) viser at godt samarbeid og god kommunikasjon innad i avdelingen var avgjørende for tilstrekkelig smertelindring hos pasienten. Dersom samarbeidet og kommunikasjonen ikke var tilstrekkelig på en arbeidsplass, kunne det resultere i manglende rapportering om pasientens behov for smertelindring. Dette kunne medføre at beskjeder ikke kom frem, og at legen dermed fikk misvisende opplysninger (Jenssen et al, 2013, s. 30).

For å sikre at observasjoner og andre beskjeder blir rapportert videre, er det nødvendig at sykepleieren dokumenterer sine funn og observasjoner. Det stilles både juridiske, faglige og etiske krav til dokumentasjon av helsehjelp (Lov om helsepersonell (1999) §40); Skaug, 2016, s. 343). Å dokumentere betyr å føre bevis og bidrar til å lettere få oversikt over hva som er gjort ovenfor pasienten.

Ved å føre dokumentasjon sikrer det faglig forsvarlighet ovenfor pasienten og bidrar til at viktige opplysninger ikke forsvinner i luften (Skaug, 2016, s. 343-344). Studien til Lillekroken (2013) støtter opp mot denne refleksjonen, og mener at godt samarbeid gjennom kollegaer er en nøkkelfaktor for tilstrekkelig smertelindring (Lillekroken, 2013, s. 31).

Gjennom fagmøtene i fagartikkelen til Rummelhoff et al (2016), som omhandler bruk av VIPS-modellen, fikk deltakerne økt felles oppmerksomhet, felles fagspråk å kommunisere med og mer målrettet dokumentasjon. Tanken bak fagmøtene er at dersom flere pleiere er med på å bestemme hvilke tiltak som skal iverksettes, så er det større sannsynlighet for at tiltakene blir gjennomført. Det er derfor ønskelig at alle ansatte på en avdeling er med på å innføre personsentrert omsorgskultur (Rummelhoff et al, 2016, s. 44).

Kitwood uttrykker at det sosiale miljøet rundt en pasient, kan være med å påvirke hvordan pasienten har det. Det er viktig å skape et sosialt og støttende miljø rundt pasienten, og for å klare dette kreves det faglig bevissthet og prioritering. Som det kommer frem den personsentrerte omsorgen handler et støttende sosialt miljø om kompetanse og verdier hos de ansatte og om hvordan dette brukes i kommunikasjonen (Tretteteig, 2016, s. 236).

### ***5.2.3.2 Samarbeid med tilsynslege***

Noen av deltakerne i artikkelen til Jenssen følte på mangelfull tillit hos legen (Jenssen et al, 2013, s. 33). En sykepleier skal kunne reflektere over dataen som er samlet opp, og handle ut ifra dem (Skaug, 2016, s. 352-354). Likevel var det ikke alltid tilsynslegen tok sykepleierens observasjoner og kunnskaper i betraktning. De informantene som kunne rapportere at de hadde et godt samarbeid med tilsynslegen, opplevde en bedre forståelse for hverandres faglige synspunkter, som igjen resulterte til bedre smertebehandling hos pasientene (Jenssen et al, 2013, s. 30). Egen erfaring fra sykehjem er at legen er mer utilgjengelig der enn på sykehuset, og kun er innom ett par ganger i uken. Våre erfaringer er at det på sykehjem bare er sykepleier som kommuniserer med legen, og vi mener derfor at det stilles store krav til dokumentasjon fra det øvrige personalet på avdelingen slik at ingen viktige observasjoner overses.

### ***5.2.3.3 Pårørende som ressurs***

En av informantene i artikkelen til Jenssen et al (2013) fortalte at dersom det oppsto vanskeligheter med å vurdere behovet for smertelindring, var pårørende en viktig ressurs. Pårørende kan bli sett på som en god samarbeidspartner, da de ofte kjenner pasienten best før sykdomsutbruddet (Jenssen et al, 2013, s. 33). Som sykepleier er det viktig å sørge for at pårørendes perspektiver, behov og synspunkter blir ivaretatt og hørt. Likevel mener vi det er viktig å ivareta pasientens autonomi og selvbestemmelse. Dette krever felles respekt og tillit mellom sykepleier og den pårørende (Kirkevold, 2016, s. 147).



