

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Den glemte smertepasienten – vurdering og kartlegging hos personer med demens



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Universitetet i Stavanger, 11. mai 2021

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

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Smerter blant eldre er underrapportert og personer med demens er spesielt utsatt. Pasientens egne smerterapportering oppgis som den viktigste smerteindikatoren. Det gjør at vi finner det interessant å undersøke hvordan sykepleiere vurderer smerte hos personer med demens, som har redusert evne til å uttrykke seg verbalt.

Hensikt

Hensikten med bacheloroppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan oppdage smerter ved hjelp av å vurdere smerteuttrykk hos personer med demens. Dette for å kunne gi adekvat smertelindring til en forsømt pasientgruppe.

Metode

Integrativ litteraturoversikt ble brukt for å analysere fem utvalgte artikler. Deretter ble funnene presentert og diskutert i lys av sykepleieteori, bakgrunns litteratur og egne refleksjoner.

Resultater

Funnene viser at sykepleiere er usikre som konsekvens av manglende kunnskap om smertevurdering og bruk av kartleggingsverktøy. Kunnskapsmangelen blant sykepleierne fører til at pasienten lider unødvendig.

Nøkkelord: Sykepleie, personer med demens, smertevurdering, kartleggingsverktøy, smerteuttrykk, smerteindikator, personorientert profesjonalitet, Kari Martinsen, kunnskap, APSD

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	5
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2	PROBLEMFOMULERING	5
1.3	HENSIKT	6
1.4	BEGREPSAVKLARINGER OG AVGRENSNINGER	6
1.4.1	<i>Demens</i>	6
1.4.2	<i>Smerteuttrykk og smerteindikatorer</i>	6
1.4.3	<i>Kartleggingsverktøy som nevnes i oppgaven</i>	6
1.4.4	<i>Avgrensninger</i>	7
2	TEORI	8
2.1	SMERTE	8
2.1.1	<i>Vurdering av smerter</i>	8
2.1.1.1	<i>Kartleggingsverktøy</i>	8
2.1.1.2	<i>Kartleggingsverktøys nytteverdi</i>	9
2.1.2	<i>Sykepleieres oppgaver ved smerter hos personer med demens</i>	9
2.2	KARI MARTINSEN	11
2.2.1	<i>Omsorg</i>	11
2.2.2	<i>Personorientert profesjonalitet</i>	11
3	METODE	13
3.1	VALG AV METODE	13
3.2	LITTERATURSØK	13
3.2.1	<i>Valg av databaser</i>	13
3.2.2	<i>Søkeord</i>	14
3.2.3	<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	14
3.2.4	<i>Valg av artikler</i>	14
3.2.5	<i>Analyse</i>	15
4	RESULTATER	16
4.1	SYKEPLEIERNES GENERELLE GRUNNLAG FOR VURDERING AV SMERTER	16
4.1.1	<i>Observasjoner i samhandling med pasienten</i>	16
4.1.2	<i>Identifiserte smerteindikatorer basert på sykepleiernes observasjoner</i>	17
4.2	SYKEPLEIERNES SPESIELLE GRUNNLAG FOR VURDERING AV SMERTER	18
4.2.1	<i>Manglende kunnskap om kartleggingsverktøy</i>	18
4.2.2	<i>Manglende bruk av kartleggingsverktøy gir forsinkelser i behandlingen</i>	19
4.3	INDIVIDUELL TILNÆRMING	20
4.3.1	<i>Kunnskaper om pasienten</i>	20
4.3.2	<i>Relasjonens betydning</i>	21
5	DISKUSJON	22
5.1	METODEDISKUSJON	22
5.1.1	<i>Integrativ litteraturoversikt som metode</i>	22
5.1.2	<i>Studiens arena</i>	23
5.1.3	<i>Studiens deltakere</i>	23
5.1.4	<i>Studiens gjennomførelse</i>	24
5.2	RESULTATDISKUSJON	25
5.2.1	<i>Smertekartlegging og behandling består av flere komponenter</i>	25

5.2.2	<i>Å bevare pasientens individualitet i smertevurdering og behandling</i>	27
5.2.3	<i>Sykepleiernes utfordringer i identifisering av smerte</i>	28
5.2.4	<i>Underbehandling som konsekvens av manglende kunnskap og usikkerhet</i>	30
5.2.4.1	Funn som indikerer underbehandling	30
5.2.4.2	Betydningen av å være profesjonell.....	31
5.2.4.3	Hvem har det juridiske ansvaret for å sikre faglig oppdatert kompetanse?	32
5.3	SAMMENFATNING	33
6	ANVENDELSE I PRAKSIS	34
6.1	FORSLAG TIL FORBEDRING	34
	LITTERATUR	35
	VEDLEGG	38

Antall ord:10093

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Fenomenet smerte er komplekst og opplevelsen subjektiv, og det antas at smerter blant eldre er underrapportert (Almås, et al. 2017, s. 381-383). Pasientens selvrapportering av smerter er den viktigste smerteindikatoren (Almås et al., 2017, s. 389). Samtidig har personer med demens redusert evne til å uttrykke smerte (Kirkevold, et al., 2018, s. 422).

I praksis har vi som sykepleiestudenter opplevd nedverdiggende behandling av personer med demens når det gjelder smertelindring. Spesielt én situasjon fra hjemmesykepleien gjorde oss berørt. Pasienten hadde isjassnerven i klem og fikk forskrevet Paralgin Forte ved behov inntil fire ganger daglig. Hjemmesykepleien hadde medisinsansvar for pasienten, derfor måtte pasienten be om smertestillende. Pasienten hadde mild til moderat grad av demens og kunne uttrykke seg verbalt. Da pasienten ba om Paralgin Forte, tvilte sykepleierne på pasientens smerter på grunn av uregelmessigheter og liten sammenheng i selvrapporteringen av smertene fra gang til gang. Det resulterte i at pasienten ble anbefalt å vente for å se om hennes faste 1 gram Paracet virket. Pasienten sa gjentatte ganger at Paracet ikke var tilstrekkelig for å lindre smertene, men sykepleierne var likevel tilbakeholdne med å gi Paralgin Forte. På bakgrunn av det stilte vi oss undrende til hva som gjorde at pasienten ikke ble tatt på alvor. Vi så også at egen kompetanse på området var utilstrekkelig og ønsket derfor å finne ut hva sykepleierne la til grunn for å vurdere smerter hos personer med demens og hvordan pasientene som ikke er i stand til å si ifra blir ivaretatt.

1.2 Problemformulering

Hvordan kan smertekartlegging forebygge underbehandling av smerter hos personer med demens?

Sykepleiere har generelt lite kunnskap om smerteuttrykk hos personer med demens, noe som reduserer deres evne til å oppfatte smerter hos pasientgruppen (Kirkevold et al., 2018, s. 392). I tillegg kan personer med langtkommen demens ha redusert evne til å verbalt uttrykke smerter. Derfor er det viktig å øke kompetansen rundt smertekartlegging av personer med demens. Dessuten er langvarig smerte hos pasienter med demens underrapportert, og smerteuttrykk blir ofte feildiagnostisert som angst og agitasjon (Folkehelseinstituttet, 2021). Man kan derfor forbedre kvaliteten på behandlingen og pleien hos denne pasientgruppen ved å øke kunnskapen om smertevurdering og behandling.

1.3 Hensikt

Hensikten med bacheloroppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan oppdage smerter ved hjelp av å vurdere smerteuttrykk hos personer med demens. Det for å kunne gi adekvat smertelindring til en forsømt pasientgruppe.

1.4 Begrepsavklaringer og avgrensninger

1.4.1 Demens

Demens er en samlebetegnelse på sykdommer med progredierende kognitiv funksjonssvikt som følger av gradvis tap av nerveceller (Norsk helseinformatikk, 2021; Bertelsen, 2017, s. 334). Typiske symptomer er endring i atferd og redusert hukommelse, konsentrasjon og evne til utføre hverdagslige aktiviteter (Helsedirektoratet, 2019). Rundt 101 000 mennesker i Norge lever med demens og det antas en økning på 50% innen 2050 grunnet økt antall eldre (Folkehelseinstituttet, 2021).

1.4.2 Smerteuttrykk og smerteindikatorer

Smerteuttrykk blir i oppgaven brukt om måten pasienten uttrykker smerter på.

Smerteindikatorer blir brukt om smerteuttrykk anerkjent som indikator på smerte gjennom studier eller kartleggingsverktøy.

1.4.3 Kartleggingsverktøy som nevnes i oppgaven

- «Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate» (heretter PACSLAC) er spesielt utviklet til personer med demens. Skjemaet består av 60 spørsmål, som vurderer blant annet små atferdsendringer og ansiktsuttrykk (Pace et al., 2011, s. 92). PACSLAC-D er den nederlandske versjonen av PACSLAC, som anvendes i studien til Zwakhalen et al. (2012).
- «Visuell analog skala» (heretter VAS) brukes ved at pasienten plasserer seg på en linje mellom ingen smerte og verst tenkelige (Almås et al., 2017, s. 391).
- «Faces pain rating scale» (heretter FPS) er en beskrivende ansiktsskala der pasienten kan velge det ansiktet som best beskriver deres smerteintensitet. Derfor er den godt egnet i demensomsorgen (Almås et al., 2017, s. 391).
- «Visuell numerisk skala» (heretter NRS) er en skala der pasienten angir smerte fra 0 (ingen smerte) til 10 (verst tenkelig smerte) (Almås et al., 2017, s. 391).

1.4.4 Avgrensninger

Smerte er et komplekst fenomen som kunne gitt utallige innfallsvinkler og digresjoner i oppgaven, noe som gjorde det nødvendig med en avgrensning. I tillegg til den aktuelle problemstillingen kunne det vært interessant å inkludere andre måter å kartlegge smerter på, pasientens opplevelse av smerter, etiske dilemmaer knyttet til medisinerer av demenspasienter og alternative behandlingsmetoder. Dessuten kunne det vært interessant og diskutert problemstillingen i lys av de fire etiske prinsippene, sammenligne smertebehandlingen med kognitivt friske pasienter, med mer. I tillegg kunne det vært aktuelt å utdype betydningen av dokumentasjon, behandling og mangelfull behandling av smerter. Avgrensningen har vært nødvendig for å begrense oppgavens omfang med tanke på tid og relevans for hensikten. Til tross for mange avgrensninger gir oppgaven et grunnlag til å lindre pasientens lidelse og forbedre sykepleiernes vurderingsevner.

2 TEORI

2.1 Smerte

Smerte er en subjektiv opplevelse og defineres som: «[...] en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse.» (Almås et al, 2017, s. 383). Det betyr at årsaksforklaringen for smerteopplevelsen ikke trenger å være medisinsk eller i det hele tatt fysisk. Ifølge Almås et al. (2017) er smerter hos eldre underrapportert, underdiagnostisert og underbehandlet. Derfor er kompetanse om smertevurdering svært viktig (Almås et al., 2017, s. 381).

