

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i sykepleie

Hvordan kan sykepleier identifisere smerte hos sykehjemspasienter med demens?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger/03.01.2023

Kandidatnummer 1558 & 1649

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

Sammendrag

Bakgrunn: Ifølge Helsedirektoratet (2022a) har om lag 80% av alle sykehjemspasienter på langtidsavdeling en form for demenssykdom. Da gjennomsnittlig levealder øker, og forekomsten av demens øker med alderen, vil man se at antallet mennesker med demens vil stige. Helsedirektoratet (2022a) oppgir at antallet demente trolig vil fordobles innen 2040.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å utforske sykepleiers kompetanse innen identifisering av smerte hos demente sykehjemspasienter.

Metode: I denne oppgaven er det brukt integrativ litteraturoversikt. Det har blitt brukt 5 artikler hvorav tre er kvantitative og to er kvalitative. Funnene fra disse studiene samt relevant bakgrunns litteratur ligger til grunn for denne oppgaven. I siste del av oppgaven er også egne refleksjoner lagt til.

Resultat: Funn fra studiene viser at sykepleier har lite kunnskap om smertekartlegging hos den demente pasient. De har ikke tilstrekkelig kjennskap til smertekartleggingsverktøy som er laget for denne pasientgruppen. MOBID viser seg å være et pålitelig smertekartleggingsverktøy sammenlignet med legers kliniske vurdering. Noen sykepleiere opplever det utfordrerne å smertelindre disse pasientene, da det i noen tilfeller oppstår etiske problemstillinger. Konsekvens av ubehandlet smerte hos den demente pasient er redusert opplevelse av livskvalitet, økt risiko for depresjon og nevropsykiatriske symptomer.

Konklusjon: Bruk av MOBID-2 bør implementeres på sykehjem. Sykepleier har ansvar for egen fagutvikling. Ledelsen bør tilrettelegge for dette, eksempler på hvordan dette kan gjennomføres er å ha fagdag, faglunsj, studiedag, nettbaserte kurs, ha tilgjengelig faglitteratur på avdelingen. Annerledes fordeling av arbeidsoppgaver på avdelingen kan bidra til at sykepleier får tid til å utøve smertekartlegging og lindring.

Nøkkelord: Demens, smerte, smertekartlegging, smertekartleggingsverktøy, identifisering, sykehjem, MOBID-2, sykepleier, personsentrert omsorg.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING.....	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 PROBLEMFOMULERING	6
1.3 HENSIKT	6
1.4 BEGREPSAVKLARING	6
1.4.1 Demens.....	6
1.4.2 Smerte.....	7
1.4.3 Livskvalitet	7
2. TEORI	8
2.1 DEMENS	8
2.2 SMERTE.....	9
2.2.1 Smerte og demens.....	10
2.2.2 Innvirkning på livskvalitet.....	10
2.2.3 Smertekartlegging	11
2.3 PERSONSENTRERT OMSORG	11
2.3.1 VIPS-rammeverket	11
2.3.2 De fem psykologiske behov	12
2.4.3 Krav til kompetanse	13
3. METODE.....	15
3.1 HVA ER METODE?	15
3.2 VALG AV METODE.....	15
3.3 LITTERATURSØK.....	15
3.3.1 Søkeprosess og valg av artikler	15
Tabell 1: Litteratursøk	16
3.3.2 Avgrensninger og inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	16
Tabell 2: Inklusjon- og eksklusjonskriterier	17
3.4 ANALYSE	17
Tabell 3: Oversiktstabell.....	18
Tabell 4: Kategoriinndeling.....	18
4. RESULTAT.....	19
4.1 Å IDENTIFISERE SMERTE	19
4.1.1 Konsekvenser av ubehandlet smerte	19
4.1.2 Smerte og andre symptomer.....	19
4.1.3 Komplisert sykdomsbilde: Comorbiditet og polyfarmasi.....	20
4.1.4 Kartleggingsverktøy.....	20
4.2 SYKEPLEIERS PERSPEKTIV	21
4.3 ETIKK.....	22
4.3.1 Autonomi og tvang	22
4.3.2 Pårørende.....	23
5. DISKUSJON	24
5.1 METODEDISKUSJON	24
5.1.1. Integrativ litteraturoversikt.....	24
5.1.2. Forskningsmetode.....	24
5.1.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	24
5.1.4. Søkeprosess og analysering	25
5.1.5. Forskere	25
5.1.6. Deltakere.....	25
5.2. RESULTATDISKUSJON	26
5.2.1. Å identifisere smerte.....	26
5.2.2 Sykepleiers perspektiv & kjennskap til pasienten	28

5.2.3 Etikk	29
6. ANVENDELSE I PRAKSIS	32

Vedlegg 1: Søkelogg

Vedlegg 2: Litteraturmatrise

Vedlegg 3: MOBID-2 smerteskala

Antall ord: 7945

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge Helsedirektoratet (2022a) har om lag 80% av alle sykehjemspasienter på langtidsavdeling en form for demenssykdom. Da gjennomsnittlig levealder øker, og forekomsten av demens øker med alderen, vil man se at antallet mennesker med demens vil stige. Helsedirektoratet (2022a) oppgir at antallet demente trolig vil fordobles innen 2040. Mange pasienter vil i tillegg til demens også ha andre lidelser. Å ha flere lidelser på samme tid, både fysiske og psykiske, kalles comorbiditet (Helsedirektoratet, 2022a). Kombinasjonen med demens og et komplisert sykdomsbilde utgjør en sårbar pasientgruppe. Dette fordi diagnoseringsen av eldre med comorbiditet er vanskelig. Pasientene kan risikere å gå udiagnostisert over lengre perioder. (Kirkevoll, 2020., s. 59). Det blir ikke lettere av at mange eldre med demens, etter hvert som sykdommen utvikler seg kan oppleve vansker med selvrapporing. (Kirkevoll, 2020, s. 405). Funn i studier brukt i oppgaven fokuserer på observasjoner av pasientens atferd for å kartlegge smerter (Lillekroken & Slettebø, 2013; Monroe, 2015). Her kan man møte på flere utfordringer, som for eksempel å skille smerteuttrykk fra atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (Helsedirektoratet, 2022a).

Bakgrunn for valg av tema er personlige erfaringer med den demente pasient fra arbeidsplass og praksis. Det er et interessant og relevant emne for videre praksis da denne pasientgruppen vil være til stede på flere arenaer i arbeidslivet. En fordypning i den aktuelle problemstillingen vil potensielt kunne gi et stort læringsutbytte. Kunnskap om pasientgruppen, kartleggingsverktøy og smertelindring vil være essensielle i omsorgsfull og faglig forsvarlig sykepleie. Å utføre pleie på best mulig måte er lovpålagt jamfør helsepersonelloven:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. (hpl, 1999, § 2-4)

Videre kan teorien bak personsentrert omsorg benyttes i forbindelse med smertebehandling hos den demente pasienten. Den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood (1997) mente at det engelske begrepet «personhood» spilte en viktig rolle i sin teori. Begrepet kan oversettes til personverd på norsk. Han definerte begrepet som en status eller rang som tildeles en person av andre i en relasjonell kontekst (Kitwood, 1997, s. 8). Å bli kjent med mennesket bak

diagnosen kan gjøre at sykepleier lettere kan identifisere smerte ut ifra pasientens personlighetstrekk. Kitwood understreker at vår referanseramme i møte med pasientgruppen ikke kan være «person-med-DEMENS», men «PERSON-med-demens» (Kitwood, 1997, s, 7).

1.2 Problemformulering

«Hvordan kan sykepleier identifisere smerter hos sykehjemspasienter med demens?»

Pasienter blir stadig eldre, og sykdommer forekommer i tråd med alderen. En av tilstandene flere pasienter har, er demens (FHI, 2014). Ved moderat til alvorlig kognitiv svikt kan pasienten miste evne til selvrappport i sammenheng med smerteopplevelse (Sandvik, 2020). Demenspasienter finnes på flere arenaer innenfor helsesektoren, det er derfor en problemstilling som bør belyses. På grunn av oppgavens ord- og tidsbegrensing er fokuset kun plassert på sykehjemspasienter. Dette gir muligheten til å fordype seg på et smalere spekter.

Oppgaven har et avsnitt om tvang. Tvang brukes tidvis som et virkemiddel ved smertelindring, og er derfor relevant. Siden det ikke er et hovedtema, er det ikke med i problemstillingen.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan demenspasienter kan oppleve smerter uten å uttrykke dem verbalt, samt utforske hvordan sykepleier kan identifisere smerte hos den aktuelle pasientgruppen ved hjelp av ulike kartleggingsverktøy og metoder.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Demens

Ifølge Helsedirektoratet (2022a) er ikke demens én enkelt sykdom, men et syndrom som er et resultat av ulike skader eller sykdommer i hjernen. Symptomene ved demens må ha oppstått på bakgrunn av en spesifikk hjernesykdom eller hjerneskade. Symptomene må være kroniske (Helsedirektoratet, 2022a).

Syndrom defineres som en samling av symptomer og tegn som karakteriserer en tilstand, men som gjerne ikke har fått en diagnose enda (Hem, E. & Paus, B., 2022). I dagligtale kan demens refereres til som en sykdom, derfor velger vi å bruke begrepet sykdom om demens i oppgaven.

1.4.2 Smerte

Smerte kan ifølge den internasjonale foreningen for smerteforskning defineres som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade» (Danielsen et al., 2016, s.383).

1.4.3 Livskvalitet

Subjektiv livskvalitet handler om et menneskes egen opplevelse av sin livssituasjon. Dette relatert til positive følelser og vurderinger, men også hvordan vi fungerer fysisk og psykisk. Et individs oppfattelse av egen livskvalitet kan variere fra god til dårlig, på tross av sykdom, helseplager eller andre belastninger kan man ha en oppfatning av god livskvalitet (Nes, 2016).

Den objektive livskvaliteten handler om hvordan andre ser din livssituasjon. Dette kan være relatert til objektiv funksjonsevne og helsetilstand, materielle levekår, arbeid og fritidsaktiviteter (Nes, 2016).