I personsentrert omsorg anerkjennes ønskene og behovene til personen med demens på lik linje med våre og andres ønsker og behov. Sykepleier har ansvar for å oppfatte hva pasienten ønsker, selv når pasienten opptrer utfordrende. En ressurs som kan brukes er pårørende. Pårørende kjenner ofte pasientens vaner og hva personen med demens har satt pris på tidligere, men det er viktig at pårørende har kunnskap om hvordan demenssykdommen utvikler seg og påvirker personen (Tretteteig et al, 2016, s. 230).

## **6. KONKLUSJON**

Ut fra funnene i våre fem artikler kan vi konkludere med at det er lite forskning og kunnskap om hvordan sykepleiere kan kartlegge smerte hos pasienter med langtkommen demens, noe vi til en viss grad også bemerket oss når vi søkte etter artikler, da vi ikke fant så mange artikler med sykepleieperspektiv. Vi mener at økt forskning og kunnskap rundt dette temaet vil styrke kvaliteten på den helsehjelpen vi utfører, styrke pasientsikkerheten, og hjelpe sykepleiere med å utføre en mer faglig forsvarlig sykepleie.

Selv om bruk av kartleggingsverktøy har hjulpet sykepleierne i studiene vi har analysert ved å kartlegge smerter, er flere av dem redde for at kartleggingsverktøyene skal komme i veien for den individuelle kartleggingen og observasjonene. Vi mener at utarbeidelse av ett kartleggingsverktøy som implementerer den personsentrerte omsorgen, ville kunne føre til en mer individuell kartlegging. Vi mener at det fortsatt er behov for mer kunnskap rundt dette feltet og at det derfor bør forskes mer på.

### **6. 1 Anvendelse til praksis**

På bakgrunn av funn gjort i denne litteraturstudien ser vi at sykepleieren spiller en viktig rolle i kartleggingen og administreringen av smertestillende til pasienter med langtkommen demens, men at dette fortsatt er en utfordrende arbeidsoppgave. Sykepleiere har ansvar for å holde seg faglig oppdatert, og utføre helsehjelp etter hva som kan forventes ut fra egne kvalifikasjoner. Vi vil her presentere konkrete forslag til hvordan sykepleiere kan kartlegging av smerte hos pasienter med langtkommen demens. For å svare på problemstillingen har vi kategorisert forslagene med utgangspunkt i våre hovedkategorier:

### *6. 1. 1. Kartleggingsverktøy*

Funn fra våre artikler viser at bruk av smertekartleggingsverktøy har hjulpet sykepleierne med å avdekke smerter hos pasientene. Vi foreslår at smertekartleggingsverktøy blir implementert på arbeidsplasser hvor det befinner seg en stor andel pasienter med langtkommen demens. Det må også sørges for tilstrekkelig opplæring og kurs til de ansatte slik at de føler seg trygg på hvordan de skal bruke disse smertekartleggingsverktøyene og når det skal tas i bruk.

### *6. 1. 2. Kunnskap om smertelindring*

Vi mener at økt personkjennskap og fagkunnskap er viktig for å kartlegge smerter. Ved økt kunnskap om hvordan smerte utarter seg hos pasienter med demens kan sykepleieren lettere skille mellom symptomer relatert til sykdommen, og symptomer som skyldes smerte. Det kan gjøre det lettere for sykepleiere å vite når det skal administreres smertestillende.