2.1.1 Vurdering av smerter

For å konstatere smerter er det nødvendig med en systematisk og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter (Legemiddelhåndboka, 2020). I en smertevurdering tilegner man seg informasjon om smertens utløsende årsak, lokalisasjon, kvalitet, intensitet, varighet, variasjon og konsekvenser av smerten (Almås et al., 2017, s. 389). En presis vurdering av pasientens smerter kan være krevende, og derfor er det utviklet en rekke kartleggingsverktøy til hjelp for sykepleierne i deres smertevurdering (Almås et al., 2017, s. 383).

2.1.1.1 Kartleggingsverktøy

Kartleggingsverktøy finnes som endimensjonale og flerdimensjonale smerteskalaer. Endimensjonale skjemaer blir brukt for å vurdere smertens intensitet, som ved NRS. Flerdimensjonale skalaer tar i tillegg høyde for hvordan smertene påvirker pasientens funksjon (Almås et al., 2017, s. 390). Det er viktig å velge kartleggingsverktøy ut ifra pasientens funksjonelle og kognitive funksjon (Kirkevold et al., 2018, s. 395). Det finnes flere smertekartleggingsverktøy som er tilpasset bruk hos personer med demens. Doloplus-2 er et kartleggingsskjema til vurdering av kroniske smerter hos pasienter med svekket evne til å uttrykke seg verbalt. Det er et endimensjonalt verktøy som måler smertens tilstedeværelse, men ikke intensitet. I tillegg finnes MOBID-2, som er et flerdimensjonalt, observasjonsbasert kartleggingsverktøy som vurderer smerte basert på smerteindikatorer hos pasienten ved mobilisering. MOBID-2 er nyttig for å kartlegge intensiteten, årsak og lokalisasjon hos pasienten. MOBID-2 er prøvd ut på sykehjempasienter med langtkommen demens og ga gode resultater (Kirkevold et al., 2018, s. 398).

2.1.1.2 Kartleggingsverktøys nytteverdi

Ved systematisk bruk av kartleggings skjemaer blir smertevurderingene mer pålitelig. Man oppdager lettere endringer i pasientens tilstand ved å sammenligne verdiene fra gang til gang. I tillegg vil sykepleierne få et felles vurderingsgrunnlag, som gjør at sykepleiernes individuelle oppfatninger blir mindre utslagsgivende. Dersom kartleggingsverktøyene skal ha reell verdi må smertere registrering og evaluering implementeres i sykepleiernes rutiner (Almås et al., 2017, s. 390). Det vil si at smerte må vurderes og rapporteres på samme måte som andre vitale tegn (Kirkevold et al., 2018, s. 394). Til tross for nytteverdien viser studier at de færreste bruker kartleggingsverktøy systematisk, og at sykepleierne har lite forståelse for betydningen av å bruke dem. Tiden det tar og mangel på individuell tilnærming, er årsaker til at kartleggingsverktøy ikke blir prioritert (Almås et al., 2017, s. 383). Kirkevold (2018) mener det burde være prosedyrer på institusjoner for kartlegging og behandling av smerter hos eldre. De burde ha retningslinjer for sykepleierne om hva de skal gjøre og når de skal kontakte lege (Kirkevold et al., 2018, s. 394).

2.1.2 Sykepleieres oppgaver ved smerter hos personer med demens

Smerter underreporteres hos pasienter med kognitiv svikt, men i studier hvor det er brukt kartleggingsverktøy er det vist at en høy andel av denne pasientgruppen har smerter (Kirkevold et al., 2018, s. 391). Sykepleiere tilbringer mest tid med pasientene og har derfor ansvar for smertekartleggingen. God tid gir anledning til å observere og kartlegge smertene, vurdere hvordan smertene påvirker den eldre funksjon, iverksette tiltak og observere effekten av disse (Kirkevold et al., 2018, s. 393). Dette er viktig da pasienter med svært nedsatt kognitiv funksjon får dårligere medikamentell smertelindring sammenlignet med de med god kognitiv funksjon (Kirkevold et al., 2018, s. 391).

God smertekartlegging hos denne pasientgruppen er avgjørende da smerte påvirker den fysiske, kognitive og psykososiale funksjonen. Personer med langtkommen demens kan ha nedsatt evne til å uttrykke seg verbalt, og har derfor høyere sannsynlighet for dårlig smertevurdering og behandling (Kirkevold et al., 2018, s. 397). Smerteskalaer er enkle å bruke og forstå, men sykepleierne må forsikre seg om at pasienten også har forstått verktøyet for å unngå at pasienten oppgir uriktige opplysninger (Almås et al., 2017 s. 390-391). Det kan være utfordrende for personer med demens å svare på spørsmål om fortiden. Derfor bør sykepleieren forsøke å spørre om smertene her og nå. Man må følge pasientens tempo under

kommunikasjonen ved å snakke konkret, tydelig og sakte. Deretter må man gi den eldre tid til å oppfatte og svare på spørsmålet (Kirkevold et al., 2018, s. 394). Enkelte pasienter med alvorlig kognitiv svikt klarer å informere verbalt om sine smerter. Derfor bør man forsøke å spørre pasienten om smerter, kombinert med å bruke kartleggingsverktøyene (Kirkevold et al., 2018, s. 396).

Jevnlig observasjon og dokumentasjon av smerter er viktig for å kunne si noe om akutte endringer i helsetilstanden til pasienten med hukommelsessvikt (Kirkevold et al., 2018, s. 394). Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (heretter APSD) kan være en del av hvordan sykdommen progredierer. APSD består av en rekke ikke-kognitive symptomer. Pasienter kan få ulike symptomer som apati, depresjon, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og vrangforestillinger (Kirkevold et al., 2018, s. 417). Helsedirektoratet har sterke anbefalinger om at personer med demens som uttrykker utilpasshet eller APSD, bør vurderes for smerter (Helsedirektoratet, 2020). Vurderingene bør gjøres på grunnlag av pasientens beretning og sykepleiernes observasjoner. Når sykepleieren kjenner pasienten, oppdages endringer lettere, og man får bedre nytte av observasjonene og kartleggingsverktøyene. Ved bruk av kartleggingsverktøy sammen med det kliniske skjønnnet kan man lettere konstatere smerter hos personer med demens (Kirkevold et al., 2018, s. 398).

2.2 Kari Martinsen

2.2.1 Omsorg

Kari Martinsen er en norsk sykepleieteoretiker som på 80-tallet formulerte omsorgsteorier som vektlegger betydningen av relasjonen i omsorgsarbeidet (Kirkevold, 2020). Ifølge Martinsen er omsorg både hvordan man møter pasienten, men også hvordan sykepleieren handler. Omsorgen skal baseres på solidaritet med pasienten, og skal innebære personlig engasjement, innlevelse, moralsk skjønn og faglig vurdering. Martinsen sier at omsorg: «[...] kjennetegnes ved aktiv handling til det beste for den andre.» (Kristoffersen et al., 2011, s. 251). Derfor er Martinsen opptatt av ulike måter å se pasienten på, og fremhever viktigheten av å se med det kliniske blikket - et blikk som ser og forstår det som blir sett (Kristoffersen, et al., 2011, s. 179).

2.2.2 Personorientert profesjonalitet

Det å være profesjonell har i utstrakt grad handlet om å holde avstand og ikke bli overinvolvert i pasienten og hans situasjon. På denne måten blir man som profesjonell opptatt av å se bestemte forhold hos pasienten, og kommunikasjonen blir enveis. Pasienten blir et objekt man skal observere, og man glemmer det medmenneskelige (Martinsen, 2000, s. 11). I den forstand har profesjonalitet flest likhetstrekk med det Martinsen kaller «Det registrerende øyet». Ved det registrerende øyet registreres konkrete situasjoner og tegn, man systematiserer, klassifiserer og setter observasjoner i et system. For å kunne individualisere ved hjelp av det registrerende øyet, må man først se på målbare observasjoner, og på den måten finne observasjoner som er av egenart (Martinsen, 2000, s. 34-35). Det registrerende øyet innhenter kjennetegn ut ifra en skala, mens pasienten som individ blir likegyldig (Martinsen, 2000, s. 36). Martinsen mener at det å være profesjonell ikke nødvendigvis går på bekostning av medmenneskelighet, men at: «Å være profesjonell er å spørre etter fagkunnskaper som gir mulighet for å se pasienten som et lidende menneske, og som verner om hans integritet.» (Martinsen, 2000, s. 12). Man kan si at profesjonaliteten og medmenneskeligheten sammen utgjør en helhet, som Martinsen kaller «Personorientert profesjonalitet» (Martinsen, 2000, s. 12).

I personorientert profesjonalitet blir deler satt sammen til en helhet hvor sansningen og registreringen er utfordret (Martinsen, 2000, s. 10). I sansningen må sykepleieren være åpen for inntrykk, og la den andre få mulighet til å tre frem og uttrykke seg til en som åpent tar

imot det han har å meddele (Martinsen, 2000, s. 23). På den måten er det sansende noe mer enn observasjoner. Man kan observere gjennom det registrerende, men observasjon gjennom sansning innebærer at man er deltakende oppmerksom for å forstå individuelle sanseintrykk (Elstad, 2014, s. 26; Martinsen, 2000, s. 23). I tillegg må sykepleieren også bruke sitt faglige skjønn (Kristoffersen et al., 2011, s. 255). Ved en åpen innstilling hvor man er deltakende oppmerksom og samtidig utforskende, faglig, vurderende, stussende og ettertenksom, oppnår man en balanse som Martinsen betegner som: «Hjertets øye» (Martinsen, 2000, s. 26). Å være deltakende oppmerksom «[...] dreier seg om å stille seg åpen for inntrykk og våge å la seg berøre av sansningens stemthet, for så å spørre etter fagkunnskaper der en kan se mennesket og pasienten i en og samme person.» (Martinsen, 2000, s. 41). Problemet i personorientert profesjonalitet er ifølge Martinsen, at man lett kan gå fra det oppmerksomme, sansende og over til å kun registrere (Martinsen, 2000, s. 41).

3 METODE

En metode er en fremgangsmåte man velger å bruke til å innhente informasjon for å svare på et problem eller spørsmål. Dalland sier at: «Metoden er redskapet i en undersøkelse.» (Dalland, 2020, s. 56). Dermed vil metoden si noe om hvordan vi har innhentet data for å besvare vår oppgave og belyse vår problemstilling. Man kan benytte en kvantitativ tilnærming, kvalitativ tilnærming eller en kombinasjon av disse fremgangsmåtene, ut ifra det man ønsker å undersøke.

