

Kandidatnummer 5154 og 5273

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Hvordan kan sykepleiere kartlegge smerter hos pasienter med moderat til alvorlig demens på sykehjem?

Stavanger, 05.05.22

x

Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Smerter er like utbredt hos pasienter med demens, som hos eldre som er kognitivt friske. På grunn av manglende evner til å kommunisere sine behov, blir ofte disse smertene underdiagnostisert og ubehandlet hos denne pasientgruppen. Sykepleieren har en viktig rolle i identifiseringen og behandlingen av smerter hos pasienter med demens.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å avdekke hvordan sykepleiere kartlegger smerter hos pasienter med moderat til alvorlig demens på sykehjem.

Metode

Metoden benyttet for oppgaven er en integrativ litteraturoversikt, hvor fire forskningsartikler ble analysert. Resultater fra forskningsartiklene og relevant bakgrunns litteratur utgjør grunnlaget for besvarelsen.

Resultater

Resultatene viser at sykepleiere har manglende kompetanse og ferdigheter i utøvelsen av smertekartlegging hos pasienter med moderat til alvorlig demens på sykehjem. Studiene avdekker at sykepleiere har for lite kunnskap om smertekartleggingsverktøy og hvordan smerter kommer til uttrykk hos pasientgruppen. Flere sykepleiere identifiserer også at samhandling med pasientene er en utfordring. Dette på grunn av kommunikasjonssvikt, da pasientene ikke kan selvrappportere smerter.

*Jeg ligger her i sengen og et smil når ned til meg
Hei, vil du jeg skal riste puten din litt opp for deg?*

*Det er så trygt å vite at noen vil meg vel
Jeg ligger her og føler meg så ødelagt og grell*

*Vennligheten møter meg så varm og fin og nær
Den sier meg at det er trygt og bra å være her
Snille hender klapper trøstende på mine kinn
Mykt hvisker stemmen: Snart vil doktoren din komme inn*

*Vær ikke redd, jeg passer på, det smiles ned til meg
Sov du trygt, jeg kikker stadig innom hit til deg*

Tonje Hemre Sæthre, 2019

Innholdsfortegnelse

<i>Sammendrag</i>	2
<i>Forord</i>	3
1 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemformulering	6
1.3 Hensikt med oppgaven	7
1.4 Avgrensninger	7
1.4.1 Smerter.....	7
1.4.2 Demens	7
2 Teorikapittel	8
2.1 Demens	8
2.2 Smerter	8
2.3 Smertekartlegging hos pasienter med demens	9
2.4 Smertekartleggingsverktøy	9
2.5 Sykepleiers rolle	10
2.6 Personsentrert omsorg	11
2.7 Barrierer for smertekartlegging	11
2.7.1 Utilstrekkelig bemanning	11
2.7.2 Manglende kompetanse	12
2.7.3 Organisatoriske forhold	12
3 Metode	14
3.1 Om metode	14
3.2 Litteratursøk	14
3.2.1 Valg av databaser.....	14
3.2.2 Valg av søkestrategier	14
3.2.3 Valg av søkeord	15
3.2.4 Valg av artikler	15
3.3 Analyse	16
4 Resultater	18
4.1 Smertekartlegging	18
4.1.1 Bruk av smertekartleggingsverktøy	18
4.1.2 Årsaker til smertekartlegging	19
4.2 Sykepleiers holdning til smertekartlegging	19
4.2.1 Usikkerhet blant sykepleiere	19
4.2.2 Kjennskap til pasienten.....	20
4.3 Barrierer for smertekartlegging	21
4.3.1 Utilstrekkelig tid	21
4.3.2 Kommunikasjon og dokumentasjon	21
4.3.3 Undervisning og opplæring	21
5 Diskusjon	23

5.1	Metodediskusjon	23
5.1.1	Forskernes bakgrunn.....	23
5.1.2	Studiens deltakere	23
5.1.3	Forskningen utført	23
5.1.4	Etiske forhold	24
5.1.5	Refleksjoner omkring valg av artikler	24
5.2	Resultatdiskusjon	26
5.2.1	Sykepleiers kompetanse	26
5.2.2	Bruk av smertekartleggingsverktøy	27
5.2.3	Kjennskap til pasienten.....	28
5.2.4	Barrierer.....	29
6	Anvendelse av resultatene i praksis	31
	Litteratur	33
	Vedlegg	1
	Vedlegg 1: Søkelogg	1
	Vedlegg 2: Litteraturmatrise.....	2
	Vedlegg 3: PICO-skjema.....	6
	Vedlegg 4: MOBID-2 smerteskala.....	7
	Vedlegg 5: Abbey Pain Scale	8

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kroppen skriker av smerte, men de er ikke i stand til å uttrykke seg. De får ikke fortalt til noen at de har det vondt, og ingen forstår deres umiddelbare sinne eller tristhet. Dette er hverdagen til mange pasienter med moderat til alvorlig demens på sykehjem (Johannesen & Toftaker, 2021). Denne pasientgruppen har smerter på lik linje som kognitivt friske pasienter (Sandvik, 2016, sitert i Skotte, 2017). Likevel ser vi at pasienter med demens er utsatt for mangelfull smertekartlegging, og at de får mindre smertestillende legemidler enn pasienter uten demens. En av årsakene til dette kan være utfordringer knyttet til pasientenes evne til å rapportere smerter (Husebø, 2009; Selbæk, Kirkevold & Engedal, 2007, sitert i Kersten, 2015).

Hvert år får omkring 10 000 personer en demensdiagnose, og per i dag lever ca. 101 000 nordmenn med demens. I overkant av 80 prosent av pasienter på sykehjem har demens (Strand et al., 2021). Som følge av økt levealder vil flere få diagnosen, og ifølge Strand et al. (2021) forventes det mer enn en fordobling i forekomsten av demenssykdommer innen år 2050.