2. Teori

2.1 Demens

Demens er ikke én enkelt sykdom, men et samlebegrep på et syndrom som omfatter sykdommer eller skader som rammer hjernen og dens funksjoner. Demens vil gi ulike symptomer ut ifra hvor og hvordan hjernen påvirkes, men kan også arte seg ulikt fra person til person. Dette gjør det vanskelig å vise til spesifikke symptomer i oppstartsfasen. Det er flere kriterier for diagnostisering, men ifølge Helsedirektoratet (2022a) brukes ofte det internasjonale ICD-10 systemet som offisiell klassifisering av sykdommer. Den inneholder seks kriterier som må være oppfylt for å kunne definere en kognitiv svikt som demens. Man kan også ifølge ICD-10 dele inn i mild til alvorlig grad av diagnosen. Det er grove inndelinger, men det sier noe generelt om funksjonen til personen (Helsedirektoratet, 2022a; Skovdahl, 2020, s. 418-421).

Kriterier som må være til stede ifølge ICD-10 systemet:

1. Betydelig svekket hukommelse, spesielt for nyere informasjon og egenopplevde hendelser i ny tid.
2. Svikt av en annen kognitiv funksjon, sammenlignet med tidligere. For eksempel orientering i tid og sted, språklig kommunikasjon, logisk resonneringsevne, planleggingsevne og/eller vurderingsevne
3. Hukommelsen og den øvre intellektuelle svikten må påvirkes i så stor grad at man ikke kan fungere i vante omgivelser og gjennomføre dagligdagse gjøremål som før.
4. Atferd, væremåte, må være forandret. For eksempel; bli mer passiv, tiltaksløs, irritert, bli fortere sint eller mistenksom.
5. For å skille mellom delir eller andre forvirringstilstander, skal symptomene fra punkt 1-4 ha vart over minst 6 måneder.
6. Det legges vekt på at pasienten må ha normal bevissthet for at en skal kunne bruke begrepet demens.

Helsedirektoratet (2022a)

Demens deles inn i tre hovedgrupper: primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer. Under primærdegenerative sykdommer kommer Alzheimers sykdom, som er den vanligste formen for demens (debuterer i parietal- og tinninglappen), Frontotemporal demens (panne- og tinninglappen skades), Lewylegemedemens og Parkinsons

sykdom med demens (skader i hjernens hvite substans). Det er typisk for disse sykdommene at de langsomt blir fremtredende, og kan ha pågått en stund før man merker at noe er galt (Skovdahl, 2020, s. 419). Vaskulær demens kan komme brått og forverres fort. Den vanligste årsaken til denne formen for demens er hjerneinfarkt. Symptomene vil variere ettersom hvor i hjernen skaden skjer. Sekundære demenssykdommer kan komme av ubehandlet alvorlig B12 vitaminmangel, aids, rusmisbruk (særlig stort alkoholmisbruk over tid), hjerneskader, svulster eller encefalitt (Skovdahl, 2020, s. 420-421).

På tross av at sykdommene kan deles i underkategorier, finnes det flere vanlige symptomer ved demens. Å ha kunnskap om symptombylde er viktig som sykepleier, for å kunne observere og vurdere pasienten. Det er flere tilstander som kan gi demensliknende symptomer. Det er derfor viktig at man kommer i gang med tidlig utredning og diagnostisering for at man skal kunne behandle rett sykdom. Delir, depresjon og bivirkning av legemidler står øverst på listen over behandlingsmulige tilstander som kan utelukkes under diagnostisering (Helsedirektoratet, 2022a; Skovdahl, 2020, s.417). Ifølge en rapport fra Helsedirektoratet (2022b) fra 2019, er det kun 56% av personer med demens som har blitt utredet og fått diagnose.

2.2 Smerte

Smerte hos eldre pasienter er noe som forekommer hyppig. En av hovedgrunnene til dette er at eldre ofte får kroniske smertefulle sykdommer. Behandlingen disse pasientene får vil også i noen tilfeller være svært smertefulle (Kirkevold, 2020, s.397). Et annet problem hos eldre er at de er mer utsatt for fall. Får en pasient et beinbrudd vil da pleieprosedyren også bli smertefull, da det innebærer både forflytning og sårstell (Kirkevold, 2020, s.397). Det er kun den som selv kjenner smerten, som kan vite hvor intenst den føles og hvor lenge smertene varer (Danielsen et al., 2016, s.383). «Smerte er det som personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte». Denne definisjonen underbygger at smerte er en subjektiv og personlig opplevelse (Torvik & Sandvik, 2020, s.398). En kan også dele smerte i to hovedgrupper; akutt smerte og kronisk smerte. Akutt smerte kjennetegnes med at de er kortvarige og at de avtar når smerteårsaken leges. Kronisk smerte er noe pasienten opplever daglig, og de vil være langvarige, minst 3 måneder (Danielsen et al., 2016, s.386).

2.2.1 Smerte og demens

Eldre mennesker på sykehjem med kognitiv svikt og demens, er ofte utsatt for utilstrekkelig smertehåndtering. Det er fordi smertevurdering hos demente pasienter er svært vanskelig og kan oppstå utfordringer. Mange eldre vil kunne formidle smerte tidlig i sykdomsforløpet, men desto lengre ut i sykdommen de kommer, vil funksjonene deres avta, som f.eks. den språklige kommunikasjonen. Ved å miste denne funksjonen, vil ikke pasienten lenger klare å uttrykke smertene hen har med ord til omverdenen (Kirkevold, 2020, s.405). En hovedutfordring med smerter og demens er at typisk smerteatferd kan forveksles med demensatferd. For eksempel forandringer i ansiktsuttrykk og bevegelsesmønster, lyder, agitasjon og uro. Man kan risikere at pasienten får beroligende legemidler eller antidepressiva istedenfor smertelindrende behandling (Husebø, 2016, s.489). Demensatferd blir omtalt som atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) på Helsedirektoratet (2022a) sine sider, men i denne oppgaven benyttes nevropsykiatriske symptomer (NPS), som er et synonymt begrep.

2.2.2 Innvirkning på livskvalitet

Smerte hos den eldre pasienten som ikke blir oppdaget eller ikke effektivt behandlet, vil kunne gi pasienten alvorlige helsemessige konsekvenser og det kan føre til at livskvaliteten blir redusert. Om en eldre dement går rundt med smerte over tid, kan det øke risikoen for forsinket mobilisering, inaktivitet og sengeleiekomplikasjoner som f.eks. pneumoni og dyp venetrombose. Når den eldre opplever smerte vil det bli vanskelig å utføre de hverdagslige gjøremålene, dette vil videre medføre tap av selvstendighet. I tillegg til dette kan smerte hos den eldre pasienten gi økt risiko for konsentrasjonsvanske, delirium, depresjon og søvnforstyrrelser (Kirkevold, 2020, s.399). Å oppleve mye smerte, henger ofte sammen med lite aktivitet. Det å oppleve smerter i både muskulaturen og i skjelettet vil ofte føre til at pasienten er i mindre fysisk aktivitet. Er pasienten i mindre fysisk aktivitet, kan dette føre til mer smerter. Pasienten kan havne i en vond sirkel som kan være vanskelig å bryte (Kirkevold, 2020, s.400).

Smerteindikatorer hos gamle med demens

Ansiktsuttrykk: Mørkt, trist, fryktsomt ansiktsuttrykk, *grimaser*, rynket panne, lukkede øyne, rask blinking.

Verbalisering, vokalisering: *Sukking, jamring, stønning, grynting*, utrop, gjentatte monotone rop, støyende utbrudd, rop om hjelp, grove utrop.

Kroppsbevegelser: Rigid og anstrengt kroppsstilling, *beskyttende kroppsbevegelser, urolige, nervøse bevegelser*, gyngende bevegelser, rytmiske bevegelser, begrensede, monotone bevegelser, endringer i gangart 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: Matvegning, 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.

*Atferdstyper som er kursiverte, forekommer hyppigst.
Kilde: American Geriatrics Society 2002*

Bilde 1: Torvik & Sandvik, 2020, s. 406

2.2.3 Smertekartlegging

Det å smertekartlegge er en sentral sykepleieroppgave. Å kartlegge smerter hos en pasient, vil være avgjørende for å kunne smertelindre pasienten tilstrekkelig. Hos de fleste pasienter vil sykepleier kunne spørre pasienten hvor smertene er, i hvilken grad pasienten opplever smerte, om smertene varierer, hvor lenge de varer og om smertene eventuelt fører til nedsatt funksjon hos pasienten (Danielsen et al., 2016, s.388). Smertekartlegging hos eldre mennesker har desto større viktighet, da smerte har en stor innvirkning på pasientens kognitive, psykiske og psykososiale funksjon (Kirkevold, 2020, s.401). Mange eldre informerer gjerne ikke om smerte på eget initiativ, det er derfor en viktig sykepleieroppgave å aktivt spørre pasienten om hen opplever smerte, og om hvordan smertene oppleves. For noen eldre kan hukommelsessvikten være en barriere for dette. Det er derfor viktig at sykepleier spør «her og nå», og ikke om pasienten har hatt smerter tidligere. Når en dement pasient uttrykker smerte, f.eks., i form av endret atferd eller at pasienten halter, vil det være relevant for sykepleier å undersøke pasienten klinisk for å se om det er noen underliggende årsaker til atferden (Kirkevold, 2020, s.402). Når en skal bruke smertekartleggingsverktøy hos den demente pasienten, er det viktig å velge et verktøy som passer med den kognitive og funksjonelle tilstanden pasienten er i. Når sykepleier har valgt seg et verktøy å bruke, er det viktig at denne metoden blir brukt konsekvent. En vil da kunne følge smerteutviklingen over tid. Ved å bruke verktøy for smertekartlegging vil sykepleier også ha mulighet til å observere effekten av smertelindrende tiltak (Kirkevold, 2020, s.403).

