

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Identifisering og behandling av smerte hos pasienter med demens

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 03.05.2022]

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

Sammendrag

Bakgrunn

I 2021 var det om lag 101 000 personer med demens i Norge. På grunn av økende antall eldre forventes det mer enn en dobling innen år 2050 (Folkehelseinstituttet, 2021). Det er tenkelig at det kan være et større mørketall blant demensrammede, som lever med udiagnostisert eller ubehandlet smerte. Det vil derfor være hensiktsmessig å øke kompetansen rundt identifisering og smertebehandling hos pasienter med demens.

Hensikt

Vår hensikt med denne oppgaven er å finne ut hvordan sykepleiere og helsepersonell kan øke kompetansen om identifisering og behandle av smerte hos personer med demens. På denne måten kan en lindre vedkommende sin opplevelse av smerte når en ikke evner rapportere smerte selv.

Metode

Vi har gjort en litteraturbasert oppgave. Metoden vi har benyttet oss av er integrativ metode hvor vi har analysert fire vitenskapelige artikler. Vi har supplert med relevant litteratur, samt brukt egne bakgrunns erfaringer i besvarelsen av denne bacheloroppgaven

Resultater

Resultatet viser til manglene kompetanse når det gjelder kommunikasjon og ferdigheter, behandling av smerter og bruk av kartleggingsverktøy. Dette ses i lys med at de aktuelle konfliktene hindrer sykepleiere til å utføre identifisering og behandling av smerter hos pasienter med demens.

Nøkkelord: Demens, smertekartlegging, smertebehandling, kartleggingsverktøy, sykepleier, kommunikasjon, ferdigheter,

INNHold

INNHold	III
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemformulering.....	1
1.3 Hensikt.....	1
2.0 TEORI	2
2.1 Demens	2
2.3 Hva er smerte.....	3
2.4 Kartlegging av smerte hos den geriatriske pasient.....	3
2.2.1 Kognitiv svikt og demens	4
2.2.2 Kartleggingsverktøy.....	5
2.3 Behandling av smerte.....	6
2.3.3 Medikamentell behandling.....	7
2.4 Sykepleierens funksjon.....	8
3.0 METODE	9
3.1 Hva er metode.....	9
3.2 Integrativ litteraturoversikt	9
3.3 Litteratursøk.....	10
3.3.1 Søkeprosess	10
3.3.2 Valg av artikler	11
3.4. Analyse av artikler	14
4.0 RESULTAT	15
4.1 Kommunikasjon og ferdigheter	15
4.1.1 Pasientens evne til selvrapporing.....	16
4.2 Bruk av kartleggingsverktøy.....	17
4.3 Behandling av smerter	17
4.3.1 Barrierer ved smertebehandling.....	18
5.0 DISKUSJON	21
5.1 Metodediskusjon.....	21
5.1.1 Land og arena for studiene	21
5.1.2 Forskerens bakgrunn og studiens deltagere	21

5.1.3 Integrativ litteraturoversikt som metode	22
5.1.4 Kvalitativt tilnærming som metode	22
5.1.5 Etikk	24
5.2 Resultatdiskusjon	24
5.2.1 Kommunikasjon og ferdigheter	24
5.2.2 Bruk av kartleggingsverktøy	26
5.2.3. Behandling av smerter	27
5.2.4 Konklusjon	29
6.0 ANVENDELSER I PRAKSIS	30
6.1 Kommunikasjon og ferdigheter	30
6.2 Kartleggingsverktøy.....	30
7.0 LITTERATUR.....	32
8.0 VEDLEGG	35
8.1 Vedlegg 1: Søkelogg.....	35
8.2 Vedlegg 2: Litteraturmatrise	35
8.3 Vedlegg 3: Dolopus-2.....	40
8.4 Vedlegg 4: Abbey Pain Scale	41
8.5 Vedlegg 5: Mobid- 2.....	43

Antall ord: 7982

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

På verdensbasis er det om lag 50 millioner mennesker som har demens (Folkehelseinstituttet, 2021). Interessen for dette temaet ble vekket etter at vi begge var i praksis på akutt geriatrisk sengepost. Her kunne det tenkes at det var stort fokus på identifisering og behandling av smerte, men vi opplevde at det var stor mangel på kunnskap fra personalet. Mange pasienter uttrykker sin smerte i form av agitasjon, aggressiv atferd eller de kan lide i stillhet. En må kunne vite hvilke tegn man skal se etter, og ut fra egne personlige erfaringer på denne pasientgruppen ser en mangel på denne kompetansen. På grunn av oppgavens begrensninger og omfang har vi valgt å fokusere på medikamentelle tiltak.

1.2 Problemformulering

Vi opplever det er store utfordringer i identifiseringen og behandling av smerter hos demensrammede. De ulike fysiske tegnene som ofte kan bli tolket som uro eller sinne, kan gjerne være deres uttrykking av smerte. Istedenfor å lindre smerte opplever vi at det ofte blir tatt i bruk beroligende midler. Det vil roe ned pasienten og fjerne de fysiske og psykiske tegnene pasienten gir, men det vil ikke kunne fjerne smerten. Det trengs ny kunnskap på dette feltet fordi vi mennesker lever lengre. I takt med økende alder vil det være en risikofaktor for å utvikle kognitiv svikt. Dermed kan det føre til økende andel pasienter med demens. Ny kunnskap for sykepleiere vil kunne bidra med økt forståelse og bedre rutiner for kartlegging og behandling av smerter hos denne pasientgruppen. Som et resultat av vår undring kom vi fram til problemstillingen: «*Hvordan kan sykepleieren identifisere og behandle smerte hos pasienter med demens?*».

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleieres rolle og utfordringer knyttet til identifisering og behandling av smerter hos pasienter med demens.

2.0 TEORI

2.1 Demens

Demens beskrives som en hjerneorganisk sykdom. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter, endret atferd er vanlig, tilstanden er kronisk, og kan ikke kureres, og forverrer seg ofte over tid (Berentsen, 2010, s. 354-355).

Demens kan deles inn i ulike grader, som vist i tabell 1:

Mild grad	<ul style="list-style-type: none"> - Kan glemme avtaler, kjøpe matvarer, hente post og betale regninger. - Vansker med å finne ord - Er i stand til å bo hjemme, men trenger tilrettelegging
Moderat grad	<ul style="list-style-type: none"> - Mister taket på tilværelsen. - Hukommelsen er dårlig - Manglende evne til å løse problemer - kommunikasjonsproblemer utvikler seg, og stedsansen svikter. - Følelsen av å stadig miste flere funksjoner kan føre til angst, fortvilelse, depresjon eller sinne.
Alvorlig grad	<ul style="list-style-type: none"> - Husker kun bruddstykker fra livet, og husker ikke familiemedlemmene er og kjenner ikke igjen ansikt eller stemmene til sine nærmeste. - Tap av flere funksjoner som orienteringsevne for tid og sted. - Videre forstår en ikke hva andre sier, og ordforrådet er svært begrenset.

	<ul style="list-style-type: none">- Fører til handlingssvikt og inkontinens for urin og avføring.- Kan være avhengig av heldøgns omsorg.
--	---

Tabell 1 (Berentsen, 2010, s. 355).

2.3 Hva er smerte

I boken klinisk sykepleie bind 1. blir smerte definert som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Ifølge International Association for Study of Pain (IASP) er smerte alltid subjektivt (Danielsen, et al., 2016, s.383). Smerte er en personlig erfaring. Fenomenet smerter er svært sammensatt og påvirkes av en rekke faktorer, som enten kan forverre eller redusere smerteopplevelsen. Det er bare den som kjenner smerten som kan vite hvor intens den er, og hvor lenge den varer. Det er vanskelig å beskrive smerte til andre (Danielsen, et al., 2016, s.383). Ved sterke smerter kan det være symptomer fra det autonome nervesystemet. Symptomene kan være svette, rask puls og blekhet. Når disse symptomene kommer samtidig som at en person uttrykker smerte blir en ofte møtt med omsorg (Danielsen, et al., 2016, s.383).

2.4 Kartlegging av smerte hos den geriatriske pasient

Kartlegging av smerte hos eldre er komplekst. Smerte har stor betydning for den gamles evne til å ta vare på seg selv. Smertekartlegging med geriatrisk fokus omfatter informasjon om smerten og dens årsak og informasjon om hvordan smerten påvirker pasientens fysiske, kognitive og psykososiale funksjon (Bjørø & Torvik, 2010, s. 337).

Kartleggingen av smerte hos eldre bør starte med å spørre pasienten om han har smerter, og hvordan smerten oppleves. Strukturerte og enkle spørsmål gjør det enklere for den eldre å formidle smerten, selv med en moderat kognitiv svikt (Bjørø & Torvik, 2010, s. 337-338).

Når en skal velge kartleggingsverktøy, må det velges ut ifra den enkeltes kognitive og funksjonelle evner. Det er viktig å bruke kartleggingsverktøyet systematisk og konsekvent over tid. Dette gjør en for å evaluere effekten av smertestillende tiltak (Bjørø & Torvik, 2010, s. 339).