Vi jobber begge på sykehjem hvor en stor andel av pasientgruppen har en demensdiagnose. Gjennom arbeidslivet og praksis har vi erfart at flere sykepleiere synes det er vanskelig å forstå hvorfor pasienter med demens endrer atferd, blir urolige, utagerer og vandrer. Vi opplever også at sykepleiere er usikre på hvordan smerter kommer til uttrykk hos denne pasientgruppen. Fra egen praksis har vi erfart at akutt urolige pasienter med demens blir behandlet av sykepleierne som om tilstanden kun skyldes demens. Bakgrunnen for dette kan være manglende kompetanse og ulike holdninger blant sykepleiere, samt utfordringer knyttet til samhandling med pasienten.

1.2 Problemformulering

Smertekartlegging hos pasienter med moderat til alvorlig demens er utfordrende på grunn av pasientenes kognitive svikt og reduserte evne til kommunikasjon. Vi har opplevd at det er for lav kompetanse på området blant sykepleiere, i tillegg til mangelfulle rutiner knyttet til smertekartlegging på sykehjem. På bakgrunn av dette tror vi at flere pasienter har udiagnostiserte smerter som kan føre til redusert livskvalitet. Som fremtidige sykepleiere vil

vi møte denne pasientgruppen uavhengig av hvor i helsesektoren vi arbeider. Det er derfor viktig at sykepleierne har kunnskap om hvordan de skal kartlegge smerter hos pasienter med moderat til alvorlig demens.

Vi erfarer at sykepleiere kartlegger smerter individuelt på grunn av ulike kunnskaper og ferdigheter. Vi tror at en standardisering av smerteobservasjoner gjennom et kartleggingsverktøy for smerter, vil skape en felles forståelse av smertekartlegging blant sykepleiere. Målet er å identifisere årsaken til smerter, slik at pasientene får rett behandling og den helhetlige pleien de har krav på. Ved å løfte frem temaet håper vi at det kan bidra til økt oppmerksomhet blant helsepersonell. Temaet er viktig og relevant for alle sykepleiere, og det må rettes mer fokus på smertekartlegging hos pasienter med moderat til alvorlig demens. Gjennom oppgaven ønsker vi å tilegne oss en bredere kompetanse på dette området, samtidig som vi tror at vi kommer til å få godt utbytte av kunnskapen i fremtidig jobb.

1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å avdekke hvordan sykepleiere kartlegger smerter hos pasienter med moderat til alvorlig demens på sykehjem.

1.4 Avgrensninger

1.4.1 Smerter

I oppgaven har vi valgt å ikke avgrense smerter til en bestemt type. Dette fordi smertekartleggingen vil være viktig uavhengig av type smerter, lokalisasjon for smertene og smerteintensitet.

1.4.2 Demens

Vi har valgt at oppgaven skal omhandle pasienter med moderat til alvorlig demens, da denne pasientgruppen ofte har utfordringer med å gi uttrykk for sine smerter. Derfor har vi valgt å ikke avgrense til en bestemt demensdiagnose, da dette er et problem ved de fleste alvorlige demenssykdommer.

2 Teorikapittel

I dette kapittelet gis det en innføring i begrepene demens og smerter. Videre presenterer vi viktige faktorer i smertekartleggingen, samt en kort beskrivelse av ulike smertekartleggingsverktøy. Deretter fremheves sykepleiers rolle i dette arbeidet og personsentrert omsorg, som er en viktig tilnærming i møte med denne pasientgruppen. Avslutningsvis beskrives barrierer for optimal smertekartlegging.

2.1 Demens

Demens er en paraplybetegnelse på sykdommer som rammer hjernens funksjoner. Begrepet brukes om en kronisk, uheldelig tilstand som skyldes ulike sykdommer eller skader i hjernen (Aldring og helse, u.å.). Alle demenssykdommer er progredierende og de som rammes vil få dårligere funksjon over tid, og til slutt bli helt avhengige av hjelp (Brækhus et al., 2013; SBU, 2006 sitert i Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411). Demens medfører svikt i evnen til språkforståelse, samt nedsatt evne til å bearbeide inntrykk og gjøre vurderinger. (Sandvik, 2020, s. 3). På lik linje med nesten alle sykdommer, øker risikoen for utviklingen av demens med stigende alder. Pasienter med moderat til alvorlig demens på sykehjem er ofte pleietrengende, har flere tilleggssykdommer og redusert funksjonsnivå (Helsedirektoratet, 2015).

2.2 Smerter

Smerte er et komplekst fenomen og defineres av Norsk legemiddelhandbok (2020) som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse».

Nyere forskning utført i Norge viser at en av tre pasienter med demens på sykehjem har alvorlige smerter (Helvik et al., 2021, s. 5). Nedsatt evne til selvrapporing og utfordringer knyttet til kommunikasjon medfører at smerter hos denne pasientgruppen ofte blir underrapportert og underbehandlet (Gran et al., 2013, s. 220). Ubehandlede smerter kan påvirke kognitive funksjoner, samt medføre redusert livskvalitet og tap av selvstendighet. De vanligste årsakene til smerter hos personer med demens er blant annet artrose, infeksjoner, muskel- og skjelettplager, nevrologiske smerter og fallskader (Helsedirektoratet, 2019).

Ifølge Helsedirektoratet (2019) kan smerter hos personer med alvorlig demens ofte ses som endringer i atferd grunnet manglende evne til å uttrykke smertene verbalt. Atferdsendringer kan vise seg som rastløshet, agitasjon, uro, klaging, tristhet, samt økt eller redusert aktivitetsnivå (Helsedirektoratet, 2019). Flere studier viser at helsepersonell synes det er krevende å vurdere smerter hos denne pasientgruppen og at karakteristiske smerteuttrykk kan forveksles med symptomer på demenssykdommen (Erdal, 2017; Lillekroken & Slettebø, 2013). Dette kan medføre at pasientene får beroligende eller antidepressive legemidler i stedet for smertestillende (Helsedirektoratet, 2019).

2.3 Smertekartlegging hos pasienter med demens

Eldre med demens på sykehjem er utsatt for mangelfull smertevurdering, og smertekartlegging hos denne pasientgruppen er særlig utfordrende. I sykdommens tidlige faser er mange i stand til å formidle smerter tydelig med ord. Etter hvert som sykdommen utvikler seg svekkes evnen til språklig kommunikasjon i så stor grad at pasienten ikke klarer å formidle sin smerte (Torvik & Bjørø, 2014, s. 397). Hos pasienter med demens med kommunikasjonssvikt, er det derfor spesielt viktig å observere atferd og tegn på smerte. Godt kjennskap til pasienten og bruk av et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy er viktig for å få best mulig smertekartlegging hos denne pasientgruppen (Torvik & Bjørø, 2014, s. 398).