2.3 Personsentrert omsorg

Tom Kitwood brukte begrepet «personsentret omsorg» om en omsorg som fremhever den demente som et fullverdig menneske. Personsentrert omsorg går ut på å se den demente personen som en person med følelser, rettigheter, ønsker og en livshistorie som preger personen, på samme måte som før vedkommende fikk demens (Kitwood, 1997, s. 8; Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 228).

2.3.1 VIPS-rammeverket

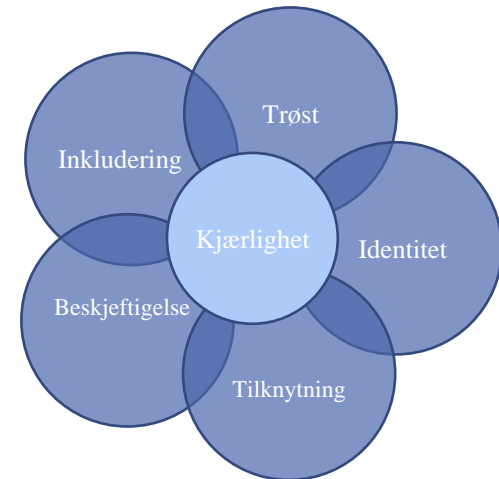
For å unngå at personsentrert omsorg skulle bli et utvannet begrep sammenfattet kollega, Dawn Brooker, det Kitwood hadde skrevet i en firedelt modell. Hvert av de fire områdene fikk seks indikatorer, og disse 24 indikatorene ble til VIPS-rammeverket. Alle elementene i

rammeverket blir sett på som like sentrale dersom omsorgen skal være personsentrert (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 228-229).

- **Verdigrunnlag** – Anerkjenne menneskets verdi
- **Individuell tilnærming** – Vektlegge det unike i mennesket
- **Perspektiv** – Forstå verden fra personens perspektiv
- **Sosialt miljø** – Etablere et støttende sosialt miljø (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 229)

2.3.2 De fem psykologiske behov

Kitwood beskriver de psykologiske behovene den demente pasienten ofte trenger hjelp til å få dekket. Her er den illustrert ved hjelp av en blomst, der hvert av kronbladene symboliserer ett av de fem behovene. I midten står kjærlighet, som er det aller mest grunnleggende behovet (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 231).



Figur 1: Psykologiske behov

2.3.2.1 Trøst

Trøst kommer frem ved å vise nærhet, varme, ømhet og mildhet.

Ved å trøste vil sykepleier skape trygghet og dempe angst hos den demente pasienten (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 231).

2.3.2.2 Identitet

«Identitet handler om å vite hvem du er, hva du synes om deg selv, og hvordan du tenker» (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 231). Ved en demensdiagnose kan identitet bli truet, det kan bli vanskelig å holde fast på hvem vi er. Pårørende og andre vi kjenner godt spiller en viktig rolle her. De kan hjelpe og holde livshistorien vår levende (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 232).

2.3.2.3 Tilknytning

Mennesker er sosiale vesner, og de trenger å føle tilknytning til andre. Tilknytning går ut på å skape forbindelser og å knytte bånd, skape tillitt og relasjoner. Demente pasienter kan oppleve at det å skape tilknytning til andre mennesker vil endre seg når sykdommen inntreffer. De vil bli mer avhengig av andre mennesker, og vil ikke lenger i like stor grad kunne støtte og hjelpe andre. Sykepleier kan dekke tilknytningsbehovet til pasienten ved å erkjenne, validere og å være ekte mot pasienten (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 232).

2.3.2.4 Beskjeftigelse

Beskjeftigelse handler om å ha medvirkningsevne. En opplevelse av å ha makt og innflytelse på eget og andres liv. Her kan man tilrettelegge for at vedkommende får være med på aktiviteter på en meningsfull måte. For mange eldre handler beskjeftigelse om å få gjøre de små hverdagslige aktivitetene som de pleide å gjøre før de fikk diagnosen. Husarbeid, måltider, småprat og fysisk aktivitet er alle aktiviteter som kan tilrettelegges for den demente på et personlig plan (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 232).

2.3.2.5 Inkludering

Å inkludere handler om å ta pasienten med som en del av en gruppe. Demente pasienter er i risikogruppen for å bli sosialt isolert, til tross for at de bor på sykehjem. Den demente pasienten vil ha behov for at andre inkluderer dem med i fellesskapet. Inkluderingen må tilrettelegges slik at pasienten skal kunne klare å delta (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 232-233).

2.4.3 Krav til kompetanse

Helsepersonell skal utøve personsentrerte helse- og omsorgstjenester til pasienter med demens. Dette innebærer at helsepersonellet:

- Har kunnskap om personsentrert omsorg, og faglig kompetanse innen demenssykdommen og behandling.
- Møter personen med demens på en respektfull måte. Dette slik at de kan inkluderes i et sosialt fellesskap der de opplever empati og aksept, og blir sett og tatt på alvor følelsesmessig. Man skal hente samtykke.
- Blir kjent med personen, deres behov, vaner, ønsker og meninger. Under dette inngår også å ha kunnskap om personens livshistorie, bakgrunn, kulturelle referanserammer og åndelig identitet.
- Opprette en individuell tiltaksplan som skal vurdere og beskrive hvilke ressurser pasienten har, samt hvilke sårbarheter personen har knyttet til sine psykologiske, fysiske, åndelige og kulturelle behov. Denne planen må evalueres og revideres kontinuerlig.
- Prøver å identifisere utfordrende atferd hos personer med demens. Det kan være et forsøk på å kommunisere behov.

- Legge frem og motivere til aktiviteter som er tilpasset personens behov, ferdigheter og interesser.
- Legger til rette for kommunikasjon med personens pårørende.
(Helsedirektoratet, 2019).

3. Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2017, s. 50).

3.1 Hva er metode?

Metode er et redskap som en kan ta i bruk når en ønsker å undersøke noe. Den vil hjelpe å innhente ny data, altså informasjon som trengs til det som skal undersøkes (Dalland, 2017, s. 52). Når data skal innhentes kan forskjellige metoder brukes: kvantitative og kvalitative. Kvantitative metoder kjennetegnes ved at dataene kommer i form av målbare enheter. Med disse dataene kan en finne gjennomsnittlige tall over f.eks. hvor mange eller hvor stor prosentdel av de eldre som opplever smerter. Den kvalitative metoden innhenter informasjon om personers meninger og opplevelser av noe. Dette gir oss subjektive data (Dalland, 2017, s. 52).

3.2 Valg av metode

Det å ha en litteraturoversikt vil ifølge den svenske sykepleierforskeren Febe Friberg (2017 s. 141) skape en oversikt over et bestemt kompetanseområde eller en sykepleierrelatert problemstilling innen relevante tema. I en litteraturoversikt er det mulig å bruke forskjellige metoder; allmenn og integrativ litteraturoversikt. Begge disse metodene har en tilnærmet lik oppbygning der man innhenter relevant data, leser gjennom disse, gjenkjenner likheter og ulikheter, og avslutningsvis sammenfatter de funnene som er gjort i studiene. Ved å gjøre en integrativ litteraturoverskrift tar man det et steg videre, og trekker inn egne konklusjoner for å skape en ny helhet (Friberg, 2017, s.150). I denne oppgaven er det benyttet integrativ litteraturoversikt som ligger til grunn for den metodiske tilnærming i oppgaven. Dette ble valgt da det gir en oversiktlig og dypere forståelse av temaet. Det er brukt både kvantitative og kvalitative artikler for å svare på oppgaven. Ved å bruke disse sammen vil artiklene utfylle hverandre, og det vil gi et mer helhetlig svar på problemstillingen.

3.3 Litteratursøk

3.3.1 Søkeprosess og valg av artikler

For å finne relevante forskningsartikler ble de to skandinaviske databasene Oria og SveMed+, samt den engelske databasen CINAHL brukt. Databasene ble valgt på bakgrunn av anbefaling

fra Universitetet i Stavanger. Det ble kun benyttet tre databaser, da oppgaven har begrenset omfang. Søkeord er valgt basert på problemstillingen vår, men det ble også brukt «Suggest Subject Terms» på databasen CINAHL som hjalp med å finne synonymer. Ved valg av søkeord er det viktig at definisjonene av ordene er gyldige og fanger opp det de skal (Dalland, 2017, s. 227). For å identifisere hva som passet med problemstillingen, ble sammendrag lest på de artiklene med overskrifter som fanget interesse. De som virket passende, ble skrevet ut. Prosessen startet med 23 artikler, og endte opp med de fem som er satt opp i tabell 2. Alle artiklene hadde til felles at de er bygget opp etter IMRAD-struktur. Litteratursøket er blitt satt opp i en enkel tabell for bedre oversikt. For mer utfyllende versjon se vedlegg 1. I tillegg til de vitenskapelige artiklene vil relevant pensum benyttes for å underbygge oppgaven.

Søkeord	Antall treff	Artikkel
Smertekartlegging *demens	1	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer
Pain *dementia	14	Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter
Identify *pain *dementia	523	Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia
Pain AND dementia AND «nursing home»	545	Pain in nursing home residents with dementia and its association to quality of life & Psychometric Evaluation of the MOBID Dementia Pain Scale in U.S. Nursing Homes
Pain OR Pain assessment OR Pain management AND dementia AND Pharmacotherapy OR Nonpharmacological interventions	81	Pain in nursing home residents with dementia and its association to quality of life & Psychometric Evaluation of the MOBID Dementia Pain Scale in U.S. Nursing Homes

Tabell 1: Litteratursøk

3.3.2 Avgrensninger og inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å avgrense søket ble det utarbeidet en liste med inklusjon og eksklusjonskriterier. Disse ble brukt for å avgrense søk på databaser, og under valg av artikler for å raskt kunne utelukke om de var relevante eller ikke. Under ligger en tabell over kriteriene for oppgaven.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Engelsk, norsk	Alle andre språk
Empiriske og fagelleverderte forskningsartikler	Ikke-empiriske og ikke fagfelleverderte artikler
Sykepleieperspektiv	Pasient og pårørende perspektiv
Artikler fra de siste 10 år	Artikler eldre enn 10 år
Pasientgruppe med en form for demenssykdom	Kognitivt friske pasienter
Studien er foretatt i Norge, eller land som har lignende helsesystem som Norge	Asiatiske og afrikanske land
Sykehjem som arena	Andre arenaer enn sykehjem

Tabell 2: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

3.4 Analyse

Analyse av artiklene ble gjennomført med hjelp av Fribergs modell (2017, s.148-150). Hver artikkel ble lest fire ganger, og relevante deler ble markert. Analysen er satt opp i en oversiktstabell for å få et helhetlig overblikk. Den er satt opp etter rekkefølgen artiklene ble funnet i. Tabellen er en mindre utfyllende versjon av litteraturmatriksen i vedlegg 2.