Den kognitive statusen hos den eldre er et viktig element i smertevurderingen. Både smerten i seg selv og smertebehandlingen. Medikamentell behandling kan medføre endringer i pasientens kognitive status. Ved å kartlegge den kognitive statusen til pasienten før oppstart av smertebehandling, vil en kunne oppdage eventuelle endringer (Bjørø & Torvik, 2010, s. 340). Det er viktig å kartlegge pasientens psykiske tilstand. «Angst og depresjon kan oppstå i forkant av forventet smerte og som konsekvens av det å oppleve smerte» (Bjørø & Torvik, 2010, s. 340)

2.2.1 Kognitiv svikt og demens

Studier viser at eldre med kognitiv svikt og demens på sykehjem og sykehus er særlig utsatt for mangelfull smertevurdering og behandling. Det er utfordrende og gjøre en smertevurdering av eldre med demens. I tidlig fase av sykdommen kan pasienten uttrykke smerter med tydelige ord. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, svekkes den språklige kommunikasjonsevnen. Kommunikasjonsevnen kan svekkes i så stor grad at pasienten ikke klarer å formidle sin smerte med ord (Bjørø & Torvik, 2010, s. 341).

Når språkevnen svekkes er det nødvendig å observere atferd som tegn på smerte. Det er ulike smerteindikatorer man kan observere hos eldre med demens I *tabell 1* forklares noen av indikatorene:

Ansiktsuttrykk:	Mørkt, trist, fryktsomt ansiktsuttrykk
Verbalisering/vokalisering:	Gjentatte monotone rop, støyende utbrudd, rop om hjelp, grove utrop
Kroppsbevegelser:	Rigid og anstrengt kroppsholdning
Forandringer i mellommenneskelig samhandling:	Aggressiv, stridslysten, motsetter seg omsorg, forstyrrende atferd, tilbakeholden

Forandringer i aktivitetsmønster og rutiner:	Matvegring, endringer i matlyst, endringer i søvnmønster, økt vandring
Forandringer i mental status:	Gråtetokter, rennende tårer, økt forvirring, irritabilitet

Tabell 2, (Bjøro & Torvik, 2010, s. 342)

2.2.2 Kartleggingsverktøy

Det finnes ulike kartleggingsverktøy for å kartlegge pasientens smerte. Vi har tatt for oss de mest brukte kartleggingsverktøyene. De mest kjente er NRS og VAS, men disse gir ikke alltid et troverdig resultat ved bruk på pasienter med demens. Det er spesielt Morbid-2, Dolpus- 2 og Abbey pain scale som er rettet mot pasienter med demens. Implementering og daglig bruk av vurderingsskjemaer og skalaer kan møte motstand hos sykepleiere som frykter for at det individuelle perspektivet i omsorgen da blir borte, eller tar tid (Danielsen et al., 2016, s 383). Torvik & Bjøro (2010, 398) beskriver at ved bruk av kartleggingsverktøy måler en kun tilstedeværelsen av smerte.

NRS – Numeric Rating Scale.

- En numerisk skala som gis muntlig av pasienten med et tall fra 0 til 10 som kan brukes hvis pasienten er våken og orientert. (Bjøro & Torvik, 2010, s. 339).

VAS – Visuell analog skala

- Visuell analog skala er en skala der pasienten skal sette et kryss på en linje. Linjen er 10 cm lang. 0 cm er ingen smerte, mens 10cm er verst tenkelig smerte. Pasienten setter kryss på linjen som best representerer sin smerte. Denne skalaen er vanskelig å bruke for eldre fordi det stiller krav til abstrakt tenking (Bjøro & Torvik, 2010, s. 340).

Mobid-2

- Morbid-2 er et observasjonsbasert smertekartleggingskjema. Skjemaet omfatter vurdering av smerte fra muskel- og skjelettsystemet, indre organer, hode og hud. Skjemaet omfatter fem strukturerte bevegelser som mobiliserer hender, skuldre, hofter, knær ankler og rygg (Sandvik, 2020, s. 4).

Dolopus- 2

- I utgangspunktet ble dolopus- 2 utviklet for å kartlegge smerter hos barn. Skjemaet ble videreutviklet for å kartlegge smerte hos eldre med kognitiv svikt. Skjemaet består av ti punkter som er gruppert i tre områder: somatiske plager, psykososiale reaksjoner og psykomotoriske endringer (Galek & Gjertsen, 2011, s. 64). De somatiske plagene observeres via ansiktsuttrykk, beskyttelse av kroppen, såre områder og forstyrret søvn. Psykomotoriske endringer observeres via atferdsendringer og endringer i kommunikasjonen (Galek & Gjertsen, 2011, s. 64). Ulempen med Dolopus- 2 er at noen observasjonsområder er vanskelig å tolke som smerteuttrykk, tegn på psykososiale reaksjoner kan gi uttrykk for flere ting (Bjørø & Torvik, 2010, s. 342).

Abbey pain scale

- Abbey pain scale er utviklet for å måle smerte hos pasienter med demens. Det er sykepleieren som utfører kartleggingen baser på hva sykepleieren observerer. Abbey pain scale består av seks punkter: vokalisering, ansiktsuttrykk, endringer i kroppsspråk, atferdsendringer, psykososiale endringer og fysiske endringer (Brown, 2011, s. 19-20). Det som gjør Abbey pain scale så unik er at det ikke krever noe fra pasienten. Samtidig kreves det kunnskap og erfaring fra sykepleieren som utfører kartleggingen.

2.3 Behandling av smerte

Grunnlaget for smertelindring er at pasienten skal ha det best mulig, uten unødvendig lidelse. Pasienten bør være i stand til å bevege seg og puste godt. Behandleren bør ha tilstrekkelig kunnskap om bivirkninger av smertebehandlingen, samt kunnskap om forebygging og behandling av eventuelle bivirkninger (Danielsen, et al., 2016, s.388)

Målet for smertebehandling hos gamle er å lindre smerte, bedre funksjonsnivå og livskvalitet. Det er ikke alltid mulig å fjerne smerten helt, så målet med smertebehandlingen er å hjelpe pasienten til å meste smertene (Bjørø & Torvik, 2010, s. 342)

2.3.3 *Medikamentell behandling*

Økende alder medfører endret følsomhet ovenfor legemidler som virker inn på sentralnervesystemet. En regel innenfor smertebehandling, er at behandlingen innledes med den laveste dose hvor en kan forvente en smertelindrende effekt. Dosen justeres deretter i henhold til effekt og eventuelle bivirkninger, inntil ønsket effekt er oppnådd. Bruk av to eller flere legemidler med ulike virkningsmekanismer kan gi større smertelindrende effekt med mindre fare for bivirkninger (Bjørø & Torvik, 2010, s. 343).

Ved medikamentell behandling av smerte, bør en velge den minst invasive og sikreste måten å administrere legemidlet. Intramuskulære injeksjoner av analgetika bør unngås hos eldre. Ettersom at redusert muskelmasse og redusert opptak av legemidler kan resultere i forsinket eller forlenget effekt av legemidlet. Dermed er det en større fare for overdosering ved gjentatte injeksjoner (Bjørø & Torvik, 2010, s. 343)

Det vanligste legemidlet er Paracetamol. Paracetamol brukes ved milde til moderate smerter og har få bivirkninger (Bjørø & Torvik, 2010, s. 343). Ikke-steroide anti-inflammatoriske midler (NSAIDS) gir effektiv smertelindring og virker betennelsesdempende. NSAIDS bør brukes med forsiktighet av eldre pasienter grunnet den økte tendensen av magesår, økt blødningstendens, væskerestriksjon, økt risiko for nyresvikt, økt risiko for hjernesykdom og cerebrovaskulære sykdommer (Bjørø & Torvik, 2010, s. 343).

Opioider kan brukes ved moderate til sterke smerter. Opiater gir smertelindring, virker angstdempende og hostedempende. Det frarådes å bruke flere opioider samtidig. Grunnen til det er at det vil være vanskelig å vite hvilke legemidler som gir eventuelle bivirkninger. Opiater må brukes med forsiktighet hos eldre på grunn av nettopp bivirkninger. De vanligste bivirkningene er kvalme, oppkast, obstipasjon, delirium, respirasjonshemming, kløe, urinretensjon, hypotensjon og sedasjon (Bjørø & Torvik, 2010, s. 344).

Legemidler som brukes i behandling av andre sykdommer kan brukes i behandling av smertetilstander hos eldre. Det vanligste legemidlene er antidepressiva og antiepileptika (Bjørø & Torvik, 2010, s. 344).

2.4 Sykepleierens funksjon

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet» (Kristoffersen et al., 2016, s. 17)

Å kunne møte pasientene med barmhjertighet og respekt er svært viktig, spesielt i møte med pasienter med demens. Disse pasientene kan ikke alltid uttrykke sine behov og det er derfor viktig med tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter hos sykepleieren. Denne pasientgruppen er særlig utsatt for pleielidelse. Katie Eriksson sammenfattet pleielidelse i følgende kategorier: krenkelse av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse og uteblitt pleie. Krenkelse av pasientens verdighet er den vanligste formen for pleielidelse (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 195).

Når sykepleieren gir omsorg til pasienter som har kognitiv svikt, eller annen omfattende funksjonssvikt, er dette særlig viktig at vedkommende blir møtt med respekt og barmhjertighet. Det er fordi det er pasienter som selv ikke kan beskytte sin egen integritet og menneskeverd. (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 196). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleieren understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. Sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta egne avgjørelser ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, samt forsikre seg at informasjonen som er gitt er forstått. Sykepleieren skal utøve sitt yrke på grunnlag av forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Pasient og- brukerrettighetsloven skal ifølge formålsbestemmelsen i §1-1 bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker, og helse- og omsorgstjenesten. Loven skal fremme sosial trygghet, ivareta respekten for den enkelte pasient og brukers liv, integritet og menneskeverd. Sykepleieren skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, §4).

3.0 METODE

3.1 Hva er metode

«Metode forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å framskaffe eller etterprøve kunnskap» (Dalland, 2015, s. 111).