2.4 Smertekartleggingsverktøy

Systematisk bruk av kartleggingsverktøy fremmer god pleie og behandling. Det er utviklet flere ulike smertekartleggingsverktøy til bruk for pasienter med demens, men bruken forutsetter at sykepleierne har gode kunnskaper om demens, smerter og smertekartlegging (Galek & Gjertsen, 2011, s. 62).

Kartleggingsverktøy er et godt redskap å bruke i vurderingen av smerter, i tillegg til faglig skjønn og systematiske observasjoner. Sykepleieren må velge et verktøy ut fra pasientens kognitive og funksjonelle evner. Etter å ha valgt et verktøy skal sykepleiere bruke dette konsekvent, slik at smerteutviklingen kan følges over tid (Torvik & Bjørø, 2014, s. 395). For pasientene som selv kan si at de har smerter, kan en verbal skala prøves ut. Pasienten angir da smerter på en skala fra 1-10, hvor 10 er verst tenkelige smerte. En ansiktsskala kan også

forsøkes. Denne er ikke avhengig av språk, og består av seks ansikter som viser økende smerteintensitet (Torvik & Bjøro, 2014, s. 396).

Pasienter med demens med sviktende språkevne som ikke kan selvrappportere smerter, er en sårbar gruppe. Denne pasientgruppen er avhengig at sykepleieren observerer og tolker ikke-verbale smertetegn (Torvik & Bjøro, 2014, s. 398). Et av kartleggingsverktøyene som er mest brukt i Norge er MOBID-2. I kapittel 4.1.1 vil vi også nevne Abbey Pain Scale (APS). Dette verktøyet er ikke oversatt og validert til bruk i Norge, men blir brukt internasjonalt. Begge smertekartleggingsverktøyene er utviklet for å observere og kartlegge smerter hos pasienter med demens, og har flere likhetstrekk seg imellom. De baserer seg på å observere ansiktsuttrykk, kroppsspråk og smertelyder, og ut ifra dette skal sykepleier kartlegge tilstedeværelsen av smerte og smerteintensitet. I MOBID-2-skjemaet kartlegges pasientens uttrykk for smerte under mobilisering, hvor sterk smerteintensiteten er og beliggenhet for smertene (Husebø et al. 2010, sitert i Torvik & Bjøro, 2014, s. 398). Det er også anbefalt å bruke APS-skjemaet ved mobilisering av pasienten, for eksempel ved forflytning, i stell og dusj (Vedlegg 5). I tillegg tar APS-skjemaet for seg vitale målinger i smertekartleggingen.

2.5 Sykepleiers rolle

Sykepleiere har en viktig rolle i kartleggingen og behandlingen av smerter hos pasienter med demens. Som nevnt i kapittel 2.3 er sykepleiers kliniske kompetanse og observasjonsferdigheter en forutsetning for en optimal smertevurdering av denne pasientgruppen. Smerter betegnes som det femte vitale tegnet, sammen med blodtrykk, puls, respirasjon, temperatur og oksygenmetning. Det anbefales derfor at smerter vurderes og dokumenteres slik som de andre vitale målingene (Torvik & Bjøro, 2014, s. 394). Kartlegging av smerter er en selvstendig sykepleierfunksjon (Torvik & Bjøro, 2014, s. 393). Sentralt i kartleggingen er å se hvordan smertene påvirker pasientens psykiske og fysiske funksjon. Sykepleier har ansvar for å iverksette tiltak for å lindre smerter og fortløpende vurdere effekten av disse tiltakene. Medikamenter forordnet av lege administreres av sykepleier, som i tillegg har et selvstendig ansvar for å kartlegge effekt og eventuelle bivirkninger. Torvik og Bjøro (2014) anbefaler å etablere et tverrfaglig samarbeid i team for å sikre at pasientens smerter blir vurdert og behandlet målrettet (s. 393).

Pasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester har krav på å få ivarettatt sine grunnleggende behov (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 1). Denne forskriften pålegger sykepleiere et ansvar om å dekke pasientens behov, derav også vurdering og behandling av smerter.

2.6 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er et begrep som har fått større oppmerksomhet i demensomsorgen de siste årene (Kirkevold, 2014, s.108). Personsentrert omsorg kan betegnes som en helhetlig tilnærming hvor individualisert- og personrettet sykepleie er sentralt. Tilnærmingen er inspirert av den britiske sosialpsykologen Tom Kitwoods teori, og omtales som en omsorgsfilosofi (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2021). De grunnleggende prinsippene i personsentrert omsorg baserer seg på å møte hver enkelt pasient med respekt og forståelse for personens livshistorie, uavhengig av sin demensdiagnose (Aldring og helse, 2021)

Tjenestetilbudet til pasienter med demens skal i følge Nasjonale faglige retningslinjer for demens, utformes med grunnlag i personsentrert omsorg (Helsedirektoratet, 2019). For å møte personen med demens som et unikt menneske kreves det at sykepleier har god kjennskap til pasienten. Samtidig skal sykepleieren ha kunnskaper om demens og hvordan demenssykdommer kommer til uttrykk (Aldring og helse, 2021). Relasjon til pasienten er viktig for at sykepleieren skal ivareta den enkeltes behov, ønsker og verdier. Med en alvorlig demenssykdom vil pasienten oppleve tap av ferdigheter og redusert evne til å utføre daglige gjøremål. Sykepleiere må derfor ha evnen til kontinuerlig observasjon og oppmerksomhet for å forstå pasientens situasjon (Kirkevold, 2014, s.108). Kirkevold (2014) påpeker også viktigheten av tilstrekkelig tid og tålmodighet i dette arbeidet.