Forfatter, årstall, tittel	Tidsskrift	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Lillekroken, D. & Slettebø, Å. 2013 Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer	Vård i norden	Hvilke utfordringer og dilemmaer en kan møte på ved smertekartlegging og smertelindring hos demente pasienter	Å utforske sykepleieres erfaringer med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens	Sykepleiers perspektiv	Kvalitativ metode
Rostad, H. M., Grov, E. K., Utne, I. & Halvorsrud, L. 2019 Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter	Sykepleien Forskning	Smerte hos demente pasienter.	Å kartlegge forekomst av smerte hos sykehjemsbeboere med demens	Sykepleiers perspektiv	Kvantitativ metode
Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C. 2015 Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia	Archives of Psychiatric Nursing	Faktorer sykepleier ser etter for å avgjøre om pasienten har smerter eller ikke	Å evaluere helsepersonellens metoder for å identifisere smerte hos demtenspasienter på sykehjem.	Sykepleier og helsefagarbeider	Kvalitativ metode

Helvik, A-S., Bergh, S., Benth, J. S., Selbaek, G., Husebo, B. S. & Tevik, K. 2022 Pain in nursing home residents with dementia and its association to quality of life	Aging & Mental Health	Smerte og livskvalitet hos demenspasienter.	Kartlegge i hvilken grad smerte påvirker livskvaliteten til demenspasienter.	Sykepleier	Kvantitativ metode
Herr, K., Sefcik, J. S., Neradilek, M. B., Hilgeman, M. M., Nash, P. & Ersek, M. 2019 Psychometric Evaluation of the MOBID Dementia Pain Scale in U.S. Nursing Homes	Pain Management Nursing	Kartleggingsverktøy til bruk på demenspasienter med mulige smerter.	Kartlegge om MOBID-scale er et relevant smertekartlegging sverktøy som kan brukes på sykehjemspasient er med demens i USA.	Helsepersonell	Kvantitativ metode.

Tabell 3: Oversiktstabell

Deretter ble det funnet noen hovedkategorier som er relevante å belyse. Disse kategoriene er røde tråder som er med på å besvare problemstilling på en oversiktlig og strukturert måte.

Kategoriene brukes i kapittel 4; Resultat.

Hovedkategori	Underkategori
Å identifisere smerte	Konsekvenser av ubehandlet smerte Smerte og andre symptomer Komplisert sykdomsbilde: Comorbiditet og polyfarmasi Kartleggingsverktøy
Sykepleiers perspektiv	Kjennskap til pasienten
Etikk	Autonomi og tvang Pårørende

Tabell 4: Kategoriinndeling

4. Resultat

4.1 Å identifisere smerte

Å identifisere smerte er viktig for å fremme livskvalitet, men også for å kunne tilpasse behandling til den spesifikke pasienten. Å leve med smerte over tid kan medføre konsekvenser som redusert livskvalitet (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399). Sykepleiere kan også oppleve vansker med å skille smerteuttrykk fra andre symptomer (Helvik, 2022, s. 1792-1793).

4.1.1 Konsekvenser av ubehandlet smerte

Viktigheten av å kartlegge smerte, sett i sammenheng med livskvalitet hos pasienter med demens, fremheves i både Helviks (2022) og Rostads (2019) studie. Begge studiene har brukt observasjonsverktøyet QUALID (Quality of Life in Lateral Stage Dementia) for å kartlegge pasientenes opplevelse. Man ser at pasientgruppen som opplever smerte, statistisk sett skårer høyere på QUALID (høy score indikerer lavere opplevelse av livskvalitet). Helvik (2022) har brukt MOBID-2, og Rostad (2019) Doloplus-2 for å kartlegge smerter. Begge er smertekartleggingsverktøy spesielt utviklet med tanke på demenspasienter (Helvik et al., 2022; Rostad et al., 2019). I studien til Rostad (2019) kommer det fram i tabell 2, at to av tre beboere ble vurdert til å oppleve smerte. Dette inkluderte pasienter som sto på smertestillende legemidler fast. Det kan være en indikasjon på at smertebehandlingen gjerne ikke er tilfredsstillende nok. Tallene er noe lavere i studien til Helvik (2022), der én av tre pasienter ble vurdert som smertepåvirket.

4.1.2 Smerte og andre symptomer

I studiene til Lillekroken & Slettebø (2013), Monroe (2015) og Rostad (2019) formuleres det at det kunne oppleves vanskelig å skille smerte fra andre sykdommer, psykisk lidelse (emosjonell smerte) og demensrelaterte nevropsykiatriske symptomer (NPS). Pasienten kan dessuten uttrykke smerte på samme måte som NPS fremtrer, for eksempel via agitasjon, aggresjon, depresjon, apati, søvnforstyrrelser og vandring. Å skille mellom psykisk og fysisk smerte kan være vesentlig i behandling, da det kan være behov for psykoaktive legemidler istedenfor smertelindrende (Monroe et al., 2015). Studien til Rostad (2019) indikerer at sykehjemsbeboere som opplever smerte skårer høyere på NPS sammenliknet med de andre pasientene som ikke opplever smerter. Høye smerter er også ifølge Rostad (2019) en grunn til nedsatt funksjon i ADL (Activities of daily living) og høy forekomst i depressive symptomer.

Disse faktorene bidrar til lavere livskvalitet og høyere hjelpebehov hos pasientgruppen. Det er derfor en viktig grunn til å kartlegge smerte hos sykehjemsbeboere. Helvik (2022) har studert livskvalitet assosiert med smerte, men har også funnet at pasientene skårer høyere på NPI-NH (Neuropsychiatric Inventory Nursing Home Version) om de har en høyere QUALID-score. NPI-NH er et verktøy for å kartlegge NPS (Helvik et al., 2022). Sykepleierne i Monroe (2015) sitt intervju sier at de ofte må prøve å skille mellom fysisk og psykisk smerte, da man ikke kan behandle emosjonell smerte med smertestillende legemidler (Monroe et al., 2015).

4.1.3 Komplisert sykdomsbilde: Comorbiditet og polyfarmasi

I intervjuene gjennomført av Lillekroken og Slettebø (2013), kommer det frem at flere av sykepleierne er bekymret over hvor mange pasienter som kan gå rundt med udiagnoserte smerter. Deltakerne sier at «det er normalt å ha smerter når man blir gammel» (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30). De setter søkelys på at grunnene til smerte kan være sammensatte og at den høye alderen, individuelle behov for smertelindring, og mangelen på selvrappport på grunn av demenssykdommen kan spille inn. De understreker at mange eldre ofte har flere sykdommer, altså comorbiditet. Den eldre pasienten kan ha smertefulle tilstander, og på samme tid gå på et flertall forskjellige medisiner. En konsekvens av dette kan være legemiddelinteraksjoner. Sykepleierne forteller om legemiddelindusert delirium som kan forverre den kognitive tilstanden til demenspasienten (Lillekroken & Slettebø, 2013).

4.1.4 Kartleggingsverktøy

Herr (2019) har testet MOBID-scale (Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia), senere revidert og kalt MOBID-2. I studien til Herr (2019) er resultater fra MOBID sammenlignet med observasjoner og fysiske undersøkelser gjort av behandler og sykepleier. Herr (2019) oppgir at observasjonene knyttet til MOBID gir samme resultat som undersøkelsene utført av klinikerne.

I studien til Lillekroken og Slettebø (2013) uttrykker deltakende sykepleiere at de ikke har kjennskap til kartleggingsverktøy som kan brukes, men det er et felles ønske om å ha retningslinjer som er like. Ikke alle var enige, og en deltaker sier «Alle er jo forskjellige. Det som er smerte hos fru Olsen, kan det vært noe annet hos fru Hansen» (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31). Lillekroken og Slettebø (2013) konkluderer med at mangel på kunnskap spiller en stor rolle for hvorfor smertekartleggingsverktøy ikke blir benyttet i praksis. Verktøyene

som blir nevnt av sykepleierne er VAS (Visual analogue scale) og FPS (The Faces Pain Scale). Noen av sykepleierne bruker VAS, men oppgir at det ikke vil være nyttig hos den langtkomne demente. Det kommer ikke frem om noen har testet FPS i praksis. Isteden forkartleggingsverktøy bruker de klinisk blick og observasjon. De bruker også «uroskjema» (døgnregistreringsskjema) for å kartlegge døgnrytme og atferd (Lillekroken & Slettebø, 2013).

4.2 Sykepleiers perspektiv

Sykepleierne i studien til Monroe (2015) forteller at de føler mye ansvar. De skal ha konstant årvåkenhet, de skal ikke bare pleie pasienten, men også pasientens pårørende. De må være villige til å prøve og feile underveis i smertevurderingen og smertebehandlingen, og de skal prioritere den demente pasientens komfort og livskvalitet. Deltakerne i studien til Monroe (2015) uttrykker at de er entusiastiske og motiverte til å utøve yrket sitt. Deltakerne sa; «We´re nurses. We´ve got to fix it» (Monroe et al, 2015, s. 318).