Metode er det redskapet vi bruker for å undersøke vår hensikt med denne oppgaven. Hovedsakelig brukes kvantitative eller kvalitative metoder i empiriske studier. En kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter. Metoden kjennetegnes ved at den går i bredden og er mer systematisk i sin innhenting av data. Datasamlingen skjer også uten direkte kontakt med feltet. En kvantitativ metode ønsker å få fram en forklaring på et problem eller noe som undersøkes (Dalland, 2015, s. 112-113).

En kvalitativ metode fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Metoden går mer i dybden og får større sammenheng og helhet. Det er også en større nærhet til feltet, hvor datasamlingen skjer i direkte kontakt. Tilnærmingen sikter på å formidle en forståelse (Dalland, 2015, s. 112-113).

3.2 Integrativ litteraturoversikt

En litteraturoversikt handler om å skape en oversikt over kunnskapen innenfor et spesifikt område (Frieberg, 2017, s. 141). En litteraturoversikt kan ha ulike formål og kan gjøres på ulike måter. Hovedsakelig brukes allmenn og integrativ litteraturoversikt. Felles for begge metodene er å skape en oversikt, beskrive sammenstillingen av et område, samle allerede publiserte forskningsresultater og skape et grunnlag for kritisk granskning av et avgrenset område (Frieberg, 2017, s. 144).

Vi har valgt å gjøre en integrativ litteraturoversikt i denne oppgaven. Integrativ litteraturoversikt skiller seg ut fordi den går mer i dybden. Den tar analysen lengre og en må trekke egne konklusjoner. Både kvalitative og kvantitative studier inngår i integrativ litteraturoversikt. Integrativ litteraturoversikt «... handlar om att identifera underliggande mönster i data» (Frieberg, 2017, s. 150).

3.3 Litteratursøk

Arbeidet med å søke etter relevant litteratur kan deles opp i to deler, det innledende og det egentlige litteratursøket. Den innledende delen skaper grunnlaget for det videre søket. Formålet er å få fram tilstrekkelig bakgrunnsinformasjon for å kunne gå videre til neste steg (Österlundh, 2017, s. 61). I det egentlige litteratursøket blir det brukt en variasjon av kilder, hvor tyngdepunktet ligger på vitenskapelige artikler og relevant faglitteratur (Österlundh, 2017, s. 61).

3.3.1 Søkeprosess

For å finne empiriske artikler som understøtter vår problemstilling søkte vi i universitetsbibliotekets nettsider for å finne artikler (Universitetet i Stavanger, 2022).

Vi valgte ut helsefaglige databaser som Cinahl, PubMed og i Oria for å finne empiriske artikler. For å finne gode synonymer og søkeord på engelsk brukte vi Mesh.uia.no. Vi opplevde at vi ikke fant gode nok artikler ut ifra vår søkestrategi i PubMed, og kun et fåtall av brukbare artikler i både Cinahl og Oria. Vi fikk mange treff uavhengig om vi spesifiserte søkeordene eller ikke. I Cinahl brukte vi søkeordene Dementia, pain, identification og pain management. I Oria brukte vi søkeordene Demens, smertelindring og smerter. Disse søkene ga oss tre artikler vi ønsket å bruke i vår oppgave. For å finne fram til flere gode artikler gikk derfor inn i litteraturlisten til en artikkel som vi følte traff godt på vår problemformulering. Der fant vi en artikkel til som samsvarte godt med problemstillingen.

3.3.2 Valg av artikler

Når vi gikk fram for å velge ut artikler så hadde vi flere inkludering- og ekskluderingskriterier. For å tydeliggjøre disse satt vi det opp i en tabell: (3)

Inkluderingskriterier	Ekskluderingskriterier
Fagfellevurdert (Peer review)	Ikke eldre enn ti år
IMRaD struktur	Pårørende perspektiv
Vitenskapelig artikkel	Artikler utenfor Europa
Sykepleie/Lege perspektiv	Artikler som handlet om en generell identifisering og behandling av smerte
Artikler skrevet på engelsk eller skandinavisk	

Tabell 3

Vi kom frem til fire artikler som passet vår hensikt. Artikkene som ble valgt ut er skrevet i 2013, 2017, 2020 og en i 2021. Vi ønsket artikler som var rettet spesielt mot pasienter med demens. Artikler som ikke omhandlet demens, ble dermed ekskludert. Vi ønsket artikler som var geografisk plassert innenfor Europa, og spesielt Skandinavia. Dette ønsket vi på bakgrunn av det nokså like helsevesenet som vi har her i Norge. Arenaene for artikkene er institusjoner som omsorgssenter/sykehjem og sykehus. To av artikkene er basert på intervjuer av leger og pårørende. Vi undersøkte hvilke tidsskrifter artikkene var publisert i for å understøtte artikkelenes troverdighet. Artikkene vi har valgt følger IMRaD struktur. IMRaD er en forkortelse for introduksjon, metode, resultater og diskusjon (Dalland, 2015, s. 79).

I søkeprosessen fant vi ingen kvantitative artikler som passet til vår hensikt. Kvalitative artikler gir rikere data og er mer hensiktsmessig i forhold til vår problemstilling. Derfor består denne oppgaven av fire kvalitative artikler. Artikkene ble valgt ut på bakgrunn av deres innhold og at de samsvarte med vår problemstilling og hensikt. Artikkene vi har valgt å ta med, er plassert i tabellen nedenfor. (Tabell 4)

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
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.	Utfordringer med å kartlegge hos pasienter med demens	Å utforske smerteidentifikasjon, vurdering og behandling for personer med demens som bor i bofellesskap.	Helsepersonell/pårørende	Kvalitativ tilnærming. Semistrukturerte intervjuer med 31 deltagere. Blant de var det pårørende, pasienter, leger og psykiatere
Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.	Utfordringer og dilemmaer med smertekartlegging og smertebehandling hos pasienter med demens	Utforske erfaringene sykepleierne har med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.	Sykepleier	Kvalitativ artikkel med 18 deltagere hvor det ble utført semistrukturerte intervju med tre forskjellige fokusgrupper blant sykepleiere på geriatriiske avdelinger på to ulike sykehus, og en skjermet demensavdeling ved et kommunalt sykehjem.

Lundin, E. & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes	Omsorg ved livet slutt hos pasienter med langt kommen demens.	Beskrive erfaringer hos sykepleiere i omsorg for personer med langt kommen demens og smerter ved livets siste slutt.	Sykepleier	Kvalitativ studie, med semistrukturerte intervju. 13 deltagende sykepleiere fra 12 forskjellige sykehjem.
Jansen, B.D.W., Brazil, K., Passmore, P., Bucham, H., Maxwell, D., McIlfatric, S.J., Morgan, S.J., Watson, M. & Parsons, C. (2017). There's a Catch-22' – The complexities of pain managment for people with advanced dementia nearing the end of life: A qualitative exploration of	Kompleksiteten ved smerte-behandling for mennesker med avansert demens som nærmer seg slutten av livet.	Å utforske legers erfaringer med smerte-behandling for pasienter som nærmer seg livets siste slutt, forskrivnings- og behandlings-tilnærmingene, og metodene som brukes for å overvinne disse utfordringene.	Lege	Kvalitativ studie, hvor det ble utført semistrukturerte intervjuer med 23 deltagende leger.

physicians' perspectives				
-----------------------------	--	--	--	--

Tabell 4

3.4. Analyse av artikler

Ved å følge Friebergs mal om analyse av kvalitativ forskning, har vi hovedsakelig gått ut i fra resultatene i studiene. Vi har benyttet oss av metasyntese som vil si å sammenligne, analysere og tolke forskningsartikler. (Frieberg, 2017, s. 130-132). Dette har ført til tre hovedfunn og to underkategorier, som vist i tabell 5:

Hovedkategori	Underkategori
Kommunikasjon og ferdigheter	Pasientens evne til selvrapporing
Bruk av kartleggingsverktøy	
Behandling av smerter	Barrierer ved smertebehandling

Tabell 5

4.0 RESULTAT

Etter å ha analysert artiklene grundig, så har vi delt funnene i hoved- og underkategorier. Vi har kommet fram til hovedkategoriene kommunikasjon og ferdigheter, bruk av kartleggingsverktøy og behandling av smerte. I underkategoriene inngår pasientens evne til selvrappoterer og barrierer ved smerter. Disse funnene svarer godt til vår problemstilling og hensikt.

4.1 Kommunikasjon og ferdigheter

Det kommer fram i de analyserte artiklene at det er utfordringer knyttet til kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter. I tillegg kommer det fram at det er manglende ferdigheter knyttet til det å identifisere smerte hos eldre med demens.

En av studiene oppgir at deltakerne sjelden eller aldri brukte smertekartleggingsverktøy. Blant annet uttrykte en av deltagere usikkerhet knyttet til om smertekartleggingsverktøy var noe som ble benyttet. Informantene ved studien hadde kunnskap om smertekartleggingsverktøy, men var samtidig i tvil om dette kunne brukes på pasienter med demens. Studien peker også på at evaluering av smertelindring foregikk fortløpende, og at dokumentasjon av den ikke hadde noen fast prosedyre (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30). Jansen et al., (2017, s.737) viser og til observasjon som endring av atferd har sine begrensninger da en kan mistolke atferden med at pasienten opplever smerter. Isteden kan endringene skyldes psykososiale faktorer som stress, angst eller redsel. Videre legger de til viktigheten av å kjenne til pasientens normale tilstand.