2.7 Barrierer for smertekartlegging

2.7.1 Utilstrekkelig bemanning

Fagkunnskaper blant personalet på sykehjem varierer. Helsetilsynet har uttrykt bekymring for at det ikke er tilstrekkelig personal med nødvendig kompetanse til å utføre bestemte oppgaver. Det pekes også på at det er utilstrekkelig opplæring i sykehjem (Nasjonal institusjon for menneskerettigheter, 2014). I tillegg er det stadig ufaglærte som leies inn ved sykefravær både for sykepleiere og helsefagarbeidere. Selv om ufaglærte vikarer kan ha god helsefaglig

erfaring, kan den ikke erstatte faglig kunnskap som en får gjennom utdanning. Styrken i bemanningen er viktig for kvaliteten av pleien på sykehjem (Gautun & Bratt, 2014, s. 9).

Det er stor variasjon i antall pasienter per sykepleier, og på de fleste sykehjem er det færre sykepleiere enn andre helsearbeidere på jobb. Dette medfører at sykepleierne får ansvar for et større antall beboere. Flere sykepleiere rapporterer også at de stadig opplever at tiden ikke strekker til for den enkelte pasient (Gautun & Bratt, 2014, s. 29).

2.7.2 Manglende kompetanse

Ifølge Kongsgaard et al. (2008) er helsepersonellens evne til å gjenkjenne smerter hos pasienter med demens utilstrekkelig (s. 590). Som nevnt i kapittel 2.4 bør smertekartleggingsverktøy tas i bruk ved endret atferd hos pasienter med demens, men forskning avdekker at verktøyene brukes i liten grad i disse situasjonene (Simonsen & Helgesen, 2021, s. 8). Systematisk kartlegging, identifisering og en nøyaktig beskrivelse av atferdsendringer hos pasienter med demens er sentralt for å kunne forstå og iverksette behandling (Mæland, Joa & Testad, 2013, sitert i Simonsen & Helgesen, 2021, s. 8).

Mangel på kunnskaper og ferdigheter hos sykepleiere er en av de største barrierene for en effektiv smertevurdering (British Geriatrics Society, 2013, sitert i Torvik & Bjørø, 2014, s. 392). Ifølge en norsk studie er det kun 18-32 prosent av sykepleierne som vurderer sin kunnskap om smerte til å være svært bra (Aambø, 2007, sitert i Galek & Gjertsen, 2011, s. 62). Det er en stor bekymring at sykepleierne har for lite kompetanse når det gjelder smertevurdering- og behandling hos pasienter med demens. Ifølge Torvik og Bjørø (2014) utføres smertekartleggingen for lite systematisk og målrettet. Det blir ofte ikke igangsatt adekvate tiltak for smertelindring, selv om pasienten oppgir smerter (s. 393).

2.7.3 Organisatoriske forhold

Virksomhetsleder skal sørge for at personalet har tilstrekkelig kompetanse og nødvendige ferdigheter for å utøve faglig forsvarlig pleie. En forutsetning for dette er at virksomheten kartlegger de ansattes kompetansebehov, samt sørger for at alle ansatte får tilstrekkelig opplæring og eventuelt videreutdanning (Aldring og helse, u.å.). Likevel finnes det organisatoriske barrierer for smertekartleggingen. Eksempler er manglende engasjement og støtte fra virksomhetsledere, og mangel på klare retningslinjer. Årsaker til dette kan være

mangel på kontinuitet og dårlig definert ansvarsfordeling for kartleggingen, i tillegg til mangel på opplæring, videre- og etterutdanning av ansatte (Gunnarsdottir et al. 2002; Titler et al. 2009, sitert i Torvik & Bjøro, 2014, s. 393).

3 Metode

I denne delen av oppgaven beskriver vi metoden vi har valgt for å kunne belyse hensikten med oppgaven. Hensikten er å avdekke hvordan sykepleiere kan kartlegge smerter hos pasienter med moderat til alvorlig demens på sykehjem. Deretter redegjør vi for valg av søkestrategier og forskningsartikler før vi beskriver analysen av artiklene.

3.1 Om metode

Metode brukes for å systematisk samle informasjon for å belyse hensikten med oppgaven. Vi bruker metoden som fremgangsmåte, for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s. 52). Vi har benyttet oss av Fribergs (2017) integrative litteraturoversikt som metode. Formålet med denne metoden er å skape en oversikt over forskning innen et bestemt fagområde, og innebærer et systematisk arbeid. Metoden baserer seg på analyse og sammenligning av funn fra de utvalgte forskningsartiklene. Ved bruk av en integrativ litteraturoversikt vil vi sammenfatte resultatene fra artiklene for å presentere «en ny helhet» (Friberg, 2017, s. 150).

3.2 Litteratursøk

3.2.1 Valg av databaser

Vi har søkt i relevante databaser for å finne tidligere forskning. Databasene er tilgjengelige på Universitetsbibliotekets nettside. Vi har valgt databasene Cinahl, Medline og Oria da de inneholder aktuell sykepleieforskning. Vi forsøkte også å søke i SveMed+, men fant ingen relevante studier.

3.2.2 Valg av søkestrategier

Ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier avgrenset vi litteraturen. For å kombinere og avgrense søkene våre brukte vi «AND» og «OR» mellom søkeordene. Ved å bruke forskningsartikler, også kalt «fagfelleurdert tidsskrift» eller «Peer reviewed articles», sikret vi oss at artiklene var fagfelleurderte og av vitenskapelig karakter. Videre ønsket vi at artiklene ikke skulle være eldre enn ti år, og begrenset derfor søket til å omhandle perioden «2012-2022». For å finne nyere forskning søkte vi også med årstallene «2018-2022». I Cinahl og Medline brukte vi avgrensningen «65 år og eldre», da vi ikke ønsket å skrive om yngre

pasienter med demens. Vi prøvde å avgrense søket til å omhandle Europa, men valgte kun en artikkel fra dette søket fordi det var gjort mer forskning i USA og Australia på temaet.

3.2.3 Valg av søkeord

Vi brukte PICO-skjema for å strukturere søkeordene våre (se Vedlegg 3). PICO-skjemaet er hensiktsmessig å bruke for å inndele viktige begreper i problemstillingen (Søk & Skriv, 2022). Da vi søkte i internasjonale databaser, ble det naturlig å bruke engelske søkeord. Vi har derfor brukt MeSH-termer for å få ulike synonymer på engelsk.