Noen av deltakerne i studiene til Monroe (2015) og Lillekroken og Slettebø (2013) uttrykker at kommunikasjonssvikt bidrar til vansker med å kartlegge smerte, da pasienten selv ikke kan uttrykke seg. Deltakerne trodde gjerne dette var en av hovedfaktorene til at pasientene led unødvendig (Lillekroken & Slettebø, 2013; Monroe et al, 2015). I studien til Monroe (2015) kommer det frem at sykepleierne ofte ser etter kliniske årsaker når de skal smertelindre. Dette kan for eksempel være påført fysisk smerte eller underliggende sykdom. De sier at smerte er lettest å identifisere dersom de observerer fall, eller vet at pasienten har påvist urinveisinfeksjon. Uten kliniske årsaker mente sykepleierne at man ikke kan si sikkert at pasienten er smertepåvirket (Monroe et al, 2015). Videre i studien til Monroe (2015) forteller deltakerne at de føler seg som «detektiver» når de skal vurdere pasientens komfort. De observerer verbale og atferdsmessige signaler, bruker smerteskalaer og leser tilbake i journalen. I tillegg til dette evaluerer de pasientens miljø, alt i fra været, støynivå og temperatur. Til slutt prøver sykepleierne å skille emosjonelt ubehag fra fysisk ubehag (Monroe et al, 2015).

4.2.1 Kjennskap til pasienten

Flere deltakere i Lillekroken og Slettebø (2013) sin studie mente at eldre, og spesielt eldre med demens er en sårbar pasientgruppe når det gjelder medisinerings. En deltaker uttrykker at

dess eldre pasienten var, desto lavere toleranse hadde vedkommende for legemidler, spesielt smertelindrende legemidler (Lillekroken & Slettebø, 2013). I studien til Monroe (2015) kom det frem at en god relasjon og kjennskap til pasienten spilte en vesentlig rolle for kvaliteten på smertekartleggingen. Kjennskap til pasienten kan opparbeides ved gjennomgang av journalen til vedkommende, samtale med pårørende, eller å arbeide sammen med pasienten over tid. En av deltakerne i studien til Monroe (2015) sier følgende:

...I just know if they're in pain because of the way that they're acting. And then, I look back at their chart and they have arthritis, and then, I go by the weather because last couple days, I had more crying and more whining because it was so cold at night. And I said, "Well, this patient has arthritis. So, they're probably in pain." (Monroe et al, 2015, s. 318).

4.3 Etikk

Etiske dilemmaer er noe som fort kan oppstå når sykepleier skal kartlegge og smertelindre en pasient med demens. Noen ganger ønsker ikke pasienten å ta smertestillende, til tross for at sykepleier ser at hen er smertepåvirket. Andre ganger har pårørende ønsker som ikke står i tråd med sykepleiers yrkesetiske retningslinjer (Lillekroken & Slettebø, 2013).

4.3.1 Autonomi og tvang

I studien til Lillekroken og Slettebø (2013) kommer det frem at sykepleierne står ovenfor flere etiske dilemmaer ved smertelindring hos demente pasienter. Et aspekt som kommer frem, er tvangsmedisinering hos pasientgruppen. Sykepleier tolker at pasienten opplever smerte, prøver deretter å gi dem smertestillende, men pasienten spytter dem ut igjen. Sykepleierne uttrykket da at valget ofte falt på tvangsmedisinering (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Sykepleierne synes også det var et dilemma å vite hvilke verdier de skulle prioritere når de skulle smertelindre den demente. Ifølge studien til Lillekroken og Slettebø (2013) følte de at pasientens autonomi ble satt til siden, og at valget ble tatt basert på pårørendes ønsker. De mente selv at det var deres plikt å lindre pasienten smerte på tross av at pasientens autonomi ble undertrykket. Videre i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) er sykepleierne enige om at arbeidet med å overtale pasienten, og få dem til å forstå at behandlingen er til deres beste, var en frustrerende og tidkrevende prosess, som de ikke alltid hadde tid eller ressurser til i en travel hverdag (Lillekroken & Slettebø, 2013).

4.3.2 Pårørende

I Monroe (2015) og Lillekroken og Slettebø (2013) sine studier kommer det frem at deltakerne til tider kunne oppleve konflikter i samarbeid med pårørende. Deltakerne i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) forteller at de ofte følte på både blandede og ubehagelige følelser når de skulle ta avgjørelser som bidro til at samarbeidet med de pårørende ble satt på prøve. En sykepleier kommer med et eksempel på et møte med en pårørende:

«Jeg ble spurt av en pårørende en gang om å gi en ekstra dose Morfin for at faren skal slippe å ha det vondt. Jeg følte på at dette var jo feil, men da sa jeg at de bør snakke med legen, for da kunne han forklare det. Det er legen som har ansvaret, vi får administrert ut ifra det legen forskriver» (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31).

En deltaker som arbeidet på sykehuset, forteller også om sine ubehagelige hendelser i møte med pårørende. Det blir fortalt at pasientens pårørende ofte hadde meninger om hvordan smertelindringen skulle være, dette hang ikke sammen med hvordan pasienten ønsket det. I tillegg ønsket pårørende at pasienten ikke skulle ha det vondt, mens sykepleiernes opplevelse derimot, var at pasienten ikke ville ta medisinene sine (Lillekroken & Slettebø, 2013). Studien til Monroe (2015) sier at ønsker fra pårørende var vanskelige å imøtekomme. Pårørende ønsket at pasienten skulle være tilstrekkelig smertelindret, men ikke til det punkt at vedkommende ble mindre tilstedeværende (Monroe et al, 2015).

5. Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1. Integrativ litteraturoversikt

Metoden som er brukt i oppgaven er integrativ litteraturoversikt. Ifølge Friberg (2017, s. 142) benytter man seg ofte av både kvalitative og kvantitative forskningsartikler i en litteraturoversikt. Denne metoden ble tatt i bruk for å oppnå en bredere forståelse for temaet. Man får konkrete tall, men også subjektive opplevelser fra den aktuelle målgruppen. Da kan en sette resultatene opp mot hverandre for å se om de samsvarer. En ulempe med denne metoden er faren for å velge artikler basert på eget synspunkt. Her er det viktig å være bevisst på at personlige meninger om problemstillingen kan påvirke analysen og dermed resultat. En annen mulig svakhet, er at det kan være vanskelig å analysere og sammenligne artikler som er ulikt bygget opp.

5.1.2. Forskningsmetode

I denne oppgaven er det brukt to kvalitative og tre kvantitative studier. Dette er gjort for å prøve å danne et bedre grunnlag for å svare på problemstillingen. En felles svakhet i begge de kvalitative studiene er at de har benyttet seg av gruppeintervju. Dette kan trekke ned troverdigheten ved at deltakerne ikke sier det de mener da man har lett for å følge gruppen. Allikevel kan dette ha skapt et forum for diskusjon, og åpnet for nye synspunkt som ikke alle har tenkt på før. En annen svakhet med intervju kan være at deltakerne kommer med subjektive meninger. Ved statistikk vil resultatene være objektive og derfor mer troverdige.

5.1.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ifølge de tekniske kravene for bacheloroppgave ved Universitetet i Stavanger, skal man benytte seg av vitenskapelige forskningsartikler. Derfor er alle forskningsartiklene som er tatt i bruk fagfelleverderte. Dette er en styrke, da artiklene er av god kvalitet. Artiklene som er brukt er ikke mer enn 10 år gamle, for å sikre at forskningen er ny. Ulempen er at eldre forskningsartikler med viktige funn ikke er tatt med i oppgaven. Artiklene har vært norske og engelske. Til tross for gode engelskkunnskaper, er det en fare for at studiene skrevet på dette språket kan ha blitt feiltolket.

Det er prøvd å bare inkludere studier som foregår på sykehjem. Artikkelen til Lillekroken og Slettebø (2013) har med to geriatriske sykehusavdelinger. Den er fremdeles tatt med i

oppgaven, fordi den har flere gode synspunkter. Det kan dog være en svakhet, da det er usikkert hvor lenge pasientene har vært innlagt på avdelingen, eller hva innleggelsesårsaken har vært. Studien til Lillekroken og Slettebø (2013) er gjennomført for flere år siden og en svakhet vil dermed være at en ikke kun relatere den til hvilken kunnskap sykepleierne har i dag. I studiene til Lillekroken og Slettebø (2013) og Monroe (2015) er det sykepleieres perspektiv som ligger til grunn. I Herr (2019), Helvik (2022) og Rostads (2019) studier er det tatt for seg smerte hos den demente pasienten, i sammenheng med kartleggingsverktøy, livskvalitet og legemiddelbruk. Studiene er alle gjennomført i Norge og USA. Det var i utgangspunktet ønskelig med norske studier, men i og med at USA har et tilnærmet likt helsesystem som Norge, er to amerikanske studier inkludert.

5.1.4. Søkeprosess og analysering

Med tanke på tidsperspektiv for oppgaven er antall søkeord og databaser begrenset slik at utvalget av aktuelle artikler ikke skulle bli for stort. Dersom oppgaven ble skrevet over lenger tid, hadde det vært mulig å finne flere og mer relevante forskningsartikler. Artikkene som ble valgt var lærerike, men på grunn av språk og statistikk har det vært et utfordrende analyseringsprosjekt. Dersom oppgaven hadde hatt større omfang kunne valg av artikler og analyse blitt gjennomført annerledes. Med oppgavens tids- og ordbegrensning har gjennomføringen vært tilfredsstillende.

5.1.5. Forskere

Forskerne som har skrevet artikkene har alle relevant helsefaglig bakgrunn. Dette inkluderer sykepleiere, leger med forskjellig spesialisering, og professorer innenfor helse og omsorg. Etter å ha søkt opp forfatterne som har gjennomført studiene, er det funnet ut at de har forskerkompetanse. Dette er faktorer som styrker forskningen. Dessuten har flere av forfatteren mangfoldige publikasjoner fra tidligere av. Noe som kan være en svakhet er at flere av dem har en ekspertise innen demensomsorg og geriatri. De vil med dette ikke ha et objektivt syn på temaet. Derfor er det viktig å være bevisst på dette i forbindelse med analysen (Dalland, 2017, s. 58).