3.1 Valg av metode

Opgaven besvares ved hjelp av en integrativ litteraturoversikt ved å innhente, systematisere og analysere data fra fem utvalgte forskningsartikler. For så å skape en ny helhet (Friberg, 2017, s. 150). Dette kalles å samle inn sekundærdata, altså data innhentet av andre (Thidemann, 2017, s. 77). Man får en kritisk forståelse av de ulike studiene, som skal være med på å øke kunnskapen rundt problemstillingen. Eller som Friberg beskriver det: «kartlegga ett området i betydelsen att skapa en översikt av området.» (Friberg, 2017, s. 141). I hovedsak anvendes en metasyntese av kvalitative forskningsartikler, men vi har også valgt å inkludere én kvantitativ studie. Kvalitativ metode er en humanvitenskapelig og forstående tilnærming, mens kvantitativ er en naturvitenskapelig og forklarende tilnærming. Ved å i tillegg bruke en målbar artikkel, tillegges oppgaven mer konsis data og fakta rundt det som spørres om (Thidemann, 2017, s. 77-78). En kombinasjon av disse kan være med på å forsterke og øke vår refleksjon og diskusjon rundt problemstillingen. I tillegg til de fem utvalgte forskningsartiklene, suppleres oppgaven med aktuell litteratur.

3.2 Litteratursøk

3.2.1 Valg av databaser

Det er primært CINAHL som er anvendt i litteratursøket. Databasen søker bredt, er lett å navigere og man kan enkelt legge til og spesifisere søk underveis. I tillegg ble det søkt i SveMed+ i håp om å finne studier som ble gjennomført i Skandinavia, med tanke på overførbarhet til det norske helsevesenet. Av skandinaviske artikler var det hovedsakelig oversiktsartikler og artikler publisert før 2011. Derfor ble artikler fra SveMed+ ekskludert. Etter mange spesifiserte søk i CINAHL, ble det ansett som hensiktsmessig å undersøke andre databaser for å se om det dukket opp nye artikler. Da ble det inkludert én artikkel fra British Nursing Index.

3.2.2 Søkeord

I starten av litteratursøket ble det søkt bredt med «dementia or alzheimers», «expression» og «pain management or pain relief or pain control or pain reduction or pain analgesia». For å få artikler om personer med demens og ikke demens som sykdom, ble søkeordene endret til «people with dementia or dementia patients». For å knytte oppgaven til pasienter på sykehjem ble søket supplert og spesifisert ved å legge til «Nursing home or long term care or care homes or residential care or aged care facility». For å se på vurdering av smerte ble «pain assessment» føyd til. Bacheloroppgaven tar utgangspunkt i et sykepleieperspektiv og «nurs*» ble derfor en del av søkeordene. CINAHL foreslår alternative søkeord, og forslagene er brukt aktivt. I tillegg er det hentet inspirasjon fra søkeord fra artiklene underveis. Søkeprosessen har ikke vært en lineær prosess som beskrivelsen kan antyde, men heller en idémyldring hvor ulike kombinasjoner av søkeordene er forsøkt, til aktuelle artikler dukket opp.

3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Samtlige artikler er publisert fra 2011, som er i tråd med retningslinjene fra universitetet, men også et bevisst valg. Dette for å ha ferskest mulig forskning for å sikre relevans og pålitelighet. I tillegg er det huket av for «full text» og «peer reviewed». Det ble satt en geografisk begrensning gjennom å kun inkludere artikler fra vestlige land, for å kunne overføre resultatene til det norske helsevesenet og norsk kultur. Det var også et kriterie at studiene var gjennomført på sykehjem, fulgte IMRAD-strukturen, så på personer med langtkommen demens, fulgte et sykepleieperspektiv, sa noe om sykepleiernes vurdering av smerter og hvordan smertene kom til uttrykk hos pasienten.

3.2.4 Valg av artikler

Artiklene er valgt på bakgrunn av de presenterte inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Spesifikke søkeord og kriterier resulterte alltid i under 100 treff, og stort sett under 20 treff. En gjennomlesning av sammendrag ble gjort for å finne artikler som var relevant for hensikten med oppgaven. Deretter ble det foretatt en gjennomlesning av de relevante artiklene, for å avgjøre om de belyste problemstillingen i stor nok grad til å inkluderes. I tillegg er reliabiliteten til forfatterne undersøkt. Alle forfatterne hadde erfaring innen helsevesenet, og flere hadde publisert øvrige artikler. Tidsskriftene artiklene er publisert i ble også vurdert. Det ble blant annet undersøkt om de har publisert andre fagfelleverderte artikler. På bakgrunn av dette vurderes validiteten på artiklene som god.

3.2.5 Analyse

Analysen av forskningsartiklene startet ved grundig gjennomlesning av artiklene, flere ganger. På den måten får man en optimal analyse av forskningsartiklene (Friberg, 2017, s. 135). Funn ble selektert og markert ut ifra relevans for besvarelsen. Det ga en tydelig oversikt over den enkelte forskningens fokus- og problemområde, hva de kom fram til og hvordan de kom fram til resultatene og konklusjonen. Deretter ble forskningen satt inn i en analysetabell (se vedlegg 1). I reduksjonsarbeidet ble det satt opp fire spørsmål som var aktuelle for å svare på problemstillingen vår. Spørsmålene ble brukt i neste gjennomlesning for å se etter nye spesifikke funn. Artiklene presenterte funnene på en ny måte i diskusjon- og konklusjonsdelene enn i resultatdelen, som tydeligere svarte på spørsmålene. Derfor er deler av diskusjon- og konklusjonsdelene brukt i presentasjon av resultater.

Reduksjonsarbeidet gjorde det lettere å avgjøre hvilke resultater som var viktig for hensikten, noe som igjen bidro til en bedre oversikt over fellestrekk og ulikheter ved de forskjellige forskningsartiklene. Dessuten var reduksjonsarbeidet med på å skape en bedre helhet for resultat- og diskusjonsdelen av oppgaven. Til tross for at artiklene var fagfellevurderte, ble styrker og svakheter med den enkelte teksten nøye vurdert. Dette for å vurdere om de hadde nok faglig tyngde til å kunne brukes som besvarelse på problemstillingen. Analysearbeidet av de fem utplukkede forskningsartiklene er basert på Fribergs analysemodell (Friberg, 2017, s. 135).

4 RESULTATER

Ved analyse av forskningsartiklene, ble funnene delt inn i tre hovedkategorier med to tilhørende underkategorier. Kategoriene er valgt på bakgrunn av relevans for besvarelsen av problemstillingen. Oversikt over hoved- og underkategorier vises i tabell 1.

Tabell 1. Oversikt over hoved- og underkategorier.

Hovedkategori	Underkategori
Sykepleiernes generelle grunnlag for vurdering av smerter	<ul style="list-style-type: none"> • Observasjon i samhandling med pasienten • Identifiserte smerteindikatorer basert på sykepleiernes observasjoner
Sykepleiernes spesielle grunnlag for vurdering av smerter	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende kunnskap om kartleggingsverktøy • Manglende bruk av kartleggingsverktøy gir forsinkelser i behandlingen
Individuell tilnærming	<ul style="list-style-type: none"> • Kunnskaper om pasienten • Relasjonens betydning

4.1 Sykepleiernes generelle grunnlag for vurdering av smerter

4.1.1 Observasjoner i samhandling med pasienten

Sykepleierne i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) mente at eldre hadde økt risiko for smerter grunnet alderdom, ved at alderdom øker risiko for sykdommer og tilstander som medfører smerter (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30). Deltakerne understreket at observasjon av pasientens atferd var et viktig element i vurdering og kartlegging av pasientenes smerte (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31). Betydningen av pasientens atferd ble også fremhevet i studien til Gilmore-Bykovski og Bowers (2013), hvor det ble uttalt at: «Nurses described general behavior changes as indicative of possible pain [...]» (Gilmore-Bykovski & Bowers, 2013, s. 131).

I studien til Lautenbacher et al. (2017) ble det beskrevet at sykepleierne brukte still-, forflytning- og mobiliseringssituasjoner til å observere om pasientene uttrykte smerter

(Lautenbacher et al., 2017, s. 2108). Også i studien til Zwakhalen et al. (2012) ble smerte vurdert underveis i morgenstellet, noe forfatterne mente kunne resultere i at sykepleierne ikke oppfattet pasientens smerteuttrykk grunnet delt fokus (Zwakhalen et al., 2012, s. 3014). Sykepleierne i studien til Monroe et al. (2015) var konsekvente på at flere elementer måtte vurderes sammen, for å kunne oppfatte om personen med demens hadde smerter eller ei. Vurderingen ble gjort gjennom observasjon av atferdsendringer, bruk av smertekartleggingsverktøy, å se på pasientens anamnese og vurdere betydningen av pasientens omgivelser. En sykepleier forklarte det slik:

It's all together. Yeah, lots of times you'll see increase in blood pressure. But then, other times, you'll just see the facial grimacing, or the guarding of the body, or there could be a combination. You just have to use your best nursing judgement. (Monroe et al., 2015, s. 318)

I tillegg forklarte deltakerne i studien at de forsøkte å skille det emosjonelle ubehaget fra det fysiske ubehaget (Monroe et al., 2015, s. 318).

Sykepleiernes mistanke om eller årsaken til at de forsto smerteuttrykk hos pasientene, oppsto gjennom evaluering av kroppsspråket, ansiktsuttrykk, hvordan pasienten reagerte på berøring og respons på pleien og omsorgen de fikk (Gilmore-Bykovski & Bowers, 2013, s. 133). I tillegg ble sykepleierne tryggere på pasientens opplevelse av smerte, dersom det ble observert smerteuttrykk som var sterkt forbundet med smerter (Gilmore-Bykovski & Bowers, 2013, s. 132). I tillegg ble de enda tryggere på pasientens smerter dersom han hadde en tilstand som var forventet å gi smerter (Gilmore-Bykovski & Bowers, 2013, s. 130). Sykepleierne i studien til Lautenbacher et al. (2017) mente også at enkelte uttrykk gjorde dem sikrere i smertevurderingen. Smerteuttrykkene sykepleierne anså som mest pålitelige var: Å rynke pannen, smalnede øynene, se anspent og redd ut. Disse uttrykkene brukte sykepleierne for å vurdere intensiteten av smertene til pasientene (Lautenbacher et al., 2017, s. 2112).

4.1.2 Identifiserte smerteindikatorer basert på sykepleiernes observasjoner

Mange av de samme formene for smerteuttrykkelse går igjen i de fem utvalgte artiklene. Personer med demens kan ha nedsatt evne til å uttrykke seg verbalt, og derfor observeres smerte oftest gjennom kroppsspråk og atferd (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 32). Funnene i artiklene viste at atferdsendringer var uttrykket som oftest indikerte smerte hos denne pasientgruppen. I studien til Gilmore-Bykovski og Bowers (2013) registrerte de ulike uttrykk som kunne indikere smerter. Uttrykkene studien resulterte i var: Å lage grimaser, knytte nevene, stramme kjeven og ta seg til en kroppsdel. Dessuten var gråting og

verbal klaging på smerteuttrykk antatt å være sterke indikasjoner på smerter hos eldre med demens (Gilmore-Bykovski & Bowers, 2013, s. 131).