Søkene er satt inn i et skjema (se Vedlegg 1) som gir en ryddig oversikt over søkeord, databaser, eksklusjonskriterier, antall treff, samt antall vurderte og inkluderte artikler. Søkeordene vi har benyttet omhandler sykepleiere, pasienter med demens, smertekartlegging, pasienter på sykehjem og sykepleieres holdninger. Da vi brukte konkrete søkeord, ble antall treff begrenset. Etter å ha lest flere sammendrag, endte vi opp med artiklene som oppgaven bygger på.

3.2.4 Valg av artikler

Søkene vi gjorde i de ulike databasene ga oss flere treff på relevante artikler knyttet til vår problemstilling. Vi ønsket artikler som omhandlet sykepleiere på sykehjem eller tilsvarende heldøgns bolig, og ekskluderte derfor studier som var gjort på andre arenaer. For å kunne knytte forskningsartiklene til oppgavens hensikt var vi også bevisste på at studiene skulle omhandle pasienter med moderat til alvorlig demens. Vi har valgt ut fire forskningsartikler, hvor tre av disse er skrevet i USA eller Australia. Vi inkluderte disse artiklene da vi mener at det er flere likheter relatert til kultur og levesett i disse landene sammenlignet med Norge, og at resultatene derfor kan være overførbare. Basert på ovennevnte kriterier og avgrensede søkeord har vi valgt fire kvalitative studier for å besvare oppgavens hensikt.

For å vurdere kvalitet og holdbarhet på de utvalgte artiklene brukte vi screeningsspørsmålene til Nordtvedt (2007 sitert i Harbin 2021). I tillegg til disse spørsmålene kontrollerte vi at artiklene var fagfellevurderte og skrevet etter IMRaD-modellen. Videre utførte vi også sekundærsøk på forfattere for å undersøke artiklenes gyldighet. Ved disse søkene fant vi ut at alle forfatterne hadde helsefaglig bakgrunn, med master- eller doktorgrader innen sykepleie.

3.3 Analyse

Analysen av de utvalgte artiklene bygger på Fribergs modell (Friberg, 2017, s. 148-149). Her leste vi gjennom studiene flere ganger for å forstå innhold og sammenhenger i funnene av forskningen. Videre presenteres hovedfunn i en tabell for å presisere likheter og ulikheter mellom artiklene. Denne sammenligningen gir oss mulighet til å identifisere og presentere underkategorier som er relevante for oppgavens problemstilling. Hovedkategorier og underkategorier presenteres i kapittel 4, tabell 2.

Etter å ha lest og forstått artiklens resultater ble det foretatt en datareduksjon, hvor relevante resultater ble tatt med videre i analyseprosessen. Artikkel 1 (Peisah et al., 2014) undersøker hvordan helsepersonell kan identifisere smerter og behov for smertestillende hos pasienter med demens. Artikkel 3 (Lillekroken & Slettebø, 2013) og artikkel 4 (Monroe et al., 2015) beskriver ulike utfordringer sykepleiere møter i smertekartlegging hos pasienter med demens. Artikkel 4 undersøker i tillegg hvilke faktorer sykepleiere bruker for å avgjøre smerter hos denne pasientgruppen, og hvordan rutiner kan påvirke dette. Artikkel 2 (Parkman et al., 2021) er todelt. Denne studien sammenligner to smertekartleggingsverktøy, i tillegg til å beskrive sykepleieres bruk av verktøyene. En oversiktstabell over de fire analyserte artiklene presenteres i Tabell 1.

Tabell 1: Oversiktstabell over analyserte artikler.

Artikkel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Peisah et al., 2014 Silent and suffering: a pilot study exploring gaps between theory and practice in pain management for people with severe dementia in residential aged care facilities.	Hvordan helsepersonell kan identifisere smerter og behovet for smertestillende for pasienter med demens.	Utforske holdninger og fremgangsmåter knyttet til smertevurdering og smertebehandling hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem.	Sykepleier/helsepersonell.	Kvalitativ.
Parkman et al., 2021 Insights to identifying and managing pain in persons with dementia in long term care: a mixed study comparing the Abbey Pain Scale and Pain Assessment in Advanced Dementia Scale.	Kvantitativ: Sammenligning av to smerte-kartleggings-verktøy. Kvalitativ: Sykepleieres oppfatninger om brukervennlighet og barrierer ved bruk av smerte-kartleggings-verktøy.	Undersøke forholdet mellom to observasjons-smerteskalaer, på bakgrunn av behovsdrivet atferd, og sannsynligheten for medikament-administrering for pasienter med demens.	Sykepleier.	Både kvalitativ og kvantitativ.
Lillekroken & Slettebø, 2013 Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.	Utfordringer og dilemmaer sykepleiere møter i smerte-kartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.	Undersøke sykepleiers erfaringer med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.	Sykepleier.	Kvalitativ.
Monroe et al., 2015 Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia.	Faktorer sykepleierne vektlegger når de kartlegger smerter hos sykehjems-pasienter med demens, og deres rolle i smerte-kartleggingen.	Utforske sykepleieres kunnskaper og praksis for å identifisere og lindre smerter hos sykehjemspasienter med demens.	Sykepleier.	Kvalitativ.

4 Resultater

I dette kapitlet presenteres litteraturstudienes resultater. Artikkene viser til rutiner og barrierer for smertekartlegging på sykehjem. I tillegg undersøkes sykepleieres holdninger og årsaker til hvorfor de starter en kartleggingsprosess. Funn fra artikkene er presentert i Tabell 2 med hovedkategorier og tilhørende underkategorier.

Tabell 2: Artikkens funn presentert i kategorier.