De ulike studiene påpeker også viktigheten av kommunikasjonen mellom helsepersonell og pårørende. Jansen et al. (2017, s. 739) framhever og viktigheten med informasjon fra pårørende når det gjelder det å identifisere og behandle smerter. Samtidig oppgir Lundin & Godskesen (2021, s. 5) at pårørende ofte oppdager smerte tidligere enn sykepleieren, ettersom pårørende har kjent pasienten lengre enn sykepleieren.

“...I couldn't know if she had behaved like this before and that made it difficult. It helps so much If you have been take care of the person for a while” (Lundin & Godskesen. 2021, s. 4)

Sykepleierens utfordringer i møte med pårørende kommer også fram av studiene. Blant annet ønsker en del pårørende at pasienten skal få mer smertestillende. Noen sykepleiere ga pasienten en ekstra dose med smertestillende for pårørendes skyld (Lundin & Godskesen. 2021, s. 5). Dette kommer også fram i Lillekroken & Slettebø (2013, s. 31). Samtidig opplevde sykepleierne at pårørendes oppfatning av smerte ikke samsvarte med hva pasienten selv oppga.

4.1.1 Pasientens evne til selvrappotering

Det kommer tydelig fram av de analyserte studiene at selvrappotering er en gjentagende utfordring. I Lundin & Godskesen (2021, s. 4) forsøker sykepleiere å stille pasienten spørsmål om vedkommende sin smerteopplevelse. Når det ikke gikk, eller pasienten ikke ga et troverdig svar, fokuserte sykepleieren heller på å observere pasientens non-verbale kommunikasjon, slik som stønning, roping eller ansiktsuttrykk. Videre peker studien på usikkerhet om det non-verbale uttrykket skyldes smerte eller angst. De non-verbale uttrykkene kan indikere angst, redsel eller stress, og ikke nødvendigvis smerte. Det er derfor en fordel at sykepleieren kjenner pasienten, slik at det blir lettere å se forskjellen på hva som er normal atferd og hva som kan være indikasjoner på smerte (Jansen et al., 2017, s.737).

I Bullock et al., (2020) gir de et godt eksempel på forskjellen mellom pasientens selvrappotering og legens kliniske vurdering.

“... a lady come in: she'd snapped two bones in her hand, and it was really, really deformed [...] I said: “is it painful?” “no”. “is this painful?” “no”. “is anything painful?” “no”. I don't believe you can fracture two bones [...] I don't believe that wasn't painful. (Alan, GP, 33)” (Bullock et al., 2020, s. 6).

4.2 Bruk av kartleggingsverktøy

To av studiene oppgir at deltagerne ikke kjente til, eller ikke brukte kartleggingsverktøy tilpasset for pasienter med demens (Bullock et al., 2020, s. 8., Lillekroken & Slettebø, 2013, s.30). Lillekroken & Slettebø (2013) belyser at bruken av VAS skalaen er avhengig av graden av kognitiv svikt pasienten har, bruk av kartleggingsverktøyet forutsetter at pasienten forstår informasjonen som blir gitt, og klarer å gradere smerten sin.

Lillekroken & Slettebø (2013, s. 31) oppgir å ikke benytte kartleggingsverktøy. Sykepleierne ved sykehjemmet og noen fra sykehuset uttrykket ønske om felles retningslinjer for behandling og lindring av smerter. Lundin & Godskesen (2021, s. 4) oppgir at de fleste sykepleierne brukte Abbey Pain Scale som vurderingsverktøy, mens andre mente de ikke kunne brukes på grunn av dårlige retningslinjer for bruken av den. I stedet evaluerte sykepleierne pasienten med egen intuisjon og erfaring. Bruk av pain assessment tools: artikkelen forklarer at bruk av selvrapporteringsverktøy som 1-10 skala ikke er helt troverdig ved bruk på pasienter som har demens.

“ Sometimes I use the 1-10 scale [...] I wouldn't rely on that too much with a person with dementia, because that might not be accurate ” (Bullock et al., 2020, s. 8)

4.3 Behandling av smerter

Sykepleierne ved Lillekroken & Slettebø (2013, s. 20) peker på at komorbiditet og polyfarmasi påvirker smertelindringen. De fleste var enige i at kommunikasjonssvikt på grunn av demenssykdom kunne føre til at pasientene ikke kunne verbalisere sin smerte. Det er dermed en stor fare for at pasientene blir over-, under- eller feilmedisinert.

“ It is difficult, because most of them you cannot ask and get a clear answer from ”
(Lundin & Godskesen, 2021, s. 4)

Deltakerne ved Lillekroken & Slettebø (2013, s. 31) har som mål å lindre pasientens smerter. De belyser utfordringer ved at pasienter ikke ønsker og ta imot smertestillende. Sykepleiere brukte mye tid på å oppmuntre pasientene til å ta smertestillende. Som følge av at de ikke ønsket å ta tablettene, følte sykepleieren at valget falt på tvangsbehandling som siste utvei. Dette skyldtes blant annet på grunn av mangel på andre tiltak.

“Gir du dem tabletter, så spytter de dem ut, å stikke dem er vanskelig... jeg synes det er vanskelig når vi skal gi dem med tvang...” (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31).

Lundin & Godskesen (2021, s 5) avdekker utfordringer med tid. Sykepleierne mener det er viktig å være sammen med pasientene for å kunne lindre smerten godt nok. Det å være tilgjengelig kan bidra til å lindre smerte relatert til psykososiale lidelser. Ensomme pasienter med demens kan oppleve den type smerte

4.3.1 Barrierer ved smertebehandling

Deltakerne ved en studie gir uttrykk for bekymring knyttet til underdiagnostisering og ubehandlet smerte. Noen av årsakene kan være pasientenes høye aldrer, individuelle behov for smertelindring og demenssykdom som fører til omfattende kognitiv svikt, og dermed også svekket kommunikasjon.

“...ubehandlet smerte kan føre til økt forvirring hos disse pasientene...” (Lillekroken & Slettebø, 2013, s.30)

Lundin & Godskesen (2021, s.4) peker på vanskelighetene med å vite om pasienten hadde angst eller smerter. Dog oppga de at kombinasjonen av smertestillende og beroligende viste god effekt. De viser og så til viktigheten med erfaring og kunnskap knyttet til smertevurdering hos pasienter med demens.

“It demands skill to be able to assess whether a person with dementia is in pain ...you need to be really good at communication to sort this out..and this is something you have to learn through practice” (Lundin & Godskesen. 2021, s.4).

Lundin & Godskesen (2021, s. 4) avdekker også sykepleiernes utfordring med å oppnå riktig dose smertestillende. Flere var enige om at det var bedre å gi for stor dose enn for lav, selv om det gikk utover pasientens respirasjon.

Lillekroken & Slettebø (2013, s. 30) opplyser det om at en av postlegene avmedisinerer de eldre ved å plukke ut eller trappe ned medikament. Dette resulterer at pasienten blir mindre forvirret. Det kommer fram at symptomer fra nervesystemet, eksempelvis motorisk uro, kan gjøre det vanskeligere å identifisere symptomer på smerte eller symptomer på demens (Jansen

et al., 2017, s.737). Utfordringer knyttet til atferdsmessige endringer belyses, fordi atferden avgjorde om det var demensdiagnosen som var i utvikling, eller om pasienten hadde smerter. Videre viser studien til problemer knyttet til tidsmangel, herunder blant annet i form av manglende tid til å utføre grundige undersøkelser av pasientene. Dette illustrerer viktigheten av å kjenne pasienten (Bullock et al., 2020, s.7).

I de ulike studiene kommer det fram at smertelindring kan innebære en rekke potensielle virkninger og bivirkninger. De belyser blant annet utfordringer knyttet til polyfarmasi, altså hvordan det kan påvirke atferd og toleranse for legemidler. Deriblant belyses viktigheten av kompetanse, ferdigheter og erfaring i optimal smertebehandling og kartlegging (Jansen et al., 2017, s. 740).

Det avdekkes dessuten utfordringer knyttet til behandling av smerte hos den eldre pasient. Blant annet mente informantene at eldre personer generelt, og demente pasienter spesielt, var mer sårbare til medisiner. Blant annet kom det fram at pasienten kunne bli svimmel og usete. Dermed øke fallrisikoen.

“En informant mente at jo eldre pasienten er, desto lavere toleranse har pasienten for medisiner og spesielt for smertestillende medisiner ...” (Lillekroken & Slettebø, 2013,s. 30)

I Bullock (2020, s. 9) peker forfatterne på utfordringer med å finne riktige preparater, herunder de preparatene som gir minst bivirkninger. Det vises også til utfordringer knyttet til interaksjoner med andre legemidler, herunder pasienter som går på blodfortynnende og som ikke kan ta ibuprofen. Videre beskrives utfordringene knyttet til polyfarmasi. Her nevnes blant annet fare for interaksjoner med andre medisiner, samt vansker med å finne en god balanse hva gjelder bivirkninger og interaksjoner med andre legemidler.

“...there’s potential for a lot of interactions with the other medication that they are on, then you face the difficulty with the side effects of medications” (Jansen et al., 2017, s. 738).

Lundin & Godskesen (2021, s. 3) belyste utfordringene med å vurdere smerte når demenssykdommen påvirket pasientens evne til å uttrykke seg verbalt. Det førte blant annet til vanskeligheter med å vurdere effekten av smertestillende. Informanter i Lillekroken & Slettebø (2013, s. 31) oppga at endringer i pasientens atferd kunne være kriterium for

evaluering og smertelindring. Hvis pasienten ble rolig, kunne det indikere effekt av medikamentet. Videre pekes det på at effekten av smertestillende ga uforutsigbarhet, blant annet individuell effekt hos hver enkelt pasient. Informantene hadde derfor en «start low, go slow» holdning, og ga paracetamol som førstevalg (Jansen et al., 2017, s. 738).