Ved å kjenne pasienten har sykepleieren bedre forutsetninger for å tolke om pasientens atferd er relatert til smerter. Personkjennskap kan utvikles gjennom bruk av vips- modell, bruk av pårørende med kjennskap til pasienten før sykdomsutbruddet, eller en primærkontakt som danner en relasjon til pasienten. Det er også nødvendig at personellet har kjennskap til Kitwoods teori om personsentrert omsorg for å ta den i bruk i praksis.

Vi mener at det er viktig at ledelsen tar ansvar for at de ansatte får tilstrekkelig opplæring innen kartlegging av smerter hos pasientene med langtkommen demens, og sørger for jevnlig kompetanseheving. Samtidig har sykepleierne i henhold til lov om helsepersonell ansvar for å handle ut fra egen kompetanse og holde seg faglig oppdatert (Helsepersonelloven, 1999, §4).

### *6. 1. 3. Tverrfaglig samarbeid*

Gjennom et tverrfaglig samarbeid blir pasienten sett med ulike perspektiver og det er enklere å sette sykdomsbildet i en sammenheng. Ved god kommunikasjon kan ansatte reflektere sammen og observasjoner kan bli styrket. Dette vil resultere i bedre rutiner for dokumentasjon, høyere tillit blant lege og sykepleier og at pasienten blir fulgt bedre opp.

Vi mener at sykepleiere må være bevisst på egen kompetanse og henvende seg til andre yrkesgrupper ved behov. Dette kan legges til rette på den enkelte arbeidsplass ved at telefonnumre og navn på aktuelle samarbeidspartnere er lett tilgjengelig. Samtidig kan oppstart av tverrfaglige møter skape en arena hvor ulike yrkesgrupper får diskutert samme sak fra ulike perspektiver.

## 7. REFERANSELISTE

Danielsen, A, Berntzen H, Almås, H (2016). Sykepleie ved smerter. Stubberud. D.G, Grønseth. R, Almås H (red). *Klinisk sykepleie bind 1* (5. utg., s. 381- 423) Gyldendal forlag.

Demensplanen. (2020). *Et mer demensvennlig samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig via URL:

[https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)

Friberg, F (Red). (2017) *Dags for uppsats* (3.utg). Forfatterne og studentlitteratur

Helsedirektoratet. (2019) *Demens*. Helsedirektoratet.

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

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Helsedirektoratet.

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

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell (LOV- 1999- 07-02-64) Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Husebø, B, Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O, B. & Aarsland D. (2011). Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbance in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ*. (S. 1-4). <https://doi.org/10.1136/bmj.d4065>

Husebø, B.S, Ostelo, S, Strand, L. I (2014) The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia, *European journal of pain*. (s.1419-1430). <https://doi.org/10.1002/ejp.507>

Jenssen, G-M., Tingvoll, W-A. & Lorem, G-F. (2016). *Smertebehandling til personer med langtkommen demens*. (s. 26-34) *Norsk sykepleierforbund*,

[https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject\\_group/2019-11/hvordan-ta-vare-pa-verdigheten-0313.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2019-11/hvordan-ta-vare-pa-verdigheten-0313.pdf)

Kirkevold, M. (2014). Samarbeid med pasient og pårørende. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., s. 145-161). Gyldendal akademisk

Kristoffersen, J, N. (2016). Sykepleie – Kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. N, J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (Utg. 3. s. 140-189). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, J, N. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområdet i helsetjenesten. N, J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (Utg. 3. s. 192-265). Gyldendal Akademisk.

Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer. *Sagejournals* (S. 29-33). <https://doi.org/10.1177/010740831303300307>

Lerdal, A. (2012). Artikkelveiledning: Forskningsartikkel eller fagartikkel? (s. 1-5). doi: 10.4220/sykepleiens.2012.0018

Norsk sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.no. Hentet fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, F. (2016). Smerte- en personlig og sammensatt erfaring. N, J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. (Utg. 3. s. 169-1183). Gyldendal Akademisk.