5.1.6. Deltakere

I de kvalitative studiene til Monroe (2015) og Lillekroken og Slettebø (2013) blir det intervjuet sykepleiere. I de kvantitative studiene til Helvik (2022), Herr (2019) og Rostad

(2019), brukes pasienter som bakgrunn for statistikk. Alle studiene har brukt sykehjem som arena, men Lillekroken og Slettebø (2013) har intervjuet sykepleiere fra både sykehjem, og geriatrike avdelinger på to forskjellige sykehus.

Pasientene som deltok i de kvantitative studiene (Helvik, 2022; Herr, 2019; Rostad, 2019), hadde en gjennomsnittsalder på 84 år. Det blir oppgitt antall deltakere fordelt på kjønn i de kvantitative studiene, men det blir ikke oppgitt at dette hadde noe innvirkning for resultatene. Derfor tolkes denne informasjonen som irrelevant for oppgaven. Alle hadde en demensdiagnose eller en moderat grad av kognitiv svikt (Helvik, 2022; Herr, 2019; Rostad, 2019). Antall deltakere var svært forskjellig. I Rostads (2019) studie var det 122 deltakere, i Herrs (2019) 138, og i Helviks (2022) 953. Dette kan ha medført at resultatene varierte, og kan derfor være en svakhet for oppgaven. Alle pasientene har gitt samtykke, og ved mangel på samtykkekompetanse er det innhentet samtykke fra nærmeste pårørende.

I Lillekroken og Slettebø (2013) sin artikkel blir det oppgitt at de 18 sykepleierne som deltok var mellom 24-61 år, og at arbeidserfaringen var varierende. Det var stort sett ingen som hadde spesialisering innenfor geriatri og demens. I artikkelen til Monroe (2015) var de 29 deltakere fordelt på fokusgrupper i forskjellige størrelser. Det blir ikke oppgitt alder eller arbeidserfaring hos sykepleierne, som kan ha hatt relevans for resultatene. I artiklene til Helvik (2022), Herr (2019) og Rostad (2019) kommer det ikke frem informasjon om sykepleierne som assisterte under studien. Alle sykepleiere har gitt samtykke til å være med i studiene.

5.2. Resultatdiskusjon

5.2.1. Å identifisere smerte

Analyse av artiklene til Helvik (2022) og Rostad (2019) viser at demente pasienter med smerte skårer høyere på QUALID-scale (Quality of Life in Lateral Stage Dementia), som vil si at de har en lavere opplevelse av livskvalitet. QUALID-scale er ifølge Tretteteig (2016, s. 248) en kvalitetssikret test som gir en «her og nå» evaluering av livskvalitet. Det anbefales at helsepersonell eller pårørende som kjenner pasienten godt utfører testen. I Geriatrik sykepleie (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399) står det at uoppdaget smerte kan gi alvorlige helsemessige komplikasjoner og redusert livskvalitet. Dette underbygger resultatene fra studiene til Helvik (2022), Herr (2019), Lillekroken & Slettebø (2013), Monroe (2015) og

Rostad (2019). Pasienter som går med smerte kan være i risiko for forsinket mobilisering, inaktivitet og sengeleiekomplikasjoner (som pneumoni og dyp venetrombose). I funnene til Rostad (2019) kommer det i tillegg frem at smerte kan gi redusert ADL-funksjon og depressive symptomer. Torvik & Sandvik (2020, s. 399) er enig i at smerte i tillegg til redusert livskvalitet også kan medføre nedsatt ADL-funksjon og derfor tap av selvstendighet.

Resultater fra Rostad (2019) sier at NPS er høyere i smertegruppen enn ikke-smertegruppen. Dette kan indikere at smerte forsterker symptomene. Det støttes i en av de andre studiene der Helvik (2022) henviser til annen forskning i sin «Clinical implication»-del, og sier at under- og ubehandlet smerte kan trigge en forverring i symptomer av NPS (Habiger et al., 2016; Pieper et al., 2013). Ifølge Helsedirektoratet (2022a) bør pasienter som har atferdsmessige og psykologiske symptomer utredes for smerte.

Lillekroken og Slettebø (2013) formulerer at overmedisinering kan gi bivirkninger som kan forveksles med psykiske symptomer eller delir. Videre funn viser at comorbiditet sammen med mange legemidler, kan skape et vanskelig puslespill for sykepleierne, som risikerer legemiddelinteraksjoner (Lillekroken & Slettebø, 2013; Monroe et al., 2015).

Helsedirektoratet (2022c) råder til legemiddelgjennomgang for en rekke pasientgrupper. Mennesker med kognitiv svikt og nedsatt evne til egenomsorg er en av disse. Om man sammenfatter denne informasjonen, kan det tilsi at smertelindring er en vanskelig prosess som krever at man oppnår terapeutisk indeks for å unngå en forverring i symptomtrykk (Levy, 2020).

MOBID-2 er et kartleggingsverktøy som ble utviklet og testet i doktorgradsprosjektet «Assessment of Pain in Patients with Dementia» ved Universitetet i Bergen (Husebø., 2009).

Herr (2019) har valgt å bruke MOBID, som er første delen av den reviderte MOBID-2.

I studien kommer det frem flere positive sider ved bruk av MOBID på sykehjemspasienter i USA. En av de positive sidene med kartleggingsverktøyet er at resultatene samsvarer med kliniske undersøkelser gjennomført på samme pasientgruppe. Det kommer også frem at flere kartleggingsverktøy som angivelig skal måle ulike fenomener, har spørsmål som overlapper hverandre og kan skape forvirring. Det var ikke overlappende spørsmål i MOBID, der var fokuset på observasjon av smerter (Herr et al., 2019). Dette styrker troverdigheten til verktøyet. Rostad (2019) støtter opp med samme observasjon, og skriver at en begrensning for studien deres er at flere av observasjonsverktøyene de benytter seg av, har overlappende

atferdsmessige uttrykk i forhold til smerte, depressive symptomer, og demens. Rostad (2019) mener dette gjør det vanskelig for sykepleiere å skille mellom symptomene i klinisk praksis. At flere sykepleiere i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) mangler kunnskap om kartleggingsverktøy for demenspasienter, er et klart tegn på at det er behov for fagutvikling innen identifisering av smerte. Studien til Lillekroken og Slettebø er fra 2013 og MOBID-2 var relativt nytt på denne tiden. Nå anbefales dette verktøyet i flere pensumbøker rettet mot geriatri og demensomsorg, blant annet Demensboka og Geriatrisk sykepleie (Husebø, 2016, s. 490-493; Torvik & Sandvik, 2020, s. 406).

Helvik (2022) henviser til Helsedirektoratet som sier at det per 2018 hverken var et krav om smertekartlegging ved inntak til sykehjem, eller systematisk etterpåk. Det ble under studien kartlagt at over halvparten av de deltagende pasientene opplevde smerte i følge MOBID-2 skalaen. Dette er pasienter som uten kartlegging kan gå under radaren på grunn av sin manglende evne til selvrappport. Helvik (2022) henviser videre til studier av Estabrooks (2013) og Hjaltadóttir (2012). Her kommer det frem at i noen vestlige land som USA, Canada og Island, er smertekartlegging både et krav og en kvalitetssikring under inntak ved sykehjemmet, og deretter kvartalsvis oppfølging. Helvik (2022), med støtte fra Rostad (2019), mener at systematisk kartlegging av sykehjemsbeboere er avgjørende for å gi helsepersonell videre føringer for hva de skal observere og vurdere. Dette kan være en viktig klinisk implikasjon for å forbedre smertekartlegging.

5.2.2 Sykepleiers perspektiv & kjennskap til pasienten

Deltakerne i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) opplever smertevurdering hos den demente pasienten som spennende, men utfordrerne. De uttrykker at det stilles store krav til deres vurderingsevne og kompetanse. Lillekroken og Slettebø (2013) skriver innledningsvis at det er sykepleiere som har best forutsetninger for å gjenkjenne hvordan pasienter med demens kan uttrykke smerte, og hvordan smerten kan vurderes og tolkes. Selv om sykepleierne som deltar i studien viser god kompetanse innen smertelindring, så visere de til gjengjeld liten til ingen kompetanse om smertekartlegging. Lillekroken og Slettebø (2013) nevner observasjonsbaserte kartleggingsverktøy for deltakerne (det kildehenvises til studier om MOBID, CNPI og Doloplus-2 i artikkelen). Disse kartleggingsverktøyene har ikke deltakerne hørt om. Fra deltakernes perspektiv finnes det ikke noen verktøy spesifikt til bruk på den demente pasient (Lillekroken & Slettebø, 2013). Som tidligere nevnt i avsnittet om kartleggingsverktøy, handler dette om mangel på fagutvikling. Det blir benyttet klinisk blikk

og erfaring, men ved bruk av for eksempel MOBID-2, kan man sikre at alle gjennomfører kartlegging likt. Pasienten kan dermed få best mulig behandling.

I studiene til Monroe (2015) og Lillekroken og Slettebø (2013) forklares det at kjennskap til pasienten spiller en vesentlig rolle for smertekartleggingen. Dette underbygges gjennom Tom Kitwoods (1997) teori, personsentrert omsorg, som er beskrevet godt i Demenesboka (2016). Her er fokuset på den enkelte pasienten og deres verdi. Selv om alle aspektene er relevante, kan I'en i VIPS-rammeverket (individuell tilnærming) være aktuell når man skal bli kjent med pasienten og skreddersy behandling til vedkommende. Her vil sykepleiers oppgave være å møte pasienten som en egen person, kjenne deres bakgrunn, personlighet og forutsetninger. Dette er alle faktorer som kan være med og bestemme hvordan en person reagerer på en kognitiv svikt (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 228-229). Pasientens personlighetstrekk kan være med å påvirke hvordan vedkommende uttrykker smerte.