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Land og arena for studiene

Studiene ble utført i England, Sverige og Norge. Som nevnt i metodekapittelet ønsket vi oss studier fra henholdsvis Skandinavia og Europa. Vi tenker at England og spesielt Sverige er representative for norsk helsevesen. Disse landene har godt etablerte helsetjenester med høyt utdannet helsepersonell.

Da vi ønsket å innhente forskning innenfor kartlegging og behandling av smerter hos pasienter med demens, var det viktig å velge artikler som var rettet mot relevante arenaer. Arenaene for studiene vi valgte oss er hovedsakelig sykehjem og sykehus. Studien til Lillekrøken & Slettebø (2013) er geriatrisk sengepost på sykehus og skjermet demensavdeling. Lundin & Godskesen (2021) sin studie er kun rettet mot sykehjem. Studien til Bullock et al., (2020) er mer rettet mot erfaringer fra pårørende og leger. Det samme gjelder studien til Jansen et al., (2017), som i hovedsak er basert på legers erfaringer. Disse artiklene ble bevisst tatt med selv om de ikke er sykepleierrettet. Dette gjorde vi fordi det var vanskelig å finne gode artikler som var rettet mot sykeleiers erfaringer. Arenaene for studinen til Bullock et al., (2020) og Jansen et al., (2017) er ikke spesifikt rettet mot sykehjem eller sykehus, men viser til en generell utfordring knyttet til identifisering og behandling av smerte hos pasienter med demens, sett fra legens perspektiv.

5.1.2 Forskerens bakgrunn og studiens deltagere

For å understøtte artiklenes troverdighet, undersøkte vi forskernes bakgrunn. Forskerne hadde helsefaglig bakgrunn som lege eller sykepleier. Samtlige av forskerne hadde videreutdanning innenfor geriatri, professortittel eller doktorgrad. Forskerens høye utdannelse og vitenskapelige publiseringer styrket artiklenes troverdighet.

Alderen blant sykepleierne i Lillekroken & Slettebø (2013) var mellom 24 til 61 år. Erfaringsspennet varierte fra 3 til 35 år. Lundin & Godskesen (2021) hadde 13 deltagende sykepleiere fra 12 forskjellige sykehjem. Alderen blant sykepleierne varierte fra 27 til 66 år, og de hadde 1-15 års arbeidserfaring.

Studien til Bullock et al., (2020) inkluderer åtte pasienter med demens, ni pårørende, ni leger og fem psykiatere. Erfaringen varierte fra 1 til 33 år. Studien Jansen et al., (2017) er det 23 deltagende leger i ulike sektorer. Ni jobber i primærhelsetjenesten, syv i psykiatrien og syv jobber på hospice. De hadde 5 til 31 års erfaring og var mellom 28 og 58 år.

5.1.3 Integrativ litteraturoversikt som metode

Vi mener at bruken av integrativ litteraturoversikt som metode, hvor vi har brukt fire forskningsartikler har vært tilstrekkelig for å besvare vår problemstilling og hensikt. Ved å foreta en datareduskjon ser vi at funnene går igjen i samtlige av artiklene. Dermed er det vår vurdering at disse fire artiklene svarer godt til vår hensikt. Tre av artiklene er skrevet på engelsk. I oversettelsen av artiklene er det ikke utenkelig at viktig informasjon eller andre nyanser er gått tapt. Dette er en svakhet i oppgaven. Artiklene vi valgte er enten sykepleierrettet eller sett i legerperspektiv. Vi har valgt dette perspektivet da det først og fremst er observasjoner og behandling gjort av sykepleier og lege som er utfordringen i vår problemstilling. Grunnen til at vi valgte å ta med legers perspektiv var for å understreke viktigheten av samarbeid mellom lege og sykepleier, for å kunne gi best mulig pleie til pasienten.

5.1.4 Kvalitativt tilnærming som metode

Alle artiklene har benyttet seg av kvalitativ tilnærming som metode for å finne svar på sine problemstillinger. Som beskrevet i metodekapitlet går kvalitativ metode mer i dybden og gir en stor sammenheng og helhet. Eksempelvis er hensikten i studien til Lillekroken & Slettebø (2013) å utforske sykepleiers erfaring med smertelindring og smertebehandling hos pasienter med demens. I studien til Lundin & Godskesen (2021) er hensikten å beskrive sykepleierens

erfaring med omsorg til pasienter med langtkommen demens og smerter ved livets slutt. Lundin & Godskesen (2021) hadde inklusjonskriterier som krevde at deltagerne i studien hadde ett års erfaring som autorisert sykepleier på sykehjem, samt erfaring med terminal pleie av pasienter med langtkommen demens og smerter. Inklusjonskriteriet sammenholdt med høy arbeidsbelastning gjorde rekrutteringen vanskelig. I gjennomsnitt var det kun en sykepleier fra hvert sykehjem som deltok i studien. Ettersom man da kun får ett synspunkt, svekker dette studiens troverdighet. Ingen av deltagerne i studien hadde videreutdanning innenfor geriatri, palliasjon eller demensomsorg, noe deltagerne i studien til Lillekroken & Slettebø (2013) heller ikke hadde. Hvorvidt dette er en svakhet i studiene kan diskuteres, men det illustrerer at det er mangel på kunnskap knyttet til demens og eldreomsorg.

Bruk av kvalitativ metode i disse studiene har belyst tydelige utfordringer knyttet til identifisering av smerte og smertebehandling hos pasienter med demens. Man får videre et innblikk i sykepleiers opplevelser og meninger. Vi mener derfor at bruk av kvalitativ metode har vært hensiktsmessig for å besvare problemstillingene i studiene.

Hva gjelder studienes gjennomførelse, ble det i alle fire artiklene utført semistrukturerte intervjuer. Det ble utviklet en intervjuguide i alle studiene. I studien til Lillekroken & Slettebø (2013) ble det utført gruppeintervjuer. En svakhet ved denne intervju metoden er at gruppedynamikken kan ha hatt en innvirkning på hvordan sykepleieren svarte på spørsmålene. I studien til Bullock et al (2020, s.3) ble det brukt ulike intervjuguides basert på hvilken gruppe som ble intervjuet. Intervjuguidene delte et overordnet fokus rundt identifisering av smerte, smertebehandling, samt vurdering av smerte. En svakhet i måten intervjuene ble gjennomført på i Bullock et al., (2020), var at i noen tilfeller var det pårørende som svarte på vegne av pasienten, selv om pasienten hadde evne til å uttrykke seg. I studien til Lillekroken & Slettebø (2013, s. 29) handlet intervjuguiden om sykepleiers erfaringer med smertekarlegging, smertelindring og evaluering av smertelindring. Studien til Lundin & Godskesen (2021, s.3) brukte en intervjuguide som var utviklet på bakgrunn av litteraturen og spørsmålene var rettet mot studiens hensikt. Intervjuguiden til Jansen et al (2017, s.736) var også basert på litteraturen og samarbeid mellom hospiceleger og akademikere fra sykepleie, aldersmedisin og palliasjon.

5.1.5 Etikk

Vi er opptatt av at etikken er ivaretatt i de ulike studiene. Samtlige av studiene søkte og innhentet etisk godkjenning. Deltagerne i de ulike studiene fikk informasjon om studienes formål i forkant av intervjuene. I to av studiene ser vi at deltagerne hadde mulighet til å trekke seg uten å måtte oppgi noen årsak. I studien til Bullock et al., (2020, s.2) ble metoden «prosesssamtykke» brukt for å sikre en personsentrert tilnærming til samtykke for personer med demens.

Studien til Lundin & Godskesen (2021) trengte ikke etisk godkjenning. Ifølge svensk lov om etisk granskning av forskning som involverte mennesker var det ikke nødvendig med en formell etikkgodkjenning. Noe vi ser som en negativ side med denne studien. Studien fulgte likevel etiske standarder som skissert i helsinki- erklæringen. Hadde intervju objektene vært pasientene selv er det ikke sikkert vi ville tatt med denne studien i vår oppgave.

5.2 Resultatdiskusjon

Vi har i resultatdiskusjonen gjort en vurdering av de ulike hovedfunnene fra resultatkapittelet. I tillegg har vi har satt disse opp mot teorien, samt egne refleksjoner. Hensikten med denne oppgaven er nettopp å finne ut hvordan sykepleieren kan øke sin kompetanse innen identifisering og behandling av smerte hos pasienter med demens.

5.2.1 Kommunikasjon og ferdigheter

Kommunikasjon mellom helsepersonell og pårørende går igjen i alle de fire artiklene. Pårørende kjenner ofte pasienten bedre enn sykepleieren, og kan være til hjelp i tidlig identifisering av smerte. Pårørende har ofte viktig informasjon angående tidligere bruk av smertestillende og har ofte også kunnskap om hvorvidt pasienten klarer å rapportere egen smerte. Pårørende kan være med å kartlegge effekten av smertestillende og eventuelle

bivirkninger (Lundin & Godskesen, 2021., Lillekroken & Slettebø, 2013, Jansen et al., 2017). I to av studiene forteller sykepleierne at de kunne gi mer smertestillende for pårørendes skyld, og at pårørendes ønsker om mer smertestillende ikke alltid samsvarte med pasientens egne ønsker (Lillekroken & Slettebø, 2013., Lundin & Godskesen, 2021). Disse funnene viser at det krever et godt samarbeid mellom pårørende og sykepleier. Å gi etter for pårørendes ønsker om mer smertestillende, når sykepleiers kliniske observasjoner ikke tilsier at det er behov for det, kan være en vanskelig situasjon. Det kan føre til mer vondt en godt for pasienten. Opioider må brukes med forsiktighet hos eldre på grunn av bivirkninger. I teorikapittelet blir de vanligste bivirkningene av opioider beskrevet. Kvalme, delirium, respirasjonshemming og sedasjon er noen av dem (Bjørø & Torvik, 2010).