Hovedkategori	Underkategori
Smertekartlegging	Bruk av smertekartleggingsverktøy
	Årsaker til smertekartlegging
Sykepleiers holdninger til smertekartlegging	Usikkerhet blant sykepleiere
	Kjennskap til pasienten
Barrierer for smertekartlegging	Utilstrekkelig tid
	Kommunikasjon og dokumentasjon
	Undervisning og opplæring

4.1 Smertekartlegging

4.1.1 Bruk av smertekartleggingsverktøy

Sykepleiernes bruk av smertekartleggingsverktøy varierer i de ulike artikkene (Lillekroken & Slettebø, 2013; Monroe et al., 2015; Peisah et al., 2014). Alle sykepleierne i artikkelen til Peisah et al. (2014) bruker smertekartleggingsverktøy, mens informantene til Lillekroken og Slettebø (2013) benytter seg sjeldent eller nesten aldri av slike verktøy. Monroe et al. (2015) avdekker at det blir brukt kartleggingsverktøy, men ikke hvor ofte eller i hvilke situasjoner. Informantene til Peisah et al. (2014) kartlegger smerter hver tredje, sjette eller tolvte måned, men sjeldent ved behov (s. 1769). Funn fra denne artikkelen viser at kartleggingen er mer rutinemessig drevet enn pasientdrevet. Kartleggingen blir mindre brukt når pasienten ser ut til å være smertepåvirket.

Funn fra studiene til Parkman et al. (2021) og Peisah et al. (2014) viser at sykepleierne foretrekker å bruke Abbey Pain Scale (APS) for å kartlegge smerter hos denne pasientgruppen. Studien til Parkman et al. (2021) indikerer at APS er et tilfredsstillende vurderingsverktøy for å kartlegge smerter hos pasienter med demens. Funn fra studien viser en signifikant korrelasjon mellom tilstedeværelsen av smerte knyttet til behovsdrevet atferd (Parkman et al., 2021, s. 28). Lillekroken og Slettebø (2013) avdekker at informantene ikke

har kjennskap til, eller kunnskaper om noen observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy. Her nevner de at sykepleierne bruker døgnregistreringsskjema. De har også forsøkt å bruke Visuell Analog Skala (VAS) og Face Pain Scale (FPS), men de var usikre på hvor godt disse egnet seg for denne pasientgruppen (s. 30).

4.1.2 Årsaker til smertekartlegging

Peisah et al. (2014) avdekket at kun 35% av informantene rapporterte atferdsendringer som en faktor for å smertekartlegge (s. 1769). Atferdsendringene var ofte uspesifiserte, men informantene nevnte blant annet vandring og rastløshet som en faktor. Symptomer som aggresjon eller roping ble ikke nevnt. Peisah et al. (2014) og Monroe et al. (2015) viser at personalet ser på ulike faktorer som ansiktsuttrykk, grimaser, beskyttelse av kroppen og forhøyet blodtrykk som smerteuttrykk. Disse faktorene kan også være kombinert med hverandre.

I studien til Parkman et al. (2021) kommer det frem at sykepleierne synes det var en utfordring å identifisere grunnen til endret atferd hos pasienter med demens. Ulik atferd hos pasientgruppen skapte usikkerhet blant sykepleierne. En av sykepleierne forteller også at hun ikke automatisk tenker at pasienten er smertepåvirket ved utagering eller atferdsendring (Parkman et al., 2021, s.25). Dette resulterer ofte i at sykepleierne mistenker andre grunner for behovsdrevet atferd for denne pasientgruppen, som at pasienten er sulten, overstimulert eller må på toalettet. En av sykepleierne i artikkelen til Parkman et al. (2021) bekrefter dette med utsagnet «They can't really tell you – this is what hurts and that's why I'm acting that way. Are they agitated because they're in pain or something else?» (s. 27).

Sykepleierne i artikkelen til Monroe et al. (2015) prøver å skille psykisk fra fysisk ubehag, og undersøker verbale og atferdsmessige tegn, går gjennom journaler og evaluerer pasientens miljø. Da sykepleierne kjenner hver enkelt pasient godt, gjenkjenner de ofte pasientens individuelle smerteuttrykk (s. 318).

4.2 Sykepleiers holdning til smertekartlegging

4.2.1 Usikkerhet blant sykepleiere

Nøkkelfunn i tre av studiene viser at sykepleiere synes det er vanskelig å kartlegge smerter hos pasienter med demens (Lillekroken & Slettebø, 2013; Monroe et al., 2015; Parkman et al.,

2021). Sykepleierne i studiene anser pasientenes manglende evne til å redegjøre for sine smerter og behov som den største utfordringen. Kommunikasjonssvikt hos pasientgruppen kan medføre at sykepleiere feiltolker pasienters atferd, noe som kan gi økt risiko for feilmedisinering (Lillekroken & Slettebø, 2013). Lignende funn avdekkes også i studien til Monroe et al. (2015) hvor det kommer frem at flere av sykepleierne ofte unngår å gi smertestillende fordi de er usikre på pasienters smerteopplevelse, eller fordi de har manglende medisinske kunnskaper. En sykepleier i studien til Monroe et al. (2015) forteller: «I don't think they have any less [pain], I mean, I don't think sensory wise. It's just harder for us clinicians to determine how much pain they're in». (s. 318). En annen utfordring for sykepleierne er å skille psykiske symptomer fra symptomer på alvorlig demens, og bivirkninger av medisiner (Lillekroken & Slettebø, 2013).

I studien til Lillekroken og Slettebø (2013) blir det kartlagt at sykepleiere ofte må prøve seg frem for å vurdere pasientens smerteopplevelse. Tilsvarende erfaringer blir også identifisert i studien til Monroe et al. (2015) hvor en informant uttrykker «We don't really know for sure all the time» (s. 318). Videre påpeker flere informanter at den kliniske kompetansen til sykepleierne er viktig for å sikre pasientene en tilstrekkelig smertekartlegging.

4.2.2 Kjennskap til pasienten

Funn fra studien til Monroe et al. (2015) viser at sykepleierne vektlegger kunnskap om pasienten og hans livshistorie i smertekartleggingen. «(...) You can't know [everything about their pain] that day. It's gonna take you at least a couple of weeks to get to know that resident through the diagnosis, through their history, through anything you could get from family members» (Monroe et al., 2015, s. 318). Flere av sykepleierne i studien var enige i at smertekartlegging hos denne pasientgruppen er en tidkrevende prosess og at godt kjennskap til pasienten er av betydning. Parkman et al. (2021) viser til at kjennskap til pasientene og deres individuelle smerteuttrykk er en viktig faktor i smertekartleggingen. Likheter ser vi også i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) hvor en av informantene oppgir at smertekartlegging må individualiseres og tilpasses den enkelte (s. 31).