Rostad, M, H., Grov, K, E., Utne, I. & Halvorsund, L. (2019). Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. *Sykepleien*. (s. 1-18).  
Doi:10.4220/Sykepleienf.2019.79184

Rummellhoff, G. R., Smebye, K. L., Tombre, B, (2016). Gir individuell omsorg. *Tidsskriftet sykepleien* Doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.58391

Røykenes, K (2009) Metodetriangulering- ett metodisk minefelt eller en berikelse av fenomener? *Tidsskriftet sykepleien*. Doi: 10.4220/sykepleienf.2008.0081

Sandvik, K. R. & Husebø, B. (2011). Måler smerte hos personer med demens: Med smerteskala kan helsepersonell kartlegge smertenivå hos pasienter med demens som ikke kan beskrive egen smerte. *Sykepleien*. (S. 62-64). Doi: 10.4220/sykepleiens.2011.0162

Skovdahl, K. & Berentsen, D. V. (2014). Kognitiv svikt og demens M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., s. 408-437). Gyldendal akademisk

Skaug, E-A, (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. N, J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (Utg. 3. s. 337-375). Gyldendal Akademisk.

Thoen, I & Skaarstad, M (2015). Samtykkekompetanse- sjelden enten eller. *Tidsskriftet sykepleien*. Doi: 10.4220/Sykepleiens.2015.55646

Torvik, K. & Børjo, K. (2014). Smerte. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., s. 390-407). Gyldendal akademisk

Tretteteig, S & Røsvik J, (2016) Personsentrert omsorg. S. Tretteteig (Red). Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell. (S. 227-239).

UIB, (2021). Bettina Elisabeth Franziska Sandgathe Husebø. *Universitetet i Bergen*.  
<https://www.uib.no/personer/Bettina.Elisabeth.Franziska.Sandgathe.Huseb%C3%B8>

## 8. VEDLEGG

### Vedlegg 1

Studie 1	
Tittel	Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter
Tidsskrift/årstall	Tidsskriftet sykepleien (2019)
Forfattere	Rostad, M, H., Grov, K, E., Utne, I. & Halvorsund L.
Perspektiv	Pasientperspektiv
Problem	Det er lite forskning på kliniske og demografiske kjennetegn hos personer med langtkommen demens med smerter. Derfor er det nødvendig med ny kunnskap om dette slik at helsepersonell utvikler ferdigheter i observasjon og vurdering for å identifisere behov for tiltak.
Hensikt	Undersøke kjennetegn på smerter hos personer med langtkommen demens på sykehjem.
Metode	Kvantitativ studie bestående av 112 sykehjemsbeboere. Sykepleierne brukte et skjema for å samle demografiske data. Kartleggingsverktøy ble brukt for å samle data om smerte, nevropsykiatriske og depressive symptomer, somatisk helse og livskvalitet. Pasientenes bruk av smertestillende og psykoleptika ble hentet fra pasientenes medisinalister.
Resultater	<p><math>\frac{2}{3}</math> av beboerne hadde smerter. <math>\frac{1}{3}</math> av pasientene med smerter fikk ikke smertestillende på fast basis.</p> <p>Nevropsykiatriske og depressive symptomer øker med smerte, i tillegg reduseres beboernes livskvalitet ved smerte .</p>