I den kvantitative studien til Lautenbacher et al. (2017) tok de utgangspunkt i 13 beskrivende ansiktsuttrykk og undersøkte hvor ofte disse smerteindikatorerne ble brukt i uttrykkelsen av smerte hos pasientene. Fire av ansiktsuttrykkene opptrådte i mer enn halvparten av vurderingene, her i synkende rekkefølge: Å se anspent ut, rynke pannen, se redd ut og smalnede øynene (Lautenbacher et al., 2017, s. 2108-2109). Lautenbacher et al. (2017) skiller mellom «anatomiske indikatorer» og «emosjonelle indikatorer». De anatomiske smerteindikatorerne kommer fram som grimaser gjennom for eksempel å rynke pannen. De emosjonelle smerteindikatorerne kan vises ved at pasienten er redd eller anspent (Lautenbacher et al., 2017, s. 2105). En kombinasjon av anatomiske og emosjonelle indikatorer forsterket sykepleiernes forståelse av smerteopplevelsen med 10% (Lautenbacher et al., 2017, s. 2112).

4.2 Sykepleiernes spesielle grunnlag for vurdering av smerter

4.2.1 Manglende kunnskap om kartleggingsverktøy

Lillekroken og Slettebø (2013) fant at sykepleierne hadde god kunnskap når det gjaldt smertelindring, men fikk opplyst at sykepleierne sjeldent eller aldri brukte kartleggingsverktøy. Flere av dem var usikre på om det fantes spesifikke kartleggingsverktøy for sykepleiere. Sykepleierne som hadde kjennskap til kartleggingsverktøy, var usikre på om de var anvendbare hos personer med demens. Informantene trakk fram VAS, og antok at funksjonaliteten til skalaen var avhengig av graden av kognitiv svikt. En sykepleier mente at FPS kunne være lettere å forstå for pasienter med demens (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30-31). Informantene meddelte at det de brukte var et skjema ved uro: «Vi har ”uroskjema”. Ja, den kan brukes for å registrere døgnrytmen, men det kan alltid tilpasses. Det kan også brukes på smerte [...]». Forfatterne fant ut at sykepleierne hadde lite kjennskap til og kunnskap om kartleggingsverktøy, og at ingen hadde kunnskap om flerdimensjonale observasjonsbaserte verktøy spesialtilpasset personer med demens (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30-31). I Gilmore-Bykovski & Bowers' (2013) studie var også kjennskapen til kartleggingsverktøy minimal og forfatterne oppdaget at sykepleierne ikke brukte kartleggingsverktøy. NRS og FPS var kartleggingsverktøyene som ble nevnt, men heller ikke her var sykepleierne klar over observasjonsverktøy til bruk hos personer med demens

(Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 136). Dersom sykepleierne var i tvil om pasientene hadde smerter, foretok de en ny vurdering (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 131).

Zwakhalen et al. (2012) brukte PACSLAC-D i sin studie, dermed ble ikke sykepleiernes forkunnskaper om kartleggingsverktøy belyst. Det fremkommer av studien at sykepleierne var positive til PACSLAC-D grunnet høy brukervennlighet og nytteverdi. Ulempen med kartleggingsverktøyet var at noen av smerteindikatorene de vurderte også kunne være uttrykk for uro, som gjorde det vanskelig for sykepleierne å vurdere om det faktisk var smerter (Zwakhalen et al., 2012, s. 3013). Resultatene viste at sykepleierne jevnt over var nøyaktige med utfyllingen av PACSLAC-D, men at skjemaene for registrering av tiltak gjentatte ganger var ufullstendige (Zwakhalen et al. 2012, s. 3014). Monroe et al. (2015) fant også at sykepleiernes opplevelser med kartleggings skjemaer var negative fordi sykepleierne opplevde skjemaene som unøyaktige (Monroe et al., 2015, s. 319)

4.2.2 Manglende bruk av kartleggingsverktøy gir forsinkelser i behandlingen

At pasientene var ute av stand til å uttrykke smerte verbalt, var hovedgrunnen til at sykepleierne ble usikre på pasientens smerteopplevelse. En sykepleier uttrykte det slik: «I don't think they have any less [pain], I mean, I don't think sensorywise. It's just harder for us as clinicians to determine how much pain they're in.» (Monroe, et al., 2015, s. 318). En annen informant forklarte at usikkerhet rundt pasientens smerteopplevelse gjorde at nyutdannede sykepleiere var tilbakeholdne med å gi morfin og uttrykte at: «It's difficult to get them to understand that our goal is to keep them pain free and not have them get in pain. It's an experience thing.» (Monroe, et al., 2015, s. 318). I tillegg til manglende kunnskap om kartleggingsverktøy var det også flere områder sykepleierne behøvde mer kunnskap om. Lillekroken og Slettebø (2013) trakk fram viktigheten av at sykepleierne kunne skille mellom progrediering av demenssykdom og symptomer på akutt sykdom, som smerter. Derfor er det viktig at smertelindrende behandling iverksettes etter en systematisk kartlegging av pasienten (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31).

Gilmore-Bykovskiy og Bowers (2013) fikk opplyst at den mest fremtredende grunnen til at pasienten fikk og hvor fort han fikk analgetika, var hvor sikre sykepleierne var på pasientens smerter (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 130). Ved fravær av en tydelig grunn brukte sykepleierne tid på å verifisere pasientens smerter, som førte til forsinkelser i behandlingen

(Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 131). I tillegg antok sykepleierne at smerteuttrykk kun var atferdsendringer uten å tenke på bakenforliggende årsak. Til og med da pasienten verbalt uttrykte smerte, ble det tatt for å være atferdsendring uten forankring i smerte. Tilstedeværelse av kjente smerteindikatorer førte heller ikke automatisk til iverksettelse av farmakologiske tiltak. Hovedmålet med vurdering og behandling hos personer med demens, var å begrense atferdsendringen og ikke behandle smertene. Grunnen til det var at sykepleierne ikke visste hvorfor pasientene hadde smerter (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 132). En annen grunn til at smerte underbehandles eller forsinkes var at sykepleierne brukte prøve- og feilemetoden for å redusere atferdsymptomene til pasienten, noe som var tidkrevende (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 134). Sykepleierne hadde heller ikke klare retningslinjer ved smertevurdering, hva de skulle gjøre ved tilstedeværelse av smerter eller hvordan de skulle prioritere eventuelle tiltak (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 135).

Informantene til Zwakhalen et al. (2012) skulle dokumentere smertelindrende tiltak ved PACSLAC-D skår over 4, som ble antatt å indikere smerter. I 60 av 264 tilfeller ble det rapportert om skår over 4, og i 39 av tilfellene ble iverksatte tiltak dokumentert. I 44% av de dokumenterte smertetilfellene ble det ikke iverksatt tiltak (Zwakhalen et al., 2012, s. 3013). 49% av tiltakene var ikke farmakologiske tiltak, men tiltak som trøst, distrahering, massasje, avslapping eller spørre en sykepleiespesialist. Kun 5% av tiltakene var farmakologiske (Zwakhalen et al., 2012, s. 3014). Forfatterne understreker at noen av pasientene brukte analgetika og psykofarmaka fast, og at det kan ha vært grunnen til at farmakologiske tiltak kun ble iverksatt i to tilfeller (Zwakhalen et al., 2012, s. 3015).

4.3 Individuell tilnærming

4.3.1 Kunnskaper om pasienten

I studien til Lautenbacher et al. (2017) kommer det fram at det kreves god bakgrunnskunnskap om den enkelte pasient, for å kunne vurdere og avgjøre pasientens oppførsel i ulike situasjoner. I tillegg var empati fra sykepleierne en forutsetning for å kunne oppfatte de forskjelligartede smerteuttrykkene til personer med demens. Dessuten viste studien at sykepleierne brukte en empatisk tolkning for å kunne gi en helhetlig smertevurdering av personer med demens (Lautenbacher et al., 2017, s. 2112). Gilmore-Bykovski & Bowers (2013) påpeker at det bør utarbeides retningslinjer som kan

individualisere vurderings- og behandlingsmetoder i demensomsorgen, for å øke sykepleiernes forståelse rundt bruken av smertevurderingsskjema hos personer med demens (Gilmore-Bykovski & Bowers, 2013, s. 136).

I Lillekroken og Slettebøs (2013) studie kom det fram at sykepleierne var enig i at smertebehandling skal individualiseres og tilpasses den enkelte slik at normale funksjoner opprettholdes. Individuelle behov for smertestillende hos pasientene gjorde det utfordrende for sykepleierne å tilpasse smertevurderingen og behandlingen. Derfor var ikke alle sykepleierne like positive til felles retningslinjer for smertevurdering, en sykepleier sa: «Felles prosedyrer? Alle er jo forskjellige. Det som er smerte hos fru Olsen, kan det være noe annet hos fru Hansen. Det må tilpasses for hver enkelt, tenker jeg. [...]» (Lillekroken og Slettebø, 2013, s. 31). I forbindelse med smertekartlegging og behandling mente også de fleste sykepleierne i studien til Gilmore-Bykovski & Bowers (2013) at man måtte møte den enkelte pasienten individuelt (Gilmore-Bykovski & Bowers, 2013, s. 134).

4.3.2 Relasjonens betydning

Gilmore-Bykovski og Bowers (2013) fremhever viktigheten av å ha en god relasjon og kjennskap til pasienten, for å på den måten opprettholde en individuell tilnærming i kartlegging av smerter (Gilmore-Bykovski & Bowers, 2013, s. 136). Dette bekreftes av sykepleierne ved at en bedre relasjon til pasienten, vil gjøre at man lettere anerkjenner atferdsendringene hos den enkelte: «Building a trustful relationship with the staff is very important for [pain] management.» (Gilmore-Bykovski & Bowers, 2013, s. 134). Spesielt var dette viktig hos personer som heller var rolige enn utagerende. Ved en individuell tilnærming kunne sykepleierne forsøke tiltak som de visste hadde fungert for personen tidligere (Gilmore-Bykovski & Bowers, 2013, s. 134). Å få en god relasjon til pasienten inkluderte god kommunikasjon med pårørende, tverrfaglig kommunikasjon og det å ha kjent pasienten over tid (Monroe et al., 2015, s. 318). Dessuten poengteres viktigheten av å ha innhentet informasjon om pasientens anamnese og kunnskapen fra andre helsepersonell, for å kunne få til en individuell smertekartlegging og behandling (Monroe et al., 2015, s. 317).

5 DISKUSJON

Her diskuteres bruken av integrativ litteraturoversikt som metode for å besvare vår problemstilling. Resultatene diskuteres opp mot hensikten med oppgaven og knyttes opp til teori og egne refleksjoner. Disse elementene skal sammen være med på å skape en ny helhet.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Integrativ litteraturoversikt som metode

I en integrativ litteraturoversikt bruker man data innhentet av andre, for så å skape en oversikt over området og systematisere det til en ny helhet (Thidemann, 2017, s. 79; Friberg, 2017, s. 141). For studenter med tidsbegrensning, er metoden en effektiv måte å få oversikt over en stor mengde forskningsmaterieell. Selv om man bare bruker 4-6 artikler, leser man mange flere og man får ytterligere ny kunnskap om, og innsikt i, et tema man interesserer seg for. Ved bruk av denne metoden lærer man seg en systematisk måte å tilegne seg forskningsbasert kunnskap på og å være kildekritisk (Friberg, 2017, s. 141).