Vi har selv erfart hvor utfordrende kommunikasjonen kan være med en pasient som har kognitiv svikt. Mangel på kunnskaper om demens og riktig kommunikasjonsteknikker gjør at man raskt kan komme i skade for å trekke egne konklusjoner. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleie (2019), sier at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet for å ta egne avgjørelser. Dette krever erfaring og kompetanse hos sykepleieren.

I teorikapittelet beskrives det at etter hvert som demenssykdommen utvikler seg kan kommunikasjonsevnen svekkes i så stor grad at pasienten ikke lenger klarer å formidle smerte. Når den språklige evnen svekkes blir det nødvendig å observere atferd som tegn på smerte (Bjørø & Torvik, 2010). Ut i fra de ulike studiene så ser vi at atferden til pasienten kan mistolkes, og det kreves at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap knyttet til de ulike observasjonene for å kunne skille atferd relatert til smerte, og atferd relatert til psykososiale faktorer (Jansen et al., 2017., Bullock et al., 2020).

Vi har begge jobbet på sykehjem, som fortrinnsvis pleieassistent og som helsefagarbeider før vi begynte på sykepleiestudiet. Her opplevde vi at vi ikke fikk opplæring i hva vi skulle se etter når det gjaldt observasjon av smerte. Ei heller fikk vi opplæring i hvordan vi skulle dokumentere hva vi observerte. Dokumentering av smerte, og effekten av smertebehandling er på ett vis sykepleierens måte å kommunisere med hverandre på. I studien til Lillekroken & Slettebø (2013), belyses utfordringer knyttet til dette, da det ikke var noen faste rutiner på dokumenteringen. Verken på pasientens symptomer på smerte, eller effekten av smertebehandling. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie skal sykepleien bygges på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk

sykepleierforbund, 2019). Dette innebærer at sykepleieren må tilegne seg ny kunnskap, samtidig som han eller hun må være seg bevisst på egne begrensninger.

5.2.2 Bruk av kartleggingsverktøy

Smerte har stor betydning for eldre sin evne til å ta vare på seg selv. Smertekartlegging med geriatrisk fokus omfatter informasjon om smerten og dens årsak, og om hvordan smerten påvirker pasientens fysiske og psykososiale funksjoner. Likevel viser studier til at eldre med kognitiv svikt og demens på sykehjem og sykehus blir utsatt for ufullstendig smertevurdering og behandling (Bjørø & Torvik, 2010). Man anser det derfor hensiktsmessig å benytte smertekartleggingsverktøy utviklet for personer med demens.

I studien til Bullock et al. (2020) og Lillekroken & Slettebø (2013) kommer det fram at de ikke kjente til, eller ikke benyttet kartleggingsverktøy for å identifisere smerter hos pasienter med demens. De oppgir og at de kunne bruke numerisk smerteskala fra 1 til 10, men at det ikke alltid var troverdig med svarene til pasienten. De peker på at de må ta høyde for graden av kognitiv svikt pasienten har ved bruk av kartleggingsverktøy. Dette med tanke på hvorvidt pasienten er i stand til å forstå informasjonen som blir gitt, og om vedkommende klarer å gradere smerten sin. Dette kan vi relatere oss til fra tidligere praksiserfaringer, ettersom kun en av oss som var klar over at det fantes kartleggingsverktøy rettet mot demens. Slik Bjørø & Torvik (2010) beskriver, vil en person med mild grad av kognitiv svikt være i stand til å beskrive sine smerter. Etterhvert som sykdommen utvikler seg, reduseres kommunikasjonsevnen. Dette gir utfordringer knyttet til å verbalisere sin smerte (Bjørø & Torvik, 2010). Av erfaring er det verdt å nevne at skaleringsverktøy som NRS og VAS er de mest kjente smertekartleggingsverktøyene. Likevel stiller disse krav til pasienten som er beskrevet i teorikapitlet. Disse kravene kan bli utfordrende for pasienter som lider av kognitiv svikt.

Studiene viste til at sykepleiere og leger vurderer pasienten ut i fra egne inntrykk, og kliniske blikk. Fra egen erfaring er det noe vi ser går igjen både på sykehus og sykehjem. Utfordringen med å ta utgangspunkt i egne vurderinger i smertekartlegging, er at man tolker smerte forskjellig, og ut i fra den enkeltes vurdering vil det foreligge ulike resultater avhengig av hvem som vurderer.

Danielsen et al., (2016) og studiene peker på at vurderingsskjemaer i liten utstrekning brukes. Blant annet fordi sykepleierne frykter at det individuelle perspektivet i omsorgen uteblir når en følger strukturerte skjemaer. Dette kan ha sammenheng med mangel på kompetanse knyttet til de ulike verktøyene.

Til tross for det forannevnte, finnes det smertekartleggingsverktøy rettet mot pasienter med demens. I teorikapitlet ble det tatt høyde for vurderingsverktøy som er aktuelle for denne pasientgruppen. I studien til Lundin (2021) benytter flere av sykepleierne seg av Abbey Pain Scale (ABS) som vurderingsverktøy, mens noen mente at det ikke var gode nok retningslinjer for hvordan det ble brukt. Dette vurderingsverktøyet er utviklet slik at den som utfører kartleggingen baserer seg på observasjon av pasienten, og omfatter seks punkter (Brown, 2011). ABS krever ikke noe fra pasienten. Likevel kreves det kunnskap og erfaring fra den som utfører kartleggingen. Et annet kartleggingsverktøy er Dolopus-2. Galek & Gjertsen (2011) oppgir at kartleggingsverktøyet ble videreutviklet for å kartlegge smerte hos eldre med kognitiv svikt. Denne inneholder 10 punkter som er gruppert i tre områder. Somatiske plager, psykososiale reaksjoner og psykomotoriske endringer (Galek & Gjertsen, 2011). Svakheter med denne tabellen er at enkelte av observasjonsområdene var vanskeligere å tolke spesifikt som smerteuttrykk fordi psykososiale reaksjoner kan uttrykke flere ting (Bjoro & Torvik, 2010). Til slutt har vi valgt å inkludere Mobid-2 som vurderer smerter fra muskel- og skjelettsystemet, indre organer, hode og hud. Denne kan være krevende for pasienten og bør helst utføres ved stell da dette krever at pasienten er liggende.

Slik Bjoro & Torvik (2010) beskriver er det viktig å være bevisst over at kartleggingsverktøyene kun måler tilstedeværelse av smerte. Likevel kan en tenke seg at konsekvent bruk av verktøyene kan øke kunnskap om pasientens smerteopplevelse. Dette kan bidra til aktivt forebyggende tiltak, som å administrere smertestillende til riktig tid.

5.2.3. Behandling av smerter

Danielsen et al., (2016) beskriver smertefenomenet i teorikapitlet som en personlig erfaring. Smerte som ikke blir oppdaget eller behandlet, kan få alvorlige helsemessige konsekvenser for den eldre, og kan medføre redusert livskvalitet (Bjoro & Torvik, 2010, s. 335). Imidlertid kommer det fram i de ulike studiene at det er for lite kompetanse om smertelindring hos

pasienter med demens. Lundin & Godskesen (2021) peker på vansker med å skille mellom psykososiale faktorer og faktiske smerter. Likevel viste de til at smertestillende og beroligende hadde god effekt, noe som ble lært gjennom erfart praksis. Videre viste de til viktigheten av erfaring og kunnskap om smertelindring hos pasienter med demens.

Manglende kompetanse og erfaring er noe en kan kjenne seg igjen. Basert på erfaring fra eldreomsorgen er det vanskelig å skille mellom psykososialt stress og smerter. Derimot kunne man se en sammenheng mellom motorisk uro og smerter. Jansen et al., (2017) og Bullock et al., (2020) peker på motorisk uro og symptomer på demens. Blant annet at atferdsmessige endringer både kunne tolkes som smerter, eller som utvikling av demens. Igjen viser dette til viktigheten av å kjenne pasienten. På en annen side beskriver Bjørø & Torvik (2010) at det er nødvendig å observere atferd som tegn på smerte når pasienten selv ikke er i stand til å formidle sin egen smerte (Se tabell 2). Erfaring fra praksis på geriatrisk avdeling møtte vi ofte pasienter med demens, som var motorisk urolig. Innhenting av komparentopplysninger var derfor fast prosedyre for å få informasjon om pasientens normale tilstand. Dette gjorde det lettere å fange opp om pasienten hadde smerter. Ved å sette litteraturen og de ulike studiene opp mot hverandre kan man se at motorisk uro tolkes ulikt. Det kan tolkes som tegn på smerte, angst, psykisk ubehag, eller som et symptom på demens.