Konklusjon	Beboerne med langtkommen demens som har smerter, hadde dårligere livskvalitet enn beboere uten smerte.
Studie 2	
Tittel	Smertekartlegging og smertelindring hos personer med demens: utfordringer og dilemmaer
Tidsskrift/ årstall	Sagejournal (2013)
Forfattere	Lillekroken, D. & Slettebø, Å.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Problem	Smertevurdering av pasienter med langtkommen demens er utfordrende og stiller krav til sykepleiers vurderingsevne og kompetanse. Eldre mennesker rapporterer om mindre smerter enn yngre. Smerte hos pasienter med demens er fortsatt underbehandlet og underreportert..
Hensikt	Undersøke sykepleieres erfaringer med smertekartlegging og smertelindring hos personer med demens
Metode	Kvalitativ metode. Det ble foretatt intervju av 18 sykepleiere med erfaring fra geriatriske avdelinger, både fra sykehjem og sykehus.
Resultater	Smertekartleggingsverktøy ble sjelden benyttet av deltakerne. Sykepleierne ønsket felles retningslinjer for smertelindring og forteller at de benyttet seg av "prøve seg frem" metoden. Atferdsendringer hos pasienten ble brukt for å evaluere smertestillende.
Konklusjon	Det er utfordrende å kartlegge smerter hos pasienter med demens. Det er derfor avgjørende at sykepleierne får opplæring i observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy for å øke sjansene for effektiv smertevurdering og smertelindring hos pasientgruppen.
Studie 3	



Tittel	Smertebehandling til personer med langtkommen demens
Tidsskrift/årstall	Nsfs faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens (2013)
Forfattere	Jenssen,G-M., Tingvoll, W-A. 1 & Lorem, G-F.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Problem	Det er vanskelig å tolke smerteuttrykk hos pasienter med langtkommen demens. Dette kan føre til dårlig smertelindring.
Hensikt	Sette fokus på sykepleierens erfaringer og utfordringer relatert til smertelindring hos pasienter med langtkommen demens
Metode	Kvalitativ studie, hvor fem sykepleiere ble intervjuet.
Resultater	Sykepleierens forteller at det oppstår både under- og overbehandling. Det er mangel på faglige basiskunnskaper, manglende spesifikke kunnskaper om demenssykdom samt manglende samarbeid innad i helsefaggruppen.
Konklusjon	Samarbeid innad i personalgruppen, med tilsynslegen og pårørende er viktig for å kunne gi tilstrekkelig smertelindring til pasienten. Sykepleier må dokumentere og rapportere sine funn videre slik at pasienten får god oppfølging.
<b>Studie 4</b>	
Tittel	The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia
Tidsskrift/årstall	European Journal of Pain (2014)
Forfattere	Husebø, B.S, Ostelo R & Strand L. I
Perspektiv	Pasientperspektiv

Problem	Det er en utfordring å tolke smerter og å vurdere effekt av smertelindring hos pasienter med langtkommen demens.
Hensikt	Hensikten med studien er å undersøke egenskapene til MOBID-2 smerteskala og kartlegge skalaens gyldigheten.
Metode	Basert på data fra randomisert kontrollstudie (Husebø et al, 2011). Kvantitativ studie der 352 pasienter fra 18 sykehjem i Norge deltok i testen. Pasientene hadde moderat til alvorlig demens. Studien varte i 6 uker, der MOBID-2 skjemaet ble brukt i uke 0, 2, 4 og 6 for å kartlegge smerter.
Resultater	Funn i studien viste at 62 % av pasientene hadde smerter. Det ble vist at det skjedde en nedgang i agitasjon og aggresjon ved systematisk bruk av smertestillende.
Konklusjon	Det er bevist at denne skalaen er effektiv for å oppnå en nedgang i smerte. Pasientene som hadde en gradvis økning i smertestillende hadde best effekt av dem.
Studie 5	
Tittel	Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial.
Tidsskrift/årstall	British Medical Journal (2011)
Forfattere	Husebø B, Ballard C, Sandvik R, Nilsen O, B, Aarsland D
Perspektiv	Pasientperspektiv
Problem	Mange pasienter med demens opplever smerte, og det er bevist at smerte kan trigge aggresjonsproblematikk.
Hensikt	Undersøke om en systematisk bruk av smertestillende kan bidra til å redusere agitasjon hos pasienter med demens på sykehjem.