En integrativ litteraturoversikt innebærer å bruke en avgrenset mengde forskning og kunnskap, for å belyse problemstillingen. Ved å velge ut passende deler av en helhet og sette de sammen til en ny, blir den nye helheten eklektisk. Friberg (2017) forklarer det som at: «författaren eller forskaren väljer studier som stödjer den egna ståndpunkten.» (Friberg, 2017, s. 143). Analysen og utvelgelsen fra forskningsartiklene baseres på selektive utvalg og hensikten med oppgaven. I tillegg vil sykepleiestudenters begrensninger påvirke skriveprosessen (Friberg, 2017, s. 143-144). Primært er det valgt kvalitative artikler, som gir kunnskap om sykepleieres erfaringer, inntrykk og opplevelser. Flere av studiene har mykdata hentet fra dybdeintervju med få deltakere (Thidemann, 2017, s. 78). Det kan derfor tenkes at man går glipp av meningssammenhenger og synspunkter fra andre sykepleiere. Kvantitativ data er inkludert for å tilføye breddekunnskap (Thidemann, 2017, s. 78).

Det er forsøkt å velge artikler uavhengig av forutinntatte eller personlige synspunkt, og det er sett etter artikler som kan stå som motpol til de utvalgte, uten hell. Det er dog mulig resultatene er intuitivt valgt for å understøtte våre oppfatninger. På en annen side gir de fem artiklene et overordnet likt situasjonsbilde, og derfor er det nærliggende å tro at artiklene er representative for forskningsfeltet. I tillegg diskuteres resultatene i lys av Kari Martinsens personorienterte profesjonalitet, noe som kan ha farget analysen av artiklenes resultater. Det

kan tenkes at andre hadde kommet fram til andre hoved- og underkategorier, men etter å ha gjort et dypdykk i feltet mener vi at kategoriene gir et helhetlig bilde som belyser oppgavens problemstilling. Med lengre tid kunne oppgaven gått både dypere og bredere til verks. Fire av fem artikler er skrevet på engelsk, noe som gjør det mulig at vi i oversettelsen har gått glipp av nyanser eller misforstått begrep som kan ha hatt utslagsgivende følger.

5.1.2 Studiens arena

De valgte studiene er gjennomført i vestlige land grunnet omtrentlig lik forekomst av demens i vesten. Ifølge folkehelseinstituttet (2021) er det noe høyere forekomst i Norge i forhold til Europa og resten av vesten – 8% av de over 59 år i Norge, og 7,3% i Vest-Europa. Årsakene kan være en noe høyere levealder i Norge enn i Europa og resten av vesten (Folkehelseinstituttet, 2021), men ingenting tyder på at dette utgjør en avgjørende forskjell for oppgaven. På bakgrunn av dette kan det antas at resultatene i de utenlandske studiene er overførbare til Norge og dermed også besvarelsen av problemstillingen. Vi ønsket å avgrense studiene ytterligere til områder med relativ lik kultur, da måten man uttrykker smerte kan påvirkes av hvilken kultur man vokser opp i (Almås, 2017, s. 382). Oppgaven har sett på kommunehelsetjenesten, mer spesifikt på sykehjem. Av den grunn ble studier som ikke var gjennomført på sykehjem ekskludert. Studien til Lillekroken og Slettebø (2013) ble gjennomført både på geriatrik avdeling på sykehus og på sykehjem, men bare funn fra sykehjemmet ble inkludert i oppgaven.

5.1.3 Studienes deltakere

Studiene inkluderte varierende antall sykepleiere med ulik mengde erfaring. Majoriteten av studiene hadde kriterier om autoriserte sykepleiere og erfaring innen eldre- og demensomsorgen. Dette er med på å sikre kvaliteten på funnene i studien i form av deltakernes relevante kunnskap og kompetanse. Zwakhalen et al. (2012) inkluderte også smertekartlegging utført av assistenter. Assistenter har begrenset kompetanse, og det kan ha påvirket gjennomførelsen av kartleggingen og smerteresultatene. Likevel jobber det i realiteten mange assistenter på sykehjem, og smertekartlegging vil også være en del av deres arbeidsoppgaver.

5.1.4 Studienes gjennomførelse

Zwakhalen et al. (2012) utførte et observasjonsstudie. Deltakerne fikk utdelt kartleggingsskjemaet PACSLAC-D, for å vurdere smerter. Om sykepleierne fikk opplæring i bruken av PACSLAC-D, er ikke nevnt. Uten opplæring kan sykepleierne ha oppgitt misvisende smerteskår som kan ha gitt feilaktig utfall. Smertevurderingen foregikk to ganger i uken under morgenstellet. Sykepleierne kan ha oversett smerteuttrykk underveis i stellet, som kan ha påvirket resultatet. På studiens seks uker, ble det inkludert tre intervjuer. En tett oppfølging kan ha skjerpet oppmerksomheten og økt kvaliteten på studien og resultatene. Kartleggingen ble gjennomført 264 ganger, og 60 av de resulterte i en smerteskår.

Monroe et al. (2015) gjennomførte fokusgruppeintervju. Sykepleierne ble stilt åpne spørsmål og ble oppfordret til felles refleksjon. Sykepleierne reflekterte sammen, noe som kan ha fått fram resultater de ellers ikke hadde fått. Samtidig kan sykepleierne ha gitt uriktige opplysninger for å framstå på en gitt måte overfor kollegaene. Etter at intervjuene var transkriberte av en uavhengig person, organiserte forfatterne funnene i hovedkategorier og valgte ut aktuelle sitater. Det kan tenkes at forfatterne hadde forhåndsbestemte oppfatninger om resultater, eller et bevisst eller ubevisst ønske om å få frem et poeng, og dermed valgte sitater og temaer de selv anså som viktige. Det kan ha ført til at man har gått glipp av viktig informasjon som sykepleierne meddelte.

Lautenbacher et al. (2017) utformet et kartleggingsskjema med 13 ansiktsindikatorer basert på 47 indikatorer fra 12 kartleggingsverktøy. Dette indikerer at de 13 ansiktsuttrykkene er høyst pålitelige og aktuelle å bruke til kartleggingsverktøy. Kartleggingsskjemaet ble sendt til 366 sykehjem med en forklaring om å oppgi ansiktsuttrykk og situasjonen de observerte, og deretter en helhetlig smertevurdering. Utover dette nevner de ikke noen annen form for opplæring i bruk av verktøyet, noe som kan ha ført til færre eller feilaktige resultat. De fikk returnert 284 fullførte skjemaer, som gir de det største vurderingsgrunnlaget.

Gilmore-Bykovksyi et al. (2013) tok utgangspunkt i «Grounded Dimensional Analysis». Det for å skape en ny helhet rundt de konsekvensene sosiale forståelser og handlinger skaper. Sluttproduktet utgjør en modell med forklaring på problemet. Å følge en analysemodell ved datainnsamling kan være med på å kvalitetssikre funnene. Det ble gjennomført intervju med én og én sykepleier. To av sykepleierne ble intervjuet to ganger, for å få bekreftet resultatene

og for å kunne stille oppfølgingsspørsmål. Slik ble forskerne mer sikre på at de hadde en korrekt tolkning og forståelse av materialet.

Lillekroken og Slettebø (2013) gjennomførte tre fokusgruppeintervjuer. Gjennom gruppeintervju fikk sykepleierne mulighet til å diskutere seg imellom, noe som kunne åpne opp for andre relevante funn. Likevel kan det være at sykepleierne ikke turte å være like ærlig som ved intervju med én og én. Gruppeintervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert rett etter intervjuene. Dermed kunne forfatteren se elementene fra en ny side og oppleve intervjuene på nytt. I tillegg delte de opp materialet i ulike deler og satt det sammen til en ny helhet. I denne utplukkingen kan man risikere å miste viktige elementer, men samtidig kan man skape gode komponenter til besvarelsen av problemet.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med bacheloroppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan oppdage smerter ved å vurdere smerteuttrykk hos personer med demens. Dette for å kunne gi adekvat smertelindring til en forsømt pasientgruppe. I tillegg vil oppgaven kunne øke kompetansen i videre arbeid med smerter hos personer med demens. For å besvare oppgaven vil funnene fra forskningsartiklene diskuteres i lys av Kari Martinsens teori om personorientert profesjonalitet. Viktigheten av å se med hjertets øye, belyses ved hjelp av artiklenes funn. Martinsens syn på det å være profesjonell, sammen med annen teori og egne refleksjoner, utgjør grunnlaget for å svare på hvorfor smertelindring i demensomsorgen er mangelfull. I tillegg vil besvarelsen være med å sette lys på hvordan smertebehandlingen kan forbedres og hvem sitt ansvar dette er.

5.2.1 Smertekartlegging og behandling består av flere komponenter

Kartleggingsverktøy systematiserer holdepunkter slik at vurderingen av pasientens smerter i form av lokalisasjon, variasjon og årsak, blir presis. Kartleggingsverktøy er derfor viktig for å tilegne seg presis informasjon om pasientens smerter (Almås et al., 2017, s. 389). Det fremgår imidlertid av resultatene i samtlige artikler at kun et fåtall av sykepleierne bruker kartleggingsverktøy og at de ikke har særlig kjennskap til kartleggingsverktøy. Som vist i teoridelen finnes det en rekke kartleggingsverktøy, både verktøy som sykepleierne i studien hadde kjennskap til, men også andre flerdimensjonale kartleggingsverktøy som er tilpasset personer med demens, som MOBID-2 og Doloplus-2 (Kirkevold et al., 2018, s. 398).

Kari Martinsen (2000) forklarer at klassifisering og systematisering av konkrete observasjoner og tegn, skjer gjennom det registrerende øye (Martinsen, 2000, s. 34-35). Målbare observasjoner vil gjøre det lettere å registrere endringer hos pasientene, ved å sammenligne verdier fra gang til gang (Almås et al., 2017, s. 390). Deltakerne i Lautenbacher et al. (2017) sin studie systematiserte observasjonene sine, noe som kan ha gjort at sykepleierne forsto smerteuttrykkene tidligere (Lautenbacher et al., 2017, s. 2108). I tillegg kom det fram at sykepleierne ble tryggere i smertevurderingen hvis de observerte smerteuttrykk som var typiske indikasjoner på smerte (Gilmore-Bykovski & Bowers, 2013, s. 132). På bakgrunn av dette vil sykepleierne trolig bli tryggere i sin smertevurdering ved bruk av kartleggingsverktøy, som ved PACSLAC som gir en liste med anerkjente smerteindikatorer. I tillegg vil felles prosedyrer kunne gi mindre individuell synsing av hva som er smerter og ikke (Almås et al., 2016, s. 390). Dersom sykepleierne var sikre på pasientens smerter, ble det raskere iverksatt smertelindrende tiltak (Gilmore-Bykovskyi & Bowers, 2013, s. 130). Derav kan man anta at bruk av kartleggingsverktøy vil føre til raskere smertelindring av pasienten.