Lillekroken & Slettebø (2013) og Bjørø & Torvik (2010) avdekker barrierer ved smertebehandling. Blant annet bekymring knyttet til underdiagnostisering, og ubehandlet smerte relatert til kommunikasjonssvikt mellom sykepleier og pasient. Dette relateres til demens som fører til omfattende kognitiv svikt. Når pasientens smerter ikke blir behandlet kan dette resultere i økt forvirring hos pasienten. Igjen kan det føre til manglende dybde i smertevurderingen (Lillekroken & Slettebø, 2013., Bjørø & Torvik, 2010). Ut fra våre erfaringer opplever vi at sykepleiere på sykehjem og sengepost er tilbakeholdene med å administrere sterke smertestillende til eldre. Dette skyldes at man ikke vet hvordan de kommer til å reagere, i tillegg til ulik oppfatning av symptomer på smerte hos demenspasienter. Dette knytter seg til manglende kompetanse.

Når det kommer til utfordringer knyttet til administrering av smertestillende belyses dette i Jansen et al., (2017) og Lillekroken & Slettebø (2013). Dette er noe vi kan kjenne oss igjen i, da det er begrenset hvor mye du vil forsøke å oppmuntre pasienten til å ta imot smertestillende. Smerte er generelt utfordrende å behandle. Grunnlaget for smertelindring er at pasienten skal ha det så godt som mulig, uten nødvendig lidelse. Det å skulle behandle

smerte hos pasienter som ikke klarer å uttrykke seg, gjør smertebehandlingen vanskeligere (Danielsen et al., 2016). I teorikapitlet blir overbehandling beskrevet. Spesielt trekkes det fram behandling ved intramuskulære injeksjoner. På grunn av redusert muskelmasse og redusert opptak av legemiddel, kan det oppstå en forsinket eller forlenget effekt (Bjoro & Torvik, 2010). Å smertelindre en eldre pasient, eller pasienter med kognitiv svikt kan være utfordrende. Pasienten bruker ofte flere medikament som igjen gir utfordringer knyttet til virkninger og bivirkninger (Jansen et al., 2017). Dette har vi observert på sykehjem og sengepost. De eldre pasientene lider ofte av såkalt *komorbiditet*. Dette innebærer at de har mange sykdommer som går inn i hverandre, og har dermed lange medisinalister. Det er derfor ikke lett å vite hvilke medikamenter som gir interaksjoner.

Når det gjelder underbehandling beskriver Bjoro & Torvik (2010) at økende alder gir endret følsomhet overfor legemidler som virker inn på sentralnervesystemet. En regel innenfor smertebehandlingen er at man i første omgang starter med lavest dose hvor en kan forvente effekt. Dette ser man går igjen i Jansen et al., (2017). Det er vanskelig å si om dette fungerer i praksis. Personlige erfaringer tilsier at smertebehandlingen stopper på den første forsøkte dosen. Muligens skyldes dette at sykepleieren mangler kompetanse og erfaring, eller at ansvaret blir for stort for den enkelte sykepleier. Dette skjer ofte på sykehjemmene på grunn av lav sykepleierdekning. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie (2020), har sykepleieren ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. Vi har i flere situasjoner opplevd at pasienten trekker seg tilbake på rommet eller ikke vil stå opp uten særlig grunn. Det kan derfor tenkes at pasienter som får over- eller underbehandlet smerte kan oppleve pleielidelse.

5.2.4 Konklusjon

Vi kan konkludere med at det er mangel på kunnskap og ferdigheter knyttet til identifisering, og behandling av smerter hos pasienter med demens. Dette baserer vi på funn fra de fire studiene, samt egne erfaringer. Vi mener at mer konkret og strukturert bruk av de ulike kartleggingsverktøyene, vil kunne bidra til å tidligere kunne identifisere smerte hos pasienter med demens. På denne måte vil en kunne gi bedre smertebehandling til disse pasientene.

6.0 ANVENDELSER I PRAKSIS

Slik problemstillingen er beskrevet har sykepleieren har en viktig rolle i henhold til identifisering og behandling av smerter hos pasienter med demens. Basert på funnene fra artiklene, har vi satt opp aktuelle tiltak med utgangspunkt i hovedfunnene våre.

6.1 Kommunikasjon og ferdigheter

Ved å innføre rutiner på dokumentering av observasjoner og effekten av smertebehandling, sikrer en god kommunikasjon mellom sykepleierne. For at sykepleieren skal ha mulighet til å gjøre gode vurderinger og dokumentere tilstrekkelig, må arbeidsbelastningen reduseres. Basert på egne erfaringer så ser vi at dokumenteringen er noe som ofte blir nedprioritert når tiden ikke strekker til. Ved redusert arbeidsbelastning vil det også være mulighet for å bli bedre kjent med pasienten, som igjen fører til tidligere identifisering og behandling av smerte. Vi foreslår at lederne på de ulike avdelingene har et bevisst tverrfaglig samarbeid med ulike profesjoner. Det gir god ivaretagelse av pasienten, samt en kollektiv kompetanseheving.

6.2 Kartleggingsverktøy

Basert på funn fra artiklene ser vi at det er lite eller ingen bruk av de ulike kartleggingsverktøyene. Vi foreslår en mer strukturert og konsekvent bruk, men dette krever grundig opplæring. Bruk av kartleggingsverktøy vil kunne gi grunnlag for videreutvikling og forbedring av ulike kartleggingssystemer. Det burde være mulighet for å gjennomføre kurs for å sikre riktig bruk av kartleggingsverktøyene rettet mot demens. For å kunne tidlig identifisere smerte må sykepleier og kjenne pasienten. Ut ifra de artiklene blir det beskrevet lav sykepleie dekning. Vi foreslår at de ulike avdelingene til enhver tid har nok sykepleiere. Dette for å sikre forsvarlig drift, men og for å kunne gi pasientene mer tid sammen med sykepleier.

6.3 Behandling av smerter

I de ulike studiene kommer det frem at ingen av sykepleieren har videreutdanning innen demensomsorg eller geriatri. Ved å innføre internundervisning rettet mot demens og smerter eller utdanningsstillinger vil det kunne heve kunnskapsnivået på avdelingene. Igjen vil dette gjøre det lettere for sykepleieren og vurdere symptomene, å gi riktig behandling. For å kunne skille mellom symptomer relatert til demenssykdom og symptomer på smerte krever det erfaring og kunnskap fra sykepleier. Innhenting av kompetansepålysninger vil gi et bilde av pasientens normale tilstand. Med kunnskap og erfaring kan en lettere skille hva som er normal atferd og hva som er smerte. Sykepleie bygges på tverrfaglig samarbeid, og det er viktig å kjenne sine egne faglige begrensninger. Innhenting av kompetanse spesielt rettet mot smertebehandling er et riktig steg i kompetansehevingen.

7.0 LITTERATUR

- Australian Pain Society (u.å). Aooendix 5: Abbey Pain Scale. Hentet 28. Aprill 2022 fra: https://www.apsoc.org.au/PDF/Publications/APS_Pain-in-RACF-2_Abbey_Pain_Scale.pdf
- Berentsen V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M, Kirkevold., K, Brodtkorb. & A. H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. Utg., s. 350-382).
- Bjørø, K. & Torvik, K. (2010). Smerte. I M, Kirkevold., K, Brodtkorb. & A. H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. Utg., s. 333-349).
- Brown D. (2011) Pain Assessment with Cognitively Impaired Older People in the Acute Hospital Setting. *Reviews in Pain*, 5(3), 18-22. <https://doi.org/10.1177/204946371100500305>
- 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) 1-14. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101040>
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Gyldendal Akademisk
- Danielsen, A., Berntzen, H. og Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D-G, Stubberud. & R. Grønseth & H, Almås. (Red.), *Klinisk sykepleie bind 1*. (5.utg., s. 381-427). Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2021, 23. februar). *Demens*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Friberg, F. (2017a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grundläggande analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red), *Dags för uppsats*. (s.129-138). Studentlitteratur
- Friberg, F. (2017b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red), *Dags för uppsats*. (s.141-151). Studentlitteratur
- Galek, J. & Gjertsen, M. (2011). Personer med demens, får bedre smertebehandling. *Sykepleien*. 99(13), 62-64. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0194>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- Husebø, B. S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 19(129) 1996-1998. <https://tidsskriftet.no/2009/10/aktuelt/smerteevaluering-ved-demens>
- Jansen, B.D.W., Brazil, K., Passmore, P., Bucham, H., Maxwell, D., McIlfatric, S.J., Morgan, S.J., Watson, M. & Parsons, C. (2017). There's a Catch-22' – The complexities of pain management for people with advanced dementia nearing the end of life: A qualitative exploration of physicians' perspectives. *Palliative medicine*. 31(8). 734-742. <https://doi.org/10.1177/0269216316673549>
- Kristoffersen, N. J. & Breivne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen & F. Nordtvedt & E-N. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 3, Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3.utg, s.187-236) Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner.. I N. J. Kristoffersen & F. Nordtvedt & E-N. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 1, Sykepleie fag og funksjon*. (3.utg, s. 15-28) Gyldendal Akademisk
- Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vård i nord*. 33(3), 29-33. <https://doi.org/10.1177/010740831303300307>
- Lundin, E & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Nursing*. 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>
- Norsk sykepleieforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 05. April 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV -1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Sandvik, R. K. N. M. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien forskning*. 108(80594) 1-13. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80594>
- Songe-Møller, S., Saltvedt, I., Hølen, J, C., Loge, J, H. & Kaasa, S. (2005). Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 13(14) 1838-1840. <https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/smertemalinger-hos-eldre-med-kognitiv-svikt>

Universitetet i Stavanger. (2022, 19. April). *Søk etter faglitteratur*.

<https://www.uis.no/nb/bibliotek/faglitteratur>

Österlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red), *Dags för uppsats*. (s.59-82).