Metode	<p>Kvantitativ metode. 352 pasienter fra 18 sykehjem i Norge med moderat til alvorlig demens deltok i den randomiserte kontrollstudien.. Randomisert kontrollert studie er en type randomisert kontrollert studie der grupper av individer er randomisert. Det ble undersøkt om en trinnvis økning i smertestillende hadde effekt på agitasjon og aggresjon hos pasientene</p>
Resultater	<p>Bruk av smertestillende resulterte i at forekomsten av aggresjon og agitasjon ble redusert.</p>
Konklusjon	<p>Tilstrekkelig smertelindring er ett viktig tiltak for å redusere agitasjon og aggresjon hos pasientene.</p>

Vedlegg 2:

<b>DOLOPLUS - 2</b>				<b>Observasjonsbasert smerteskala for eldre</b>			
Etternavn:		Fornavn:		Avdeling:			
Senternummer:		Pasientnummer:		Dato:			
<b>SOMATISKE REAKSJONER</b>							
1.	Klager på smerte	- ingen klager	0	0	0	0	0
		- klager bare ved forespørsel/kontakt/undersøkelse	1	1	1	1	1
		- spontane klager av og til	2	2	2	2	2
		- vedvarende klager	3	3	3	3	3
2.	Smertelindrende hvilestillinger	- benytter ingen smertelindrende hvilestillinger	0	0	0	0	0
		- unngår av og til enkelte hvilestillinger	1	1	1	1	1
		- benytter vedvarende og effektive smertelindrende stillinger	2	2	2	2	2
		- stadige virkningsløse posisjonskift (finner ikke ro)	3	3	3	3	3
3.	Beskytter smertefulle områder	- ingen beskyttelse	0	0	0	0	0
		- beskytter seg, men tillater stell/undersøkelse	1	1	1	1	1
		- beskyttelse som hindrer stell/undersøkelse	2	2	2	2	2
		- beskytter seg også i fravær av kontakt	3	3	3	3	3
4.	Ansiktsuttrykk	- normalt ansiktsuttrykk	0	0	0	0	0
		- ansiktsuttrykk som uttrykker smerte ved forespørsel/kontakt/undersøkelse	1	1	1	1	1
		- ansiktsuttrykk som uttrykker smerte spontant	2	2	2	2	2
		- vedvarende uttrykksløst ansikt (matthet, stivhet, tomt blikk)	3	3	3	3	3
5.	Søvn	- normal søvn	0	0	0	0	0
		- problemer med innsovning	1	1	1	1	1
		- hyppige oppvåkninger (urolig søvn)	2	2	2	2	2
		- søvnløshet som påvirker våken tilstand	3	3	3	3	3
<b>PSYKOMOTORISKE REAKSJONER</b>							
6.	Stell og/eller påkledning	- aktivitet/bevegelighet er uendret (normalt)	0	0	0	0	0
		- aktivitet/bevegelighet er litt hemmet, men lar seg gjennomføre	1	1	1	1	1
		- aktivitet/bevegelighet er betydelig hemmet (vanskelig å gjennomføre)	2	2	2	2	2
		- umulig, pasienten motsetter seg ethvert forsøk	3	3	3	3	3
7.	Forflytning	- forflytter seg som vanlig	0	0	0	0	0
		- lett redusert (unngår enkelte bevegelser, begrenset gå-radius)	1	1	1	1	1
		- sterkt redusert (selv med hjelp er forflytning vanskelig)	2	2	2	2	2
		- forflytning er umulig, pasienten lar seg ikke overtale	3	3	3	3	3
<b>PSYKOSOSIALE REAKSJONER</b>							
8.	Kommunikasjon	- normal kommunikasjon	0	0	0	0	0
		- intensivert kommunikasjon, søker oppmerksomhet på uvanlige måter	1	1	1	1	1
		- redusert kommunikasjon (vil være alene)	2	2	2	2	2
		- fravær eller avvisning av all kommunikasjon	3	3	3	3	3
9.	Sosialt aktivitet	- normal deltakelse i aktiviteter (måltider, tilstelninger osv.)	0	0	0	0	0
		- deltar i aktiviteter, men kun etter overtalelse	1	1	1	1	1
		- nekter av og til å delta i aktiviteter	2	2	2	2	2
		- avstår fra all sosial aktivitet	3	3	3	3	3
10.	Atferdsproblemer	- normal atferd	0	0	0	0	0
		- gjentatte atferdsproblemer	1	1	1	1	1
		- permanente atferdsproblemer i kontakt med andre	2	2	2	2	2
		- permanente atferdsproblemer (selv uten ekstern stimulans/kontakt)	3	3	3	3	3
				<b>TOTALT</b>			