Det finnes både endimensjonale og flerdimensjonale kartleggingsverktøy som kan eller er tilpasset personer med demens (Kirkevold et al., 2018, s. 398). For at kartleggingsverktøy skal tas i bruk, må de implementeres på arbeidsplassen og det bør utarbeides gode retningslinjer og prosedyrer (Gilmore-Bykovski & Bowers, 2013, s. 136). Ikke alle sykepleierne var like positive til å ha retningslinjer for smertekartlegging, og det ble sagt at felles prosedyrer gikk på bekostning av individualiteten (Lillekroken og Slettebø, 2013, s. 31). Man kan likevel anta at retningslinjer om bruk av kartleggingsverktøy ikke trenger å gå på bekostning av en individuell vurdering og behandling. Dersom man bruker kartleggingsverktøy til å identifisere individuelle smerteindikatorer, kan man iverksette tiltak basert på disse. Dermed blir vurderingen både individuell og systematisert ved hjelp av prosedyrer. Kirkevold (2018) mener at prosedyrer for smertekartlegging og behandling på en institusjon vil gjøre det lettere å vite hva man skal gjøre ved oppdaget smerte (Kirkevold et al., 2018, s. 394). Dermed kan det tenkes at det å systematisere observasjoner vil være til hjelp for å vite hvilke tiltak man skal iverksette til enhver tid.

Dokumentasjon av smerteuttrykk og tidligere utprøvde tiltak kan forbedre smertevurderingen og dermed også behandlingen av pasienten for hver gang (Kirkevold et al., 2018, s. 394). Dokumentasjon av sykepleiernes vurderinger og handlinger rundt pasientens smerter vil

kunne ha en forebyggende, helsefremmende og behandlende effekt og derfor lindre pasientens plager (Skaug & Dahl, 2011, s. 20). Lillekroken og Slettebø fant at dokumentasjon av smertelindrende tiltak ikke var fast praksis (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31). Ved dokumentasjon blir sykepleierens ansvar tydeliggjort og individuelle forskjeller blir tilgjengelig, noe som sikrer kvalitet og kontinuitet i pasientens tilbud (Skaug & Dahl, 2011, s. 21). Dette er spesielt viktig for å bedre smertelindringen hos personer med demens som får dårligere medikamentell smertebehandling enn andre (Kirkevold et al., 2018, s. 391). Registrering handler altså om å innhente kunnskap om pasientene og om hvorfor man gjør seg disse observasjonene. Samtidig understreker Martinsen (2000) at det registrerende alene gjør at pasienten som individ blir likegyldig (Martinsen, 2000, s. 36).

5.2.2 Å bevare pasientens individualitet i smertevurdering og behandling

I hovedparten av artiklene trekker sykepleierne fram viktigheten av individuell tilpasning når det gjelder smertevurdering og behandling (Lautenbacher et al., 2017; Gilmore-Bykovski & Bowers, 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013). Det kan henge sammen med at smerte er en subjektiv opplevelse (Almås et al., 2017, s. 383). Pasientene opplever og uttrykker smerte ulikt, og trenger derfor at sykepleierne er oppmerksomme på forskjellene. I tillegg må sykepleierne ta i betraktning pasientens anamnese, pårørendes beretning, tverrfaglige innspill og sin egen kjennskap til pasienten, for å individuelt vurdere pasienten (Monroe et al., 2015, s. 317). At sykepleierne i studiene står opp for pasientens individualitet må anses som et gode for pasienten.

På tross av at det fremkom i samtlige artikler at sykepleierne hadde lite eller ingen kjennskap til kartleggingsverktøy, var det et ønske fra mange sykepleiere om felles prosedyrer for smertevurdering og behandling. Som nevnt tidligere, hadde ikke alle sykepleierne tiltro til felles retningslinjer, også i frykt for at systematiske kartleggingsrutiner ville gå på bekostning av individualiteten i pleien (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31). Mangel på individuell tilnærming er en av grunnene til at kartleggingsverktøyene ikke blir prioritert (Almås et al., 2017, s. 383). Men ifølge legemiddelhåndboka (2020) er det nødvendig med en systematisk og nøyaktig kartlegging for å konstatere pasientens smerter (Legemiddelhåndboka, 2020). Likevel kan man forstå sykepleierens bekymring, ved at man kanskje glemmer det individuelle ved å registrere forhåndsbestemte smerteindikatorer. På en annen side kan man

trekke paralleller til vitale målinger hvor man også bruker standardiserte referanseområder for å vurdere ulike pasienter, som ved National Early Warning Score. Som Kirkevold poengterer, bør smertevurdering implementeres i sykepleierens rutiner på samme måte som vitale tegn (Kirkevold et al., 2018, s. 394). I praksis har vi erfart pasienter med metning på 87% som ikke har vært preget, mens en annen har saturert 95% og hatt tydelig besvær. Derfor må man kunne bruke sansningen for å vurdere pasientens smerteuttrykk individuelt, og la kartleggingsverktøy være et hjelpemiddel for vurdering og ikke en fasit.

Sykepleiernes evne til å sanse er svært viktig hos personer med nedsatt evne til kommunikasjon, da må sykepleierne observere pasientens atferd og kroppsspråk (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 32). Sykepleierne anså observasjon av pasientens kroppsspråk og atferd som viktig for å fastslå smerter (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 32; Gilmore-Bykovski & Bowers, 2013, s. 132). I tillegg var sykepleiernes evne til empati avgjørende for å kunne tolke og ta inn over seg de ulike smerteuttrykkene (Lautenbacher et al., 2017, s. 2112), lik sansningen hvor man er grunnleggende etisk (Elstad, 2014, s. 26). Som det fremgår av teorien er sansning noe mer enn observasjon, som også vises gjennom en av sykepleiernes sitat som beskrev en kompleks vurderingssituasjon: «You just have to use your best nursing judgement» (Monroe et al., 2015, s. 318). Disse funnene kan indikere at sykepleiere bruker sansning i møte med pasienten. Er sykepleieren interessert i å oppdage hva pasienten ønsker å meddele, kan hun ta imot individuelle uttrykk fra pasientene. Eller som Martinsen beskriver det: «Ved å våge å være i sansningens åpenhet fikk den andre etter hvert tre frem.» (Martinsen, 2000, s. 23).

5.2.3 Sykepleiernes utfordringer i identifisering av smerte

I personorientert profesjonalitet skal sykepleierne bruke det sansende, individuelle skjønnnet sammen med det faglig registrerende (Martinsen, 2000, s. 23). Studiene viste en kompleks vurderingssituasjon hvor innsikt i atferdsendringer, bruk av kartleggingsverktøy, anamnese, pasientens omgivelser, kjennskap til pasienten, en god relasjon, samarbeid med pårørende og tverrfaglig samarbeid var elementer sykepleierne brukte for å få en helhetlig vurdering av pasienten (Lautenbacher et al., 2017, Monroe et al., 2015; Gilmore-Bykovski & Bowers, 2013). Sykepleierne står altså overfor en vanskelig oppgave i å forene elementer fra det sansende og faglige, til en helhet i personorientert profesjonalitet.

Pasientgruppens nedsatte evne til kommunikasjon, gjorde sykepleierne usikre i smertevurderingen (Zwakhaleh et al., 2012, s. 3013). Det kan være grunnen til at samtlige artikler oppga atferdsendringer som viktige smerteindikatorer. Selv om pasientens adferdsmessige uttrykk skal tas i betraktning i smertevurderingen, oppga noen av sykepleierne at enkelte uttrykk i PACSLAC-D var uttrykk for uro, noe som gjorde dem usikre på om atferdsendringene faktisk var uttrykk for smerte eller om de var uttrykk for uro (Zwakhaleh et al., 2012, s. 3013). Det er viktig at sykepleierne kan skille mellom symptomer på sykdomsutvikling og akutt sykdom (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31). Atferdsendringer eller APSD kan være en del av sykdomsutviklingen. Derfor forstår man sykepleiernes frustrasjon i at uro, som smerteindikator, også kan være en del av sykdomsutviklingen (Kirkevold, 2018, s. 417). Samtidig sier Helsedirektoratets (2020) retningslinjer at: «Personer som viser adferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) eller andre symptomer på ubehag/utilpasshet, bør bli utredet og eventuelt behandlet for smerte.» (Helsedirektoratet, 2020). Også ut ifra Helsedirektoratets anbefalinger kan man se at APSD, kan være en smerteindikator. Sykepleiernes kritikk til PACSLAC-D har derfor ikke forankring i valide argumenter - pasienten bør smertevurderes uansett.

Det er mange elementer sykepleierne skal observere og vurdere opp mot hverandre. Det kan tenkes at dersom sykepleiere klarer og aktivt bruke hjertets øye og samtidig være registrerende, kan de forene det sansende og det registrerende. De kan være sansende og åpne for å ta imot pasientens individuelle uttrykk, og registrerende i form av å bruke anerkjente kartleggingsverktøy til å systematisere observasjoner. På den måten kan sykepleierne konstatere smerter, samtidig som de bevarer individualiteten. Kristoffersen et al. (2011) skriver at Martinsen mener sansningen og registreringen er begge like viktige (Kristoffersen et al., 2011, s. 179), og dermed antas det at sansningen og det registrerende ikke nødvendigvis trenger å være utfordrende til hverandre, som Martinsen (2000) også sier, men at de sammen kan utgjøre en åpen oppmerksom og faglig sterk personorientert profesjonalitet (Martinsen, 2000, s. 10). For den personorienterte profesjonaliteten handler om å gjøre det som er best for pasienten:

Det handler om et engasjement i det en holder på med, at en vil investere noe av seg selv i møte med den andre, om å være forpliktet til å gjøre sitt beste for den man er satt til å hjelpe, passe eller pleie. (Martinsen, 2000, s. 14).