5.2.3 Etikk

Sykepleiere kan ofte møte utfordringer når det kommer til smertelindring hos demente pasienter. En av de situasjonene som sykepleierne i Lillekroken og Slettebø (2013) sin studie ofte har møtt på er når pasienten ikke ønsker å ta smertelindrende medikamenter. I studien oppgir en sykepleier at de prøver å gi medisiner til pasienten, men at det ender opp med at pasienten spytter de ut igjen. Konsekvensen av dette blir at sykepleierne må gi medisiner gjennom tvang, noe som oppleves vanskelig. Om en skal gi helsehjelp mot pasientens vilje, må det fattes vedtak på dette jf. Pbrl §4a-3 (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §4a-3). Vedtak bør iverksettes dersom pasienten motsetter seg helsehjelp, som de vil få vesentlig helseskade av uten. Selv om man oppfyller vilkårene i første og andre ledd av paragrafen, så skal man vektlegge graden av motsettelse, og om pasienten kan gjenvinne sin samtykkekompetanse i nær fremtid.

En demenspasient vil trolig ikke gjenvinne samtykkekompetansen dersom den først blir fratatt. Man ønsker å prøve tillitsskapende tiltak før man iverksetter tvangsvedtak. I Demensboka (2016) henvises det til Tom Kitwoods omsorgsteori (1997, referert i Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 227-238), personsentrert omsorg. Kitwood mente at man lett kunne undergrave personverd, og kalte dette ondartet sosialpsykologi. Tvang er ett av disse fenomenene (Tretteteig & Røsvik, 2016, s. 227-238). Personsentrert omsorg kan bidra til å

bygge en relasjon til pasienten. Ved å vise forståelse for pasientens følelser, trøste og inkludere i valg kan man skape en dypere tillitt. Da er det lettere for sykepleier å kunne motivere uten bruk av tvang. Tvang bør kun brukes under høyst nødvendige omstendigheter.

Sykepleierne i studien til Monroe (2015) opplevde også etiske problemer knyttet til at de pårørende hadde sterke ønsker angående behandling. Noen ønsket at man skulle smertelindre, men ikke lindre til det punkt at pasienten opplevdes sløv. Kitwood (1997) henviser til at pårørende kan spille en viktig rolle for personsentrert omsorg. De kjenner ofte pasienten slik de var før de fikk diagnosen sin, og kan si noe om vaner og rutiner de har lagt seg til opp gjennom årene. De er dermed en viktig ressurs, de kan bidra til at man forstår pasientens identitet bedre. Selv om de pårørende i de fleste tilfeller mener det godt, opplevde noen av deltakerne i studien nevnt ovenfor at det kunne oppstå ubehag. I Lillekroken og Slettebø (2013) sin studie kom det også frem at sykepleierne kunne henvise de pårørende til lege dersom de hadde spørsmål i forhold til smertelindring. På denne måten unngikk de en konflikt. Ifølge pbrl §3-1 (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1) har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasient dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse. Derfor er det viktig å ta hensyn til at pårørende faktisk har en lovgitt rett til medvirkning om pasient har mangel på samtykkekompetanse.

For å kunne redusere bruken av tvang i praksis, kan sykepleier benytte seg av kartleggingsverktøy for å finne ut om pasienten faktisk er smertepåvirket, og eventuelt i hvor stor grad. Ved bruk av MOBID-2 kan man finne lokalisasjon og intensitet på smerten. Det er anbefalt at personale som kjenner pasienten godt gjennomfører kartlegging med MOBID-2 i dagligdagse situasjoner som for eksempel stell. Ved bruk av smertekartleggingsverktøy kan man utelukke andre tilstander som NPS.

Man ser at personsentrert omsorg, der man ser personen bak demensen, kan være nyttig for å redusere bruken av tvang og makt. Ifølge Forbord (2020) bidrar god kunnskap om Pasient- og brukerrettighetsloven til at personale får en bedre forståelse for personsentrert omsorg. Pbrl §4A, «Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4A). Hun sier videre:

Dette samsvarer godt med lovverkets krav om at tillitsskapende tiltak skal være forsøkt. I tillegg vil ansatte bedre forstå hvorfor de må jobbe på denne måten, for å kunne tilstrebe å gi helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse. De er kjent med

at det skal være fare for alvorlig helseskade før det kan fattes vedtak om bruk av tvang (Forbord, 2020).

Dersom problemet er at man ikke får administrert legemidler til pasienten som opplever smerte, kan tiltak som ikke innebærer legemidler prøves. Ifølge Harvard health publishing (2017) og Torvik (2020) finnes det flere ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder. Disse inkluderer fysisk aktivitet, varme eller kulde, musikkterapi, kognitiv atferdsterapi, tekniske hjelpemidler, massasje eller fysioterapi. Disse metodene blir også nevnt i artikkelen til Helvik (2022). Ved å la seg bli kjent med pasienten kan man unngå tvang ved å utforme et eget smertelindringsregime (Harvard health publishing, 2017; Torvik & Sandvik, 2020, s. 407).

6. Anvendelse i praksis

Etter å ha analysert artiklene, har vi kommet fram til noen konkrete tiltak for sykehjem som vi mener vil kunne gjøre kartlegging og identifisering av smerte hos den demente pasienten bedre.

- Samle en faggruppe bestående av personale med fordypning eller erfaring innenfor geriatri eller demens. Dersom det er en demensavdeling, vil ansattgruppen gjerne allerede bestå av personale med denne kompetansen.
- Refleksjonsgrupper med fokus på behandling og kartlegging av smerte.
- Ved administrering av smertestillende, observeres og dokumenteres effekten av denne. Dette for å kunne lese tilbake i journalsystemet og se om legemiddelet har ønsket effekt, eller om man må gjøre endringer i behandlingen.
- Prosedyre på rutinemessig smertekartlegging. Ikke bare ved skade eller mistanke om smerte.
- Sykepleier må selv kontinuerlig tilegne seg ny kunnskap. Her kan det tilrettelegges for de ansatte, slik at de får studiedager der de har mulighet til å heve faglig kompetanse. Andre eksempler på tiltak kan være fagdag, faglunsj, nettbaserte kurs, ha tilgjengelig faglitteratur på avdelingen.
- Arbeidsplassen kan tilrettelegges slik at nyansatte får opplæring i deres smertekarleggingsrutiner og hvilke verktøy som blir brukt på avdelingen.
- Flere sykepleiere i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) mente at tid var en begrensning for smertekartlegging. For å prøve å løse dette kan man utarbeidet en bedre arbeidsinndeling. Sykepleier kan ha fokus på kartlegging, observasjon og administrering av legemidler. Mens fagarbeidere og assistenter fokuserer på miljøarbeid, skyllerom og kjøkken, og administrative oppgaver.

Referanser

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. Utg). Gyldendal akademisk.

Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, R. Grønseth, & D.-G. Stubberud (Red.), *Klinisk sykepleie 1. 1*. (5. Utg, s. 381–428). Gyldendal akademisk.

Estabrooks, C. A., Knopp-Sihota, J. A., & Norton, P. G. (2013). Practice sensitive quality indicators in RAI-MDS 2.0 nursing home data. *BMC Research Notes*, 6(460).
<https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-460>

Forbord, I. S. (2019). Hvordan kan vi med personsentrert omsorg forebygge og redusere bruken av makt og tvang? *Aldring og helse*, 23(4),
<https://www.aldringoghelse.no/hvordan-kan-vi-med-personsentrert-omsorg-forebygge-og-reducere-bruken-av-makt-og-tvang/>

Friberg, F. (Red.). (2017). Dags för uppsats; vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. (3. Utg) Studentlitteratur.

Habiger, T. F., Flo, E., Achterberg, W. P. & Husebo, B. S. (2016). The interactive relationship between pain, psychosis, and agitation in people with Dementia: Results from a cluster-randomised clinical trial. *Behavioural Neurology*, 2016, 1–8.
<https://doi.org/10.1155/2016/7036415>

Harvard Health Publishing. (2017, 28 juli). 8 non-invasive pain relief techniques that really work. <https://www.health.harvard.edu/pain/8-non-invasive-pain-relief-techniques-that-really-work>

Helsedirektoratet. (2019) Demens: Krav til kompetanse. | *Helsedirektoratet*. Hentet 20. desember 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/krav-til-kompetanse#helse-og-omsorgspersonell-skal-ha-kunnskap-om-og-yte-personsentrerte-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-demens-begrunnelse>

Helsedirektoratet. (2022a) Demens: Om demens. | *Helsedirektoratet*. Hentet 20. desember 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>

Helsedirektoratet. (2022b) Demens: Utredning ved mistanke om demens og leges oppfølging etter diagnosen. | *Helsedirektoratet*. Hentet 20. desember 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/utredning-ved-mistanke-om-demens-og-leges-oppfolging-etter-diagnose>

Helsedirektoratet. (2022c) Legemiddelsamstemning og legemiddelgjennomgang: Gjennomføring av legemiddelgjennomgang. | *Helsedirektoratet*. Hentet 02. desember 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/legemiddelsamstemning-og-legemiddelgjennomgang/gjennomforing-av-legemiddelgjennomgang#helsepersonell-bor-gjennomfore-legemiddelgjennomgang-pa-en-systematisk-mate-for-a-kvalitetssikre-pasientens-legemiddelbehandling>

Helvik, A-S., Bergh, S., Benth, J, S., Selbaek, G., Husebo, B. S. & Tevik, K. (2022). Pain in nursing home residents with dementia and its association to quality of life. *Aging & Mental Health*, 26(9), 1787–1797. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1947968>

Hem, E. & Paus, B. (2022). Syndrom. *Store medisinske leksikon*. Hentet 20. desember 2022 fra <https://sml.snl.no/syndrom>

Herr, K., Sefcik, J. S., Neradilek, M. B., Hilgeman, M. M., Nash, P. & Ersek, M. (2019). Psychometric Evaluation of the MOBID Dementia Pain Scale in U.S. Nursing Homes. *Pain Management Nursing*, 20(3), 253-260. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.11.062>

Hjaltadóttir, I., Ekwall, A. K., Nyberg, P. & Hallberg, I. R. (2012). Quality of care in Icelandic nursing homes measured with Minimum Data Set quality indicators: Retrospective analysis of nursing home data over 7 years. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1342–1353. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.004>

Husebø, B. S. (2016). Lindrende demensomsorg: Smerter hos personen med demens. | S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 488-494). Aldring og helse.