Tilgjengelig via URL: <https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/smertemalinger-hos-eldre-med-kognitiv-svikt>

## Vedlegg 3

APPENDIX

# MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Pasientens navn: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Tid: \_\_\_\_\_ Avdeling: \_\_\_\_\_

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

### Smerteatferd

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



**Smertelyd**  
«Au!»  
Stønner  
Yrker seg  
Gispet  
Skriker



**Ansiktsuttrykk**  
Crimasener  
Rynder påtennt  
Stammer tennent  
Lukker øynene



**Avvergereaksjon**  
Stønner  
Bredklyper seg  
Skryter fra seg  
Endringer i pust  
Krympet seg

### Smerteintensitet

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

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DINE(O) OBSERVASJONER

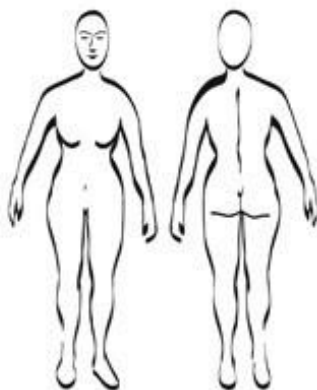
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>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

APPENDIX

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

### Smerteatferd

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



Observasjon	Smerteintensitet (0-10)
6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Bryst, lunge, hjerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage - øvre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage - nedre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Beritina Husvoldt/er jub. og institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

<https://tidsskriftet.no/2009/10/aktuelt/smerteevaluering-ved-demens>

Vedlegg 4: AGS

Smerteindikatorer hos gamle med demens	
Ansiktsuttrykk	Mørkt, trist, fryktsomt ansiktsuttrykk, grimasering, rynkete panne, lukkede øyne, rask blinking
Verbalisering, vokalisering	Sukking, jamring, stønning, utrop, monotone rop, støyende utbrudd, rop om hjelp, grove utrop
Kroppsbevegelser	Anstrengt kroppsstilling, beskyttende kroppsbevegelser, urolige, nervøse, gyngende bevegelser, monotone bevegelser, endringer i gangstart og kroppsbevegelse.
Forandring i mellommenneskelig samhandling	Aggressiv, stridslysten, motsetter seg omsorg, minkende sosiale interaksjoner, sosialt uakseptabel, opprivende, forstyrrende oppførsel, tilbakeholden, reservert oppførsel
Forandringer i aktivitetsmønster og rutiner	Matvegring, endringer i matlyst, lengre hvileperioder, endringer i søvnmønster, plutselige endringer i vanlige rutiner, økt vandring.
Forandring i mental status	Gråtetokter, rennende tårer, økt forvirring, irritabilitet

(Torvik et al, 2014, s. 398).