5.2.4 Underbehandling som konsekvens av manglende kunnskap og usikkerhet

5.2.4.1 Funn som indikerer underbehandling

Personer med demens får dårligere farmakologisk smertelindring enn dem uten en demenssykdom (Kirkevold et al., 2018, s. 393). Underbehandling vises også i forskningsartiklene ved at tiltak som innebærer analgetika, sjeldent ble iverksatt. Bare 5% av tiltakene i studien til Zwakhalen et al. (2012) var farmakologiske, og i 44% av tilfellene ble det ikke iverksatt tiltak i det hele tatt (Zwakhalen et al., 2012, s. 3013-3014). Funnene viser at sykepleierne mangler kunnskap, noe som gjør dem usikre i smertevurderingen, som igjen fører til underbehandling ved at tiltak ikke blir iverksatt. Usikkerheten kan skyldes at sykepleierne opplevde det utfordrende å fastslå smerter. Som en sykepleier sa, så kreves det erfaring for å tørre og administrere sterkt smertestillende preparater. Sannsynligvis henger det sammen med at mer erfarne sykepleiere var tryggere i sin vurdering av pasientens smerter (Monroe et al., 2015, s. 318). Dette er også vist gjennom andre studier, ved at nye sykepleiestudenter generelt anga pasienters smerter som lavere enn 3. års studenter gjorde. Det kom av at 3. års studentene hadde mer erfaring, noe som gjorde at de også vurderte smerteindikatorer som blant annet grimaser (Almås et al., 2016, s. 389). Samtidig indikerer funnene at forekomsten av typiske smerteindikatorer ikke førte til at sykepleierne administrerte analgetika (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 132). Denne mangelfulle bruken av analgetika kommer til tross for at flere sykepleiere mente at atferdsendringer var indikatorer på smerte (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 32; Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 131).

Sykepleierne var opptatt av at eldre har økt risiko for smerter grunnet alderdom og tilstander som fører med seg smerte (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30). I tillegg mente de at god vurdering av smerter var nødvendig for å kunne behandle smertene, og dermed sikre god livskvalitet (Monroe et al., 2015, s. 319). Derfor er det urovekkende at heller ikke pasienter som verbalt uttrykte smerte, ble smertelindret (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 132). Spesielt når man vet at vurderingen skal skje basert på sykepleiernes observasjoner, men også med utgangspunkt i pasientens beretning (Kirkevold et al., 2018, s. 398). Det kan antas at man burde satt i gang smertelindrende tiltak tidligere enn det gjøres i studiene, da tydelige smerteindikatorer kan forekomme en stund etter at pasientens smerter startet opp. Dessuten er det vist at uro, hos pasienter med demens, ble betydelig redusert ved farmakologisk smertelindring (Husebø et al., 2011, s. 2).

Smertelindring var noe sykepleierne mestret (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31). I tillegg viser studiene at deltakerne har noe kunnskap om hva som kan indikere smerte hos pasientene. Derfor kan det tenkes at det foreligger en ukultur i å ikke være oppmerksom på smerter til enhver tid. Dersom sykepleierne hadde stoppet opp og tatt seg tid til pasienten kunne de systematisk arbeidet seg gjennom sykepleieprosessen med datasamling og vurdering, planlegging og målsetting, utførelse og handling, for så å evaluere og dokumentere prosessen (Kirkevold et al., 2018, s. 393; Omhelse.no u.å.). Gjennom sykepleieprosessen kan pasientens smertelindring bli helhetlig (Elstad, 2014, s. 72), og på den måten bli i tråd med den personorienterte profesjonaliteten.

5.2.4.2 Betydningen av å være profesjonell

Det kommer fram i artiklene at sykepleierne er preget av usikkerhet og lite kunnskap når det kommer til kartlegging av smerter hos personer med demens. Kunnskapsmangelen vises ved at flere av deltakerne ikke hadde kjennskap til flerdimensjonale kartleggingsverktøy tilpasset pasienter med demens (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31). Noe som også vises i Gilmore-Bykovskiy og Bowers' (2013) forskning ved at sykepleierne ikke brukte smertekartleggingsverktøy (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, s. 136). I tillegg viste studien til Zwakhalen et al. (2012) at sykepleierne så stor grad av nytteverdi i PACSLAC-D, som er tilpasset til personer med demens (Zwakhalen et al., 2012, s. 3013). Mens sykepleierne i andre studier var kritiske til bruk av kartleggingsverktøy til denne pasientgruppen fordi de mente kartleggingsverktøy ikke var egnet (Monroe et al., 2015, s. 319,). Kritikken kom til tross for at sykepleierne ikke hadde prøvd eller visste noe om verktøy tilpasset personer med demens. Informantene til Zwakhalen et al. (2012) poengterer derfor viktigheten av å velge riktig kartleggingsverktøy ut ifra kognitiv funksjon (Kirkevold et al., 2018, s. 395). Forkunnskapen om bruk av hjelpemidler var lav i alle forskningsartiklene til tross for at sykepleierne mente at eldre hadde økt risiko for smerter og for smerterelaterte lidelser (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30). Dette viser at lite kunnskap om smerteuttrykk hos personer med demens, om bruken av kartleggingsverktøy og tilpassede kartleggingsverktøy kan være med på å forårsake sykepleierens usikkerhet. Martinsen sier: «Å møte den syke med omsorg gjennom omsorgsarbeidet innebærer en rekke forutsetninger som kunnskap, ferdigheter og organisasjon.» (Kristoffersen et al., 2011, s. 254). Slik vises det at sykepleierens manglende kunnskap, fører til at pasienten ikke får den omsorgen som han behøver.

Usikkerheten som flere av deltakerne i studiene preges av, kan være med på å redusere profesjonaliteten i arbeidet deres. Martinsen (2000) beskriver profesjonalitet som å tilegne seg fagkunnskaper: «[...] for å se pasienten som et lidende menneske, og som verner om hans integritet.» (Martinsen, 2000, s. 12). Slik skal profesjonaliteten verne om personer med demens. Sykepleierne skal ha kunnskaper om hvordan de oppdager og behandler smerter. Usikkerheten viser at sykepleierne ikke har den profesjonaliteten som de yrkesetiske retningslinjene påpeker som viktige fundament for faget sykepleie. Altså, at sykepleiere har et ansvar om å holde seg oppdatert faglig, etisk og praktisk slik at kompetansen opprettholdes (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det kreves at sykepleierne selv sørger for å opprettholde disse kvalifikasjonene, noe som understøttes av prinsippet om faglig forsvarlighet i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Gjennom å være profesjonell har man oppdatert kompetanse som vil komme til gode for det lidende mennesket, og på den måten går det å være profesjonell ikke på bekostning av medmenneskeligheten (Martinsen, 2000, s. 12). Pleien vil bli mer helhetlig ved at man ser de mange og sammenhengende elementene hos den enkelte pasienten, og hvordan disse påvirker hverandre. Det kan tenkes at man på den måten øker kvaliteten på behandlingen og gir pasienten den omsorgen han har krav på.

5.2.4.3 Hvem har det juridiske ansvaret for å sikre faglig oppdatert kompetanse?

Kommunen har et overordnet ansvar for kompetanse gjennom å sørge for at pasientene i kommunen får de helse- og omsorgstjenestene de har behov for. I tillegg har de ansvar for å fremme helse (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §§ 3-1, 3-3). For å sikre innbyggernes rett til helse- og omsorgstjenester, er det viktig å tilrettelegge for tilegnelse av nødvendig kunnskap. Ansvaret for opprettholdelse av kompetanse hos sykepleiere, understrekes av kravet til forsvarlighet: «Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at: [...] d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1). Krav om forsvarlighet for virksomheten skal sikre at ytelsene holder en minstestandard, noe som blant annet innebærer å sikre prosedyrer og rutiner i helsetjenestene (Molven, 2017, s. 146). Av den grunn er det også viktig med gode retningslinjer som skal være med på å løfte kunnskapen, som ifølge helse- og omsorgstjenesteloven er grunnleggende for å opprettholde kvaliteten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 12-5). Ansvaret legges også til ledere og sykepleiere ansatt i kommunen gjennom krav til kvalitet: «Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for

kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-2).

Sykepleie er et fag i stadig utvikling, noe som gjør det nødvendig at sykepleiere sørger for å ha faglig oppdatert kompetanse. Den raske utviklingen gjør det utfordrende å være faglig oppdatert til enhver tid. For at sykepleierne skal yte sitt beste må organisasjonen gjennom dens leder legge til rette for en kontinuerlig fagutvikling. Det er leders oppgave å inspirere sykepleierne til å yte sitt beste. I tillegg til at kunnskapsområdene må oppleves som nyttig for sykepleierens arbeid, for å engasjere og motivere til læring. Gjennom kontinuerlig fagutvikling kan sykepleierne bli trygge i arbeidet (Vevatne, 2020, s. 93). Dermed kan man unngå den usikkerheten som har vært gjennomgående i de anvendte artiklene. I tillegg kan det tenkes at ansvaret om opprettholdelse av kunnskap også ligger på utdanningen gjennom økt fokus på smertevurdering hos personer med demens. Spesielt med tanke på at andelen eldre, og dermed andelen personer med demens, øker i befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2021).

5.3 Sammenfatning

Personorientert profesjonalitet gir evne til en helhetlig vurdering som man bør strebe etter å oppnå, men for å oppnå denne evnen må sykepleierne være sansende og registrerende, samtidig som de er profesjonelle ved å tilegne seg faglig kunnskap. Funnene indikerer at det er manglende kunnskap blant sykepleierne, som er et problem som også må angripes på et overordnet nivå. Kartleggingsverktøyene finnes og sykepleiere verden over er trolig sansende hver dag. Det tyder på at arbeidsplasser, men også sykepleierutdanningene, må sette smertevurdering hos personer med demens på dagsordenen. Den geriatrike pasienten møter man i nesten alle deler av helsevesenet, så derfor er det spesielt viktig at en så universell pasientgruppe ikke blir glemt på et område det i utgangspunktet er mye kunnskap om, altså smertelindring. Nyttien av kartleggingsverktøy tilpasset personer med demens bør undersøkes videre, det for å forbedre dem og forsikre seg om effektiviteten hos denne pasientgruppen.

6 ANVENDELSE I PRAKSIS

Sykepleiere har et ansvar i å kartlegge og behandle smerter hos pasienter med demens. Da kreves det at sykepleiere holder seg faglig oppdatert på kunnskap omkring dette. Ledelsen har ansvar for at sine ansatte får økt kompetanse innenfor det fagfeltet de jobber i, noe som gjenspeiles i kravet om faglig forsvarlighet og kvalitet. Dette omhandler personorientert profesjonalitet, som understreker viktigheten av helhetlig sykepleie. I tillegg er dette relevant kunnskap som kan løftes fram i sykepleierutdanningen. Vi vil framstille noen forslag som kan være med på å forbedre praksis. Med disse forslagene ønskes det å forsterke kompetansen til sykepleiere, redusere usikkerheten rundt vurdering av smerter hos pasienter med demens og øke kvaliteten på behandlingen slik at man unngår at pasienten går med unødvendige smerter.

6.1 Forslag til forbedring

- Innføring av jevnlig kurs på institusjonene, som vektlegger å øke kunnskapen om hvordan man skal kartlegge smerter hos en pasientgruppe med redusert evne til verbal uttrykkelse. Dermed øker selvtilliten i bruken av kartleggingsverktøy tilpasset pasientgruppen.
- Ledelsen sammen med avdelingen utarbeider tydelige retningslinjer som kan øke kompetansen i praksis, ved at man har et skjema på avdelingene med typiske uttrykk for pasientene og hvilke tiltak som fungerer for den enkelte. For eksempel, lage lommekort med de vanligste smerteuttrykkene på.
- Ledelsen sørger for at det er tilstrekkelig bemanning til enhver tid slik at en god smertekartlegging kan gjennomføres.
- Primærkontakter sørger for at pasientene har egne kategorier med «smertekartlegging» for den enkelte, og herunder «smerteindikatorer» og «smertebehandling/tiltak» i dokumentasjonssystemet. Det er helsepersonellens ansvar å følge opp dette til enhver tid, slik at man lettere blir kjent med pasientenes individuelle uttrykk og behov for behandling.
- Utarbeide informasjonsplakat som kan bidra til at ansatte i kommunehelsetjenesten får økt interesse og oppmerksomhet rundt smertevurdering hos personer med demens. Se eksempel i vedlegg 2.