Husebø, B. S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskriftet: Den norske legeforening*, 129(19), 10.4045/tidsskr.08.0660

Levy, F. E. S. (2020, 12. februar). Terapeutisk indeks. | *Store medisinske leksikon*.
https://sml.snl.no/terapeutisk_indeks

Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden*, 33(3), 29-33
<https://hdl.handle.net/10642/1693>

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

Nes, R. B. (2019, 23. september). Fakta om livskvalitet og trivsel. *Folkehelseinstituttet*. Hentet 19. desember 2022 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Pieper, M. J., van Dalen-Kok, A. H., Francke, A. L., van der Steen, J. T., Scherder, E. J., Husebø, B. S. & Achterberg, W. P. (2013). Interventions targeting pain or behaviour in dementia: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(4), 1042–1055.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2013.05.002>

Rostad, H. M., Grov, E. K., Utne, I. & Halvorsrud, L. (2019). Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter. *Sykepleien forskning*, 14(79184).

Sandvik, R. K. N. M. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, 108, artikkel 80594. [10.4220/Sykepleiens.2020.80594](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80594)

Strand, B. H., Berg, C. L., Syse, A., Nielsen, C. S., Skirbekk, V. F., Totland, T. H., Hansen, T., Vollrath, M. E. M. T., Blix, H. S. Husabø, K. J., Gjertsen, F., Meyer, H. E., Kvaavik, E. Nes, R. B., Reneflot, A. Ranhoff, A. H., Bye, E. K., Holvik, K., Hjellvik, V., ... Håberg, A. K. (2014). Helse hos eldre. *Folkehelseinstituttet*.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>

Torvik, K. & Sandvik, R. K. N. M. (2020). Smerte. | M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. Utg, s. 397-413). Gyldendal.

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

Vedlegg

Vedlegg1: Søkelogg

Søke dato	Data base	Søkeord og ordkombinasjon	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
25.10.2022	Oria	Smertekartlegging *demens	Fra fagfelleverderte tidsskrift Artikler 2012-2022	1	1	1	1
26.10.2022	SveMed+	Pain *dementia	Fra fagfelleverderte tidsskrift Artikler 2012-2022	14	7	2	1
26.10.2022	Oria	Identify *pain *dementia	Fra fagfelleverderte tidsskrift Artikler 2012-2022	523	22	6	1
26.10.2022	Oria	Pain AND dementia AND «nursing home»	Fagfelleverderte tidsskrifter Artikler Siste 10 år Open access Engelsk og norsk Oria – Norsk fagbibliotek	545	4	2	2
25.10.2022	CINAHL	Pain OR Pain assessment OR Pain management AND dementia AND Pharmacotherapy OR Nonpharmalogical interventions	Peer viewed English Keywords: dementia and pain 2012-2023 Europe	81	19	12	2

Vedlegg 2: Litteraturmatrise

Artikkel 1	
Tittel	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer
Tidsskrift/årstall	2013
Forfattere	Lillekroken D. & Slettebø, Å.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Metode	Kvalitativ metode
Hensikt	Å utforske sykepleieres erfaringer med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens
Resultat	Å smertekartlegge og smertelindre pasienter med demens er vanskelig. Like prosedyrer for smertekartlegging og individuell smertelindringsplan vil være effektivt for å smertelindre pasienten. Å konsekvent bruke kartleggingsverktøy for denne pasientgruppen vil bidra til effektiv smertevurdering og smertelindring hos pasienter med demens.
Styrker	<ul style="list-style-type: none"> - Førsteforfatter var moderator i alle intervjugruppene og transkriberte intervjuene. - Samme comoderator i alle tre intervjugruppene. - Forfatter gjentok deltakernes utsagn tilbake, slik at dette kunne bekreftes eller avkreftes.
Svakheter	<ul style="list-style-type: none"> - Det er brukt sykepleiere fra ett sykehjem og to sykehus. - Ved gruppeintervju kan deltakerne bli påvirket av hverandres meninger.
Artikkel 2	
Tittel	Kjennetegn ved sykehjemsbeboere med langtkommen demens og smerter
Tidsskrift/årstall	2019
Forfattere	Rostad, H. M., Grov, E. K., Utne, I., & Halvorsrud, L.
Perspektiv	Sykepleier
Metode	Kvalitativ studie
Hensikt	Å kartlegge forekomst av smerte hos sykehjemsbeboere med demens
Resultat	I undersøkelsen kommer det frem at to tredjedeler av deltakerne hadde smerte.
Styrker	<ul style="list-style-type: none"> - Artikkelen anvendte anerkjente, validerte og pålitelige kartleggingsinstrumenter. - Det er over 10 sykehjem som deltok i studien.
Svakheter	<ul style="list-style-type: none"> - Smerte er en subjektiv opplevelse. Det å bruke kartleggingsverktøy tar utgangspunkt på observasjoner av atferd, og ikke pasientens selvrappport. - De observasjonsbaserte kartleggingsinstrumentene som ble brukt, hadde overlappende spørsmål. - Det blir ikke gitt et komplett bilde av smertelindringen gitt til pasientene. Forfatter hadde ikke data om smertestillende legemidler som er gitt ved behov eller ikke-medikamentelle tiltak mot smerte
Artikkel 3	
Tittel	Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia
Tidsskrift/årstall	2015
Forfattere	Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C.
Perspektiv	Sykepleiers
Metode	Kvalitativ metode
Hensikt	Å evaluere helsepersonellens metoder for å identifisere smerte hos dementpasienter på sykehjem.
Resultat	Komplisert puslespill, der sykepleierne føler de må lete seg frem uten konkret fakta. Dette opplever de som utfordrende. De opplever også at pårørende kan være både en god ressurs, men også en kilde til etiske dilemma. Fokus i studien var livskvalitet knyttet til smerte.

Styrker	<ul style="list-style-type: none"> - Det ble tatt opptak av intervjuene, og en uavhengig tredjepart transkriberte resultatene. - De tre forfatterne av artiklene er alle doktorgradsforberedte sykepleiere med spesialisering innenfor geriatri - Studien er godkjent av Vanderbilt University Institutional Review Board.
Svakheter	<ul style="list-style-type: none"> - Ved gruppeintervju kan deltakerne bli påvirket av hverandres meninger. - Deltakerne fikk en kompensasjon i form av et gavekort. En svakhet kan være at motivasjonen deres for å være med i studien kom fra ytre faktorer, ikke indre.
Artikkel 4	
Tittel	Pain in nursing home residents with dementia and its association to quality of life
Tidsskrift/årstall	2022
Forfattere	Helvik, Bergh, S., Šaltytė Benth, J., Selbaek, G., Husebo, B. S., & Tevik, K.
Perspektiv	Sykepleier
Metode	Kvantitativ
Hensikt	Kartlegge i hvilken grad smerte påvirker livskvaliteten til demenspasienter.
Resultat	Pasienter med langtkommen demens har høy smerte. Dette påvirker livskvaliteten deres. Det er målt ved hjelp av flere smertekartleggingsverktøy, samt QUALID-scale for å kartlegge livskvalitet. Redusert livskvalitet kan forebygges ved rutinemessig kartlegging av smerte hos demente på sykehjem.
Styrker	<ul style="list-style-type: none"> - Det blir benyttet validerte kartleggingsverktøy som for eksempel QUALID og MOBID-2. - To leger diagnostiserte pasientene med demens, uavhengig av hverandre. En tredje lege ble brukt som rådgiver hvis legene var uenige.
Svakheter	<ul style="list-style-type: none"> - Ved tverrsnittstudie kan man ikke si noe om årsaks-virkningsforhold. Det kan også være andre bakenforliggende årsaker som kan spille inn, som vi ikke får noe informasjon om.
Artikkel 5	
Tittel	Psychometric Evaluation of the MOBID Dementia Pain Scale in U.S. Nursing Homes
Tidsskrift/årstall	2019
Forfattere	Herr, K., Sefcik, J.S., Neradilek, M.B., Hilgeman, M.M., Nash, P. & Ersek, M.
Perspektiv	Sykepleier/helsepersonell
Metode	Kvantitativ tverrsnittstudie med 138 deltakende
Hensikt	Finne ut om MOBID-scale er et relevant smertekartleggingsverktøy som kan brukes av engelsktalende helsepersonell på sykehjemspasienter med demens i USA.
Resultat	MOBID har sammenlignbar data i forhold til de kliniske undersøkelsene som blir foretatt. Det er derfor et validert kartleggingsverktøy.
Styrker	<ul style="list-style-type: none"> - Det blir brukt flere vurderingsmetoder som settes opp mot MOBID. - Resultatene viser at smertekartleggingsverktøyet MOBID har gode og konsekvente data.
Svakheter	<ul style="list-style-type: none"> - Benytter seg av MOBID, ikke MOBID-2 som er den reviderte versjonen. - Bruker annet helsepersonell enn sykepleiere for å utføre bevegelsene under kartleggingen. - Studien har brukt data fra både private og offentlige sykehjem. - Det er ikke informasjon om prosessen der MOBID oversettes fra norsk til engelsk.

Vedlegg 3: MOBID-2 smerteskala

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

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

Smertelyd
«Aul»
Stønner
Yrker seg
Gisper
Skriker

Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Rynker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene

Avvergereaksjon
Slivner
Beskytter seg
Skyver fra seg
Endringer i pusten
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

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
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 hofteldd	<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

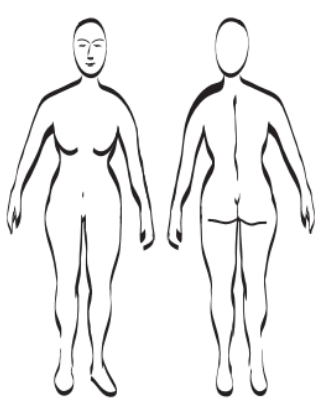
Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppsteeningen 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

Bettina Husebøl et al. Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

<https://unn.no/Documents/Kompetansetjenester,%20sentre%20og%20fagr%20C3%A5d/Regionalt%20kompetansesenter%20for%20lindrende%20behandling/Symtomkartlegging/Smertevurdering%20hos%20pasienter%20med%20demens.pdf>