Resultater avdekker at smertekartleggingen påvirkes av hvilke sykepleiere som er på vakt (Monroe et al., 2015). En av informantene i studien forteller at de faste sykepleierne har bedre kjennskap til pasientene, sammenlignet med personalet som er innleid fra bemanningsbyrå. Informanten uttrykker: «I'm going to see and look at her differently than a nurse coming in from the pool (...). They may not see what the normal nurse does, because you've watched all stages of dementia through» (Monroe et al., 2015, s. 318). Denne tematikken ser vi også i studien til Parkman et al. (2021), hvor sykepleiere fra bemanningsbyrå blir nevnt som en barriere for effektiv smertekartlegging.

4.3 Barrierer for smertekartlegging

4.3.1 Utilstrekkelig tid

I studiene til Lillekroken og Slettebø (2013) og Parkman et al. (2021) identifiserer sykepleierne mangel på tid som en barriere for optimal smertekartlegging. Informantene uttrykker at de verken har tid eller ressurser for å sikre pasientene en god smertevurdering. «We don't always have adequate time-doing so many tasks that it's hard to stop; it becomes a challenge to have enough time, frankly, to adequately assess all the residents» (Parkman et al., 2021, s. 27). Flere av sykepleierne i studien understreket viktigheten av tilstrekkelig bemanning og kompetanse blant helsepersonell.

4.3.2 Kommunikasjon og dokumentasjon

Sykepleierne i studien til Parkman et al. (2021) rapporterer at dårlig eller manglende dokumentasjon og kommunikasjon mellom helsepersonell påvirker smertevurderingen. En informant uttrykker «I get so frustrated with the other shifts, if they just had documented or at least told me in shift report, it would have saved a lot of time» (Parkman et al., 2021, s. 25). Viktigheten av tverrfaglig kommunikasjon for å kartlegge smerter hos pasientgruppen ble også identifisert av informantene til Monroe et al. (2015).

4.3.3 Undervisning og opplæring

Funn fra flere av artiklene viser at det er mangelfull opplæring om smerter for sykepleiere (Lillekroken & Slettebø, 2013; Parkman, et al., 2021; Peisah et al., 2014). En informant i studien til Parkman et al. (2021, s. 26) uttrykker «I learned all this stuff in school, but I admit I have forgotten a lot and there is no training here». Sykepleierne i studien anerkjenner behovet for opplæring og undervisning om smerter for å sikre en god smertevurdering av

pasientene. Studien til Peisah et al. (2014) er den eneste studien som avdekker rutinemessig opplæring og undervisning om smerter for alle ansatte. Informantene til Lillekroken og Slettebø (2013) identifiserer et ønske og behov om felles retningslinjer om hvordan de skal forholde seg til smertekartlegging.

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I dette delkapittelet skal vi diskutere studienes kvalitet, relevans og holdbarhet ut ifra valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi viser også til etiske forhold og reflekterer kritisk rundt forskningsprosessen.

5.1.1 Forskernes bakgrunn

For å vurdere artiklens gyldighet undersøkte vi forskernes faglige bakgrunn og deres kompetanse knyttet til temaet. Alle forskerne i valgte artikler har helsefaglig utdanning, enten som sykepleier eller psykiater. Sykepleierne hadde også aktuell forskerkompetanse med master- eller doktorgrad innenfor sykepleie, hvor flere av disse var knyttet til geriatri.

5.1.2 Studienes deltakere

Deltakerne i de utvalgte studiene er hovedsakelig sykepleiere. Studien til Peisah et al. (2014) er den eneste studien som intervjuet pleiemedarbeidere, i tillegg til sykepleiere. Valg av deltakere i studiene fremstår derfor å være egnet sett opp mot studienes hensikt. Det er varierende arbeidserfaring blant deltakerne i studiene og det er kun i studien til Parkman et al. (2021) at arbeidserfaring over seks måneder er oppgitt som et av inklusjonskriteriene. Antall informanter i studiene varierer mellom 6 til 29 personer. Studier som er begrenset til relativt få deltagere kan påvirke påliteligheten til resultatene, og kan betraktes som en svakhet. Dette fordi resultatene ikke alltid vil være representative for en større befolkning. Likevel mener vi at noen av studiene er representative for en større helhet, eksempelvis studien til Peisah et al. (2014) hvor 20 ansatte på 15 ulike sykehjem i Australia ble intervjuet.

Ulike inklusjonskriterier er brukt i studiene for valg av informanter. I studien til Parkman et al. (2021) ble kun fulltidsansatte inkludert mens studien til Monroe et al. (2015) rekrutterte kun sykepleiere med ansvar for pasienter med demens. Ved bruk av ulike inklusjonskriterier mener vi at dette vil bidra til en større variasjon i erfaringer og kunnskaper.

5.1.3 Forskningen utført

Forskningen vi har valgt er gjort i Norge, USA og Australia. Lillekroken og Slettebø (2013) utførte studiene sine ved geriatriske avdelinger fra to ulike sykehus i Norge, samt en skjermet enhet for pasienter med demens på sykehjem. Studien til Monroe et al. (2015) er utført ved to

sykehjem i USA. Parkman et al. (2021) utførte også sin studie i USA, men her ved ett sykehjem. Studien til Peisah et al. (2014) er utført ved 15 sykehjem i Australia. Det er få sykehjem inkludert i forskningen, og dette kan ha gitt oss et smalt perspektiv. Likevel ser vi at studiene har forskjellige resultater og informantene vektlegger ulike faktorer i smertekartleggingen. Vi tror derfor at funnene våre kan være aktuelle for flere sykehjem.

Det er mangel på norske forskningsartikler om smertekartlegging for pasienter med demens på sykehjem. Vi valgte derfor å inkludere studier fra USA og Australia da dette er land med tilnærmet lik kultur som i Norge. Både USA og Australia har etablerte helsetjenester, avansert medisinsk teknologi og behandling, og høyt utdannet helsepersonell. Dermed kan det se ut til at helsekulturene har mye til felles med det norske helsevesenet. Studienes ulike opphav kan anses som en styrke, da det skaper god innsikt og forståelse for temaet demens i ulike land. Vi har valgt å ekskludere andre land utenfor Europa som ikke har tilnærmet lik helsekultur som Norge, da dette kan gi andre resultater enn det vi ønsket å undersøke.