LITTERATUR

- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2016). Sykepleie til pasienter med smerter. I D. G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.) *Klinisk sykepleie 1* (utg.5). (s. 382-428). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bertelsen, A. K. (2017). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 321-343). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave). Gyldendal Norsk Forlag.
- Elstad, I. (2014). *Sjukepleietenkning*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Folkehelseinstituttet. (23.02.2021). *Demens*. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Hentet 28. april 2021 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utgave). Författarna och Studentlitteratur.
- Gilmore-Bykovskyi, A., & Bowers, B. J. (2013). Understanding Nurses' Decisions to Treat Pain in Nursing Home Residents with Dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 6(2), 127-38. <http://dx.doi.org/10.3928/19404921-20130110-02>
- Helsedirektoratet (2020, 3. januar). *Demens: Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet 20. april 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Husebø, B. S., Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O. B., & Aarsland, D. (2011). Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ* (Clinical research ed.), 343, d4065. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4065>
- Kirkevold, M. (2020, 30. Mars). *Sykepleieteori*. Store medisinske leksikon. Hentet 19. april 2021 fra <https://sml.snl.no/sykepleieteori>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). (2018). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utgave). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen N. J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utgave, s. 207-280). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lautenbacher, S., Sampson, E. L., Päahl, S., & Kunz, M.

(2017). Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain? *Pain Medicine*, 18(11), 2105–2115. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw281>

Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 33(3), 29–33.

Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus* (5. utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.

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>.

Norsk helseinformatikk. (2021, 01. mars.) *Demens - en kort oversikt*. Hentet 30. april. 2021 fra <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/ulike-sykdommer/demens-oversikt/?hp=true>

Norsk legemiddelhåndbok. (2020, 12. februar). *T21.1.1 Smerter*. Hentet 12. april 2021 fra https://www.legemiddelhandboka.no/T21.1.1/Smerter?fbclid=IwAR2LbEEovMZVDjJK7O-HESn0m9aVqj-Y30xbR_u8Pvirqu-ePJhQikFieY#Tk-21-468849

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 23. april 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Omhelse.no (u.å). *Sykepleieprosessen*. Hentet 28. april 2021 fra <https://omhelse.no/sykepleieprosessen/>

Pace, V., Treloar, A. & Scott, S. (2011). *Dementia: from advanced disease to bereavement*. Oxford University Press.

Raknes, S. (2014). *Sint og glad i barnehagen*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skaug, E. & Dahl, K. (2011) Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I E. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov*. (2. utgave, s. 15–60). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thidemann, I. J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave). Universitetsforlaget.

Torvik, K. & Bjørø, K. (2018). Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten. *Hvor vanlig er smerte hos eldre?* (2. utgave). Gyldendal Norsk Forlag.

Vevatne, K. (2020). Ledelse for sykepleiere: *Likeverd i relasjoner*. Fagbokforlaget.

Zwakhalen, S. M., Hof, C. E., & Hamers, J. P.

(2012). Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21–22), 3009–3017. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04313.x>

VEDLEGG

Vedlegg 1. Oversikt over analyserte artikler.

Artikkel 1	
Tittel	«Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.»
Tidsskrift (årstall)	Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden (2013)
Forfattere	Lillekroken, D. & Slettebø, Å.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Problem	Mange eldre sliter med unødvendige smerter, hos personer med demens kan grunnen til det være at sykepleierne har vansker for å tolke og kartlegge tegn på smerte.
Hensikt	Hensikten med studien er å utforske erfaringene sykepleierne har med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.
Metode/sted	<ul style="list-style-type: none"> • Studien er gjennomført i Norge • Kvalitativt forskningsintervju, på kommunalt sykehjem • Tre fokusgruppeintervju, med seks, fem og syv sykepleiere. Ingen frafall • Tematikk i intervjuene: Erfaringer med smertelindring, smertekartlegging og evaluering av smertelindring
Resultater	Smertekartlegging og smertelindring til personer med demens er utfordrende. Tre forhold må tas hensyn til, pasientens høye alder, comorbiditet og polyfarmasi. I tillegg vil gode rutiner, individuell tilpasning og rutinemessig bruk av smertevurderingsskjemaer bidra til effektivisering av smertelindring og kartlegging hos personer med demens.
Artikkel 2	
Tittel	«Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia»
Tidsskrift (årstall)	Archives of Psychiatric Nursing (2015)

Forfattere	Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Problem	Mange sykehjemsbeboere med demens underbehandles for smerter.
Hensikt	Hensikten med studien var å utvikle sykepleiernes evne til å kunne identifisere og behandle smerter hos personer med demens.
Metode/sted	<ul style="list-style-type: none"> • Studien er gjennomført i USA • Kvalitativ utforskende studie • 29 deltakere
Resultater	Sykepleierne rapporterte at det var utfordrende å kartlegge en pasient med demens sine smerter. Sykepleierne observerte atferdsendringer, brukte kartleggingsverktøy, pårørende, så på anamnese og omgivelsene til pasienten i vurderingen av smerter.

Artikkel 3	
Tittel	«Understanding Nurses' decisions to treat pain in Nursing home residents with dementia»
Tidsskrift (årstall)	Research in Gerontological Nursing (2013)
Forfattere	Gilmore-Bykovskyi, A. L. & Bowers, B. J.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Problem	Det er et problem at sykehjemspasienter fremdeles blir utilstrekkelig smertelindret.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleierne vurderer behovet smertebehandling hos pasienter med demens.
Metode/sted	<ul style="list-style-type: none"> • Studien er gjennomført i USA • Kvalitativ studie • Grounded Dimensional Analysis • 15 intervjuer • 13 sykepleiere fra fire ulike sykehjem

Resultater	Sykepleiere mistenkte smerte hos pasienter med demens grunnet atferdsendringer. De forsøkte flere tiltak for å få pasienten tilbake til basis, men smertelindring var ikke en del av tiltakene. Personer med demens hadde høyest risiko for underbehandling av smerter, noe av grunnen til det var sykepleiernes usikkerhet rundt pasientens smerteopplevelse.
Artikkel 4	
Tittel	«Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions.»
Tidsskrift (årstall)	Journal of clinical nursing (2012)
Forfattere	Zwakhalen, S., Hof, C. E. & Hamers, J. P. H
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Problem	Sykehjemspasienter med demens erfarer ofte smerter, men blir også ofte underbehandlet for smerter.
Hensikt	Hensikten var å utforske mulighet for regelmessig smertevurdering hos pasienter med demens ved bruk av et smertekartleggingsverktøy. For å bli kjent med måter å diagnostisere mulig smerte hos denne pasientgruppen.
Metode	<ul style="list-style-type: none"> • Studien er gjennomført i Nederland • Kvalitativ observasjonsstudie • Strukturerte intervjuer med seks sykepleiere • 22 sykehjemspasienter • Utført over en seks ukers periode • Sykepleierne fikk utdelt PACSLAC-D i tillegg til et skjema for å dokumentere tiltak ved smerter.
Resultater	Den rapporterte smertefrekvensen hos sykehjemspasientene var på 22%, likevel gjorde sykepleierne lite for å følge opp den dokumenterte smerten. I tillegg brukte de mest ikke-farmakologiske former for smertebehandling, ofte enkle tiltak som å trøste pasienten.

Artikkel 5	
Tittel	«Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain?»
Tidsskrift (årstall)	Pain Medicine (2017)
Forfattere	Lautenbacher, S., Sampson, E. L., Pähl. S. & Kunz, M
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Problem	Kroppslige uttrykk kan være tegn på smerte hos personer med demens, men slike tegn kan være vanskelige å oppdage. Helsepersonell kan derfor føle seg utilstrekkelig i forsøk på å identifisere smerte og er engstelig for å gå glipp av tegn på smerte.
Hensikt	Å undersøke hvilke ansiktsuttrykk sykepleiere evaluerer i kartleggingen av smerte hos personer med demens.
Metode	<ul style="list-style-type: none"> • Studien er gjennomført i Tyskland • Kvantitativ studie • 13 ansiktsindikatorer på smerte, fra anerkjente kartleggingsverktøy, satt sammen til ett observasjonsskjema til bruk på pasienter med uttalt demens. • I kartleggingen skulle sykepleierne vurdere smerte uttrykk og intensitet. • 366 sykehjem fikk tilsendt skjemaet, 79 sykehjem deltok og de fikk inn 284 observasjonsskjemaer.
Resultater	Enkelte ansiktsuttrykk ble i over 50% av smerteobservasjonene brukt til å konstatere smerter. Det å rynke på nesen og smalnede øyne, og å se ansent eller redd ut var uttrykk som hyppigst ble registrert. Stort sett ble intensiteten vurdert som lett til moderat. I tillegg så de at sykepleierne brukte empatiske egenskaper for å få en helhetlig smertevurdering.

Den glemte smertepasienten

Systematisk og nøyaktig kartlegging er nødvendig for å konstatere smerter!

Kartleggingsverktøy spesielt tilpasset personer med demens:

- PACSLAC
- Doloplus-2
- MOBID

Fakta om smerte hos personer med demens:

- Smerter hos sykehjemspasienter med demens er underrapportert og trolig feildiagnostisert som angst og agitasjon.
- Pasientens selvrapportering av smerter er den viktigste smerteindikatorene. Men personer med demens kan ha redusert evne til å verbalt uttrykke smerte.
- Studier har vist at det er svært viktig å vurdere atferd som smerteindikator
- Derfor må DU ha kompetanse til å vurdere pasientens uttrykk!



Bilde: Illustrert av Åge Peterson.

Meld deg på intern opplæring for å forhindre unødig smerte og lidelse!

Neste kurs: 29 Mai

Kildehenvisninger:

- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2016). Sykepleie til pasienter med smerter. I D. G. Stubberud, R. Grønmoeth, & H. Almås (Red.) Klinisk sykepleie 1 (utg.5). (s. 382-428). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Folkehelseinstituttet. (23.02.2021). Demens. I: Folkehelseberapporten - Helse tilstanden i Norge. Hentet 28. april 2021 fra <https://www.fhi.no/nerttub/hlo/like-smittsomme/demens/>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). (2018). Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (2. utgave). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen N. J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E. Skaug (Red.), Grunnleggende sykepleie bind 1 (2. utgave, s. 207-280). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Raknes, S. (2014). Slett og glad i barnehagen. Gyldendal Norsk Forlag AS.