## Vedlegg 5

**Tabell 2.** Forekomst av smerte og bruk av smertestillende legemidler for utvalget (n = 112)

<b>Variabel</b>	
<b>Smerte n (%)</b>	
Til stede (Dolopius-2 $\geq$ 5)	76 (67)
Ikke til stede (Dolopius-2 <5)	36 (32)
<b>Smerteskår gjennomsnitt (SD)<sup>a</sup></b>	
<b>8 (5)</b>	
<b>Fast bruk av smertestillende legemidler* n (%)</b>	
Ja	72 (66)
Opioider	38 (35)
Paracetamol	53 (48)
Antiinflammatoriske og antirevmatiske midler	2 (3)
Nei	38 (35)
<b>Dose smertestillende legemidler* gjennomsnitt (SD)</b>	
Orale morfinekvivalenter (mg/d <sup>b</sup> )	11 (26)
Paracetamol (mg/d <sup>b</sup> )	1277 (1436)

<sup>a</sup>SD: standardavvik

<sup>b</sup>mg/d: milligram per døgn

\*missing 2

(Rostad et al, 2019, s. 8)

## Vedlegg 6

**Tabell 3.** Forskjell i demografiske og kliniske variabler mellom gruppene

Variabel	Ikke-smertegruppen (n = 36)	Smertegruppen (n = 76)	p-verdi
<b>t-test, gjennomsnitt (SD<sup>a</sup>)</b>			
Alder i år	84 (6)	84 (8)	0,93
Agitasjon	49 (17)	53 (19)	0,38
Nevropsykiatriske symptomer	22 (13)	28 (18)	0,03
Livskvalitet	20 (7)	26 (8)	<0,001
Dose paracetamol* (mg/d <sup>b</sup> )	1181 (1384)	1324 (1468)	0,62
Dose oral morfin* (mg/d <sup>b</sup> )	7 (15)	13 (30)	0,23
<b>χ<sup>2</sup>-test, n (%)</b>			
Kjønn			0,18
Kvinne	22 (61)	56 (74)	
Mann	14 (39)	20 (26)	
Generell somatisk helse**			0,63
Utmerket	9 (26)	12 (16)	
God	12 (34)	33 (45)	
Moderat	13 (37)	27 (37)	
Dårlig	1 (3)	2 (3)	
Depressive symptomer			0,01
Ingen	28 (78)	37 (49)	
Mild til moderat	4 (11)	22 (29)	
Alvorlig	4 (11)	17 (22)	
p-ADL			0,04
Ingen til lavt hjelpbehov	17 (47)	22 (29)	
Moderat til høyt hjelpbehov	19 (53)	54 (71)	
Fast bruk av smertestillende legemidler*			0,50
Ja	22 (61)	50 (68)	
Opioider	11 (31)	27 (37)	0,54
Paracetamol	18 (50)	36 (49)	0,89
Nei	14 (39)	24 (32)	
Fast bruk av psykoleptika*			0,89
Ja	17 (47)	36 (49)	
Nei	19 (53)	38 (51)	

<sup>a</sup>SD = standardavvik  
<sup>b</sup>mg/d: milligram per døgn  
<sup>c</sup>χ<sup>2</sup>: kji kvadrat  
\*missing 2  
\*\*missing 3

(Rostad et al, 2019, s. 9)



Vedlegg 7

Dato for søk	Søkehistorikk	Begrensninger	Treff	Refereres i opg. som
sveamed+ 20/ 03/ 21	nurse, dementia, older, pain	Årstall: 2011-2021, peer reviewed	3	Ingen relevante
sveamed+ 22/ 03/ 21	measurment, dementia	Årstall: 2011-2021, peer reviewed	28	Studie 1
Sveamed+ 20/ 03/ 21	Demens, smerte	Årstall: 2011-2021, peer reviewed	36	Studie 2
01/ 04/ 21	Sekundærsøk			Studie 3
Pubmed 26/ 03/ 21	Dementia, pain, knowledge	Årstall: 2011-2021, peer reviewed	164	Ingen relevante
Pubmed 18/ 03/ 21	Pain, nurse, knowledge	Årstall: 2011-2021, peer reviewed	2466	Ingen relevante
Pubmed 18/ 03/ 21	Mobid- 2 scale	Årstall: 2011-2021, peer reviewed	14	Studie 4
Pubmed 22/ 03/ 21	reduce, nursing, home	Årstall: 2011-2021, peer reviewed	610	Studie 5