Studentlitteratur

8.0 VEDLEGG

8.1 Vedlegg1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjon	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
17.03.2022	CINAHL	Dementia AND pain AND identification	ikke eldre enn ti år, fagfellevurdert (peer reviewed)	38	6	2	1
15.03.2022	Oria.no	demens OG smerter ELLER smertelindring	artikler, ikke eldre enn 10 år, fagfelle vurdert	6341	3	1	1
22.03.2022	CINAHL	Pain management AND dementia	Peer reviewed, ikke eldre enn 10 år. Artikler	265	3	1	1
24.03.2022	Funnet i referanselisten til artikkel 1.					2	1

8.2 Vedlegg 2: Litteraturmatrise

Artikkel 1	
Forfatter(e)	Bullock, L., Chew-Graham, C. A., Bedson, J., Bartlam, B., & campell, P. (2020). <i>BJGP Open</i> . England
Årstall	
Tidsskrift	
Land	

Artikkel- tittel	The challenge of pain identification, assessment, and management in people with dementia: a qualitative study.
Hensikten med studien	Å utforske smerteidentifikasjon, vurdering og behandling for personer med demens som bor i bofellesskap.
Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Helse-personell/pårørende
Metode og analyse	Kvalitativ metode, semistrukturerte intervju.
Utvalg/ populasjon	31 deltagere blant de var det pårørende, pasienter, leger og psykiatere.
Hovedfunn/ resultater	Tre temaer innenfor identifisering g vurdering av smerter: samle inn informasjon for å identifisere smerte, viktigheten av å kjenne til pasienten og bruk av smertekartleggingsverktøy I tillegg tok de for seg tre temaer innenfor smertebehandling: ikke-medikamentelle tiltak, bekymringer knyttet til medisiner og helsepersonellens ansvar for å håndere smerte.

Artikkel 2	
Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). <i>Vård i nord</i> . England
Artikkel- tittel	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer

Hensikten med studien	Utforske erfaringene sykepleierne har med smerte-kartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.
Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Sykepleier
Metode og analyse	Kvalitativ metode, semistrukturerte intervjuer med fokusgrupper
Utvalg/ populasjon	18 deltagere i tre forskjellige fokusgrupper blant disse vare det sykepleiere på geriatrike avdelinger på to ulike sykehus, og en skjernet dement avdeling, ved et kommunalt sykehjem.
Hovedfunn/ resultater	Utfordringer med smertekartlegging og smertekartlegging. 1. Pasientens høye alder, comorbiditet og polyfarmasi. 2. Rutiner for smertekartlegging og smertelindring 3. Etske betraktninger ved behandling av pasientens smerte.

Artikkel 3	
Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Lundin, E & Godskesen, T. E. (2021). <i>BMC Nursing</i> . Sverige.
Artikkel- tittel	End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitativ study in Swedish nursing homes
Hensikten med studien	Beskrive erfaringer hos sykepleiere i omsorg for personer med langt kommen demens og smerter ved livets siste slutt.
Perspektiv	Sykepleier

(sykepleier/ pasient/ pårørende)	
Metode og analyse	Kvalitativ metode, semistrukturerte intervju
Utvalg/ Populasjo	13 deltagende sykepleiere fra 12 forskjellige sykehjem.
Hovedfunn/ resultater	Utfordringer relatert til kommunikasjon og organisering. Vanskelighetene med kommunikasjon med pasient med demens gir usikkerhet rundt smertevurdering, utfordringer med å skille smerte og psykososiale forhold. Veier opp fordeler og risiko ved administrering av morfin. Og etablering av gode relasjoner til pårørende.

Artikkel 4	
Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Jansen, B.D.W., Brazil, K., Passmore, P., Bucham, H., Maxwell, D., Mellfatic, S.J., Morgan, S.J., Watson, M. & Parsons, C. (2017). <i>Palliative medicine</i> . England
Artikkel- tittel	There's a Catch-22' – The complexities of pain management for people with advanced dementia nearing the end of life: A qualitative exploration of physicians' perspectives.
Hensikten med studien	Å utforske legers erfaringer med smertebehandling for pasienter som nærmer seg livets siste slutt, forskrivnings- og behandlings-tilnærmingene, og metodene som brukes for å overvinne disse utfordringene.
Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Lege
Metode og analyse	Kvalitativ metode, semistrukturerte intervju

Utvalg/ populasjon	23 deltagende leger.
Hovedfunn/ resultater	Denne tar for seg seks temaer. Diagnostisering av smerte, forskriving- og behandlingstilnærming, bivirkninger og uønskede hendelser, administreringsvei, viktigheten av å dele kunnskap og opplæringsbehov. Tverrfaglig samarbeid og kunnskapsutveksling antok å forbedre smertebehandling hos denne pasientgruppen.

8.3 Vedlegg 3: Dolopus-2

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

(Songe-Møller et al., 2005) URL hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/smertemalinger-hos-eldre-med-kognitiv-svikt>

8.4 Vedlegg 4: Abbey Pain Scale

Appendix 5: Abbey Pain Scale

For measurement of pain in people with dementia who cannot verbalise

How to use scale: While observing the resident, score questions 1 to 6

Name of resident: _____

Name and designation of person completing the scale: _____

Date: _____ Time: _____

Latest pain relief given was: _____ at _____ hours

Q1. Vocalisation
eg. whipering, groaning, crying
Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3 **Q1**

Q2. Facial Expression
eg. looking tense, frowning, grimacing, looking frightened
Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3 **Q2**

Q3. Change in Body Language
eg. fidgeting, rocking, guarding part of body, withdrawn
Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3 **Q3**

Q4. Behavioural Change
eg. increased confusion, refusing to eat, alteration in usual patterns
Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3 **Q4**

Q5. Physiological Change
eg. temperature, pulse or blood pressure outside normal limits, perspiring, flushing or pallor
Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3 **Q5**

Q6. Physical Changes
eg. skin tears, pressure areas, arthritis, contractures, previous injuries
Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3 **Q6**

• Add scores for 1 - 6 and record here: **Total pain score**

• Now tick the box that matches the Total

0-2 - No Pain 3-7 - Mild 8-13 - Moderate 14+ - Severe

• Finally tick the box which matches the type of pain

Chronic Acute Acute on Chronic

Abbey, J.; De Bellis, A; Piller, N; Esterman, A; Giles, L; Parker, D and Lowczy, B. Funded by the JH & JD Gunn Medical Research Foundation 1996 - 2002
(This document may be reproduced with this acknowledgement retained)

	DATE AND TIME	DATE AND TIME	DATE AND TIME	DATE AND TIME	DATE AND TIME	DATE AND TIME	DATE AND TIME	DATE AND TIME	DATE AND TIME	DATE AND TIME
VOCALISATION eg. whimpering, groaning, crying Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3										
FACIAL EXPRESSION eg. looking tense, frowning, grimacing, looking frightened Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3										
CHANGE IN BODY eg: fidgeting, rocking, guarding part of body, withdrawn Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3										
BEHAVIOURAL CHANGE eg: increased confusion, refusing to eat, alteration in usual patterns Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3										
PHYSIOLOGICAL CHANGES eg: temperature, pulse or blood pressure outside normal limits, perspiring, flushing or pallor Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3										
PHYSICAL CHANGES eg: skin tears, pressure areas, arthritis, contractures, previous injuries Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3										
Total score =										
Signature of person										

The Abbey Pain Scale is an instrument designed to assist in the assessment of pain in patients who are unable to clearly articulate their needs, for example, patients with dementia, cognition or communication issues. The scale does not differentiate between distress and pain, so measuring the effectiveness of pain-relieving interventions is essential.

The Australian Pain Society recommends the pain scale should be used as a movement-based assessment. Therefore observe the patient while they are being moved, during pressure area care, while showering, etc. Complete the scale immediately following the procedure and record the results on the Abbey Pain tool chart.

A second evaluation should be conducted 1 hour after any intervention taken. If, at this assessment, the score on the pain scale is the same, or worse, consider further intervention and act as appropriate. Complete the scale hourly until the patient scores mild pain then 4 hourly for 24 hours treating pain if it recurs.

If the pain/distress persists, undertake a comprehensive assessment of all facets of the patients care and monitor closely over 24 hours including further intervention undertaken.

If there is no improvement in that time, then it is essential to notify the GP of ongoing pain scores and actions taken.

Modified from Hywel Dda University Health Board NHS 2013; Wales, UK

(Australian Pain Society, u.å.) URL hentet fra:

https://www.apsoc.org.au/PDF/Publications/APS_Pain-in-RACF-2_Abbey_Pain_Scale.pdf

8.5 Vedlegg 5: Mobid- 2

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Dato: _____ 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 ett eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte



Smertelyd
«Aa!»
Stønner
Yrker seg
Gisper
Skriker



Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Ryker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene



Avvergereaksjon
Svimer
Beskytter seg
Skyver fra seg
Endringer i pust
Krymper 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 DIN(E) OBSERVASJONER

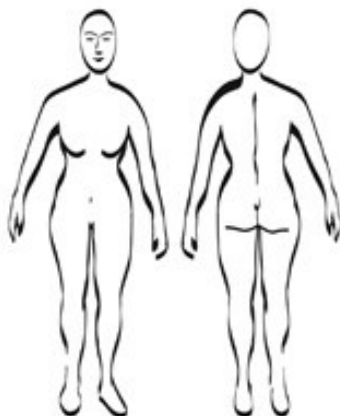
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hoftelend	<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

APPENDIKS

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 ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

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



Smerteintensitet

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

6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
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

Betnina Husebø/et al. et al. Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitet i Bergen

(Husebø, 2009, s. 1997) URL hentet fra:

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