5.1.4 Ethiske forhold

I artikkel 1 (Peisah et al., 2014) og artikkel 2 (Parkman et al., 2021) er det ingen sensitive opplysninger om informantene og personvernet er derfor ivaretatt. I artikkel 1 (Peisah et al., 2014) samtykket seks sykepleiere til intervju, og forskningen er godkjent av en forskningskomité for å sikre at etiske hensyn er ivaretatt. Informantene i artikkel 2 (Parkman et al., 2021) gjennomgikk selvrapporterte data før publisering, for å sikre at opplysningene var reelle følelser og opplevelser. I artikkel 3 (Lillekroken & Slettebø, 2013) og artikkel 4 (Monroe et al., 2015) er etiske forhold ivaretatt ved at informantene har gitt samtykke til å bli intervjuet, ingen identifiserbare data (kjønn, lokasjon og alder) ble innhentet og informantene er anonyme. Begge artiklene ble godkjent av personvernombud for forskning og nødvendige tillatelser ble innhentet før oppstart.

5.1.5 Refleksjoner omkring valg av artikler

Valg av artikler fremstår å være hensiktsmessige for å belyse oppgavens hensikt. Vi valgte å benytte kvalitative forskningsartikler da vi ønsket å tilegne oss dybdekunnskap og en helhetlig forståelse for sykepleieres forhold til smertekartlegging. I de valgte artiklene er fokusgruppeintervjuer benyttet som forskningsmetode. Denne metoden er godt egnet for kvalitative studier, da informantene kan reflektere og diskutere over erfaringer, holdninger

eller oppfatninger om et avgrenset tema (Helsebiblioteket, 2019). Resultatene fra artiklene innehar både likheter og ulikheter, som gir et godt grunnlag for videre diskusjon om temaet.

Smertekartlegging hos pasienter med demens har fått større oppmerksomhet innen forskning de senere årene. På bakgrunn av dette kan studien til Lillekroken og Slettebø fra 2013 vise et mangelfullt bilde på hvordan sykepleiere forholder seg til smertekartlegging i dag. Vi har valgt å inkludere artikkelen, da resultatene fra de andre studiene viser til like problemstillinger som er avdekket i studien til Lillekroken og Slettebø (2013).

5.2 Resultatdiskusjon

I følgende delkapittel vil vi diskutere våre hovedfunn i sammenheng med teori. Dette for å begrunne hvordan sykepleiere kartlegger smerter hos pasienter med moderat til alvorlig demens på sykehjem. Vi vil også diskutere faktorer vi mener har innvirkning på sykepleiers funksjon ved smertekartlegging hos pasientgruppen.

5.2.1 Sykepleiers kompetanse

Studiene til Lillekroken og Slettebø (2013) og Parkman et al. (2021) viser til noen sentrale utfordringer når det gjelder smertekartlegging. Det kommer tydelig fram at sykepleierne har for lite kompetanse om temaet. Dette gjenspeiler seg i at sykepleierne er usikre i utøvelsen av smertekartleggingen. Ifølge Helsedirektoratet (2019), bør pasienter med demens bli utredet for smerter dersom de viser atferdsmessige og psykologiske symptomer eller andre tegn på ubehag. Parkman et al. (2021) avdekker derimot at sykepleierne ikke automatisk tenker på smerte ved utagering eller atferdsendring. Dette tyder på at sykepleierne ikke har nok kunnskaper om verken demens, smerter eller smertekartlegging. Som følge av dette kan kartleggingen bli mangelfull. Sykepleiere har et selvstendig ansvar for å holde seg faglig oppdaterte på ny kunnskap. Samtidig skal virksomhetsledere legge til rette for fagutvikling, i tillegg til at de skal sørge for at de ansatte har den kompetansen som kreves for å yte forsvarlig helsehjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Det er utfordrende å skille psykiske symptomer fra smerter og symptomer på alvorlig demens, og bivirkninger av medisiner (Lillekroken & Slettebø, 2013). Videre ser vi at sykepleierne unngår å gi smertestillende, fordi de er usikre på pasientenes smerteopplevelser, eller på grunn av manglende kompetanse om legemidler (Lillekroken & Slettebø, 2013, Monroe et al., 2015). På grunn av manglende kompetanse om legemidler og mangelfull smertekartlegging kan det forekomme at pasienter får beroligende legemidler i stedet for smertestillende (Helsedirektoratet, 2019). Dette har vi selv observert i praksis, hvor urolige og utagerende pasienter får beroligende legemidler, uten at årsaken til atferden blir kartlagt. Systematisk kartlegging, identifisering og en nøyaktig observasjon av atferdsendringer og smertetegn er sentralt for å kunne forstå og iverksette riktig behandling (Mæland, Joa & Testad, 2013, sitert i Simonsen & Helgesen, 2021, s. 8). Likevel viser Torvik og Bjøro (2014) til at kartleggingen utføres for lite systematisk og målrettet, og at det ofte ikke blir iverksatt adekvate tiltak for smertelindring, selv når pasienten rapporterer smerte (s. 393)

Sykepleierne i studien til Monroe et al. (2015) påpeker at den kliniske kompetansen til sykepleierne er viktig for å sikre tilstrekkelig smertekartlegging. Dette underbygges av teori ved at mangel på kunnskaper og ferdigheter hos sykepleierne er en av de største barrierene for god smertevurdering (British Geriatrics Society, 2013, sitert i Torvik & Bjøro, 2014, s. 392). Det er en stor bekymring at sykepleierne har for lite kompetanse når det gjelder smertekartlegging og smertebehandling av pasienter med demens. Mangel på kunnskap påvirker sykepleien som blir gitt til pasientene, og hvis det ikke blir igangsatt adekvate tiltak vil dette påvirke pasienter både fysisk og psykisk. Lignende situasjon har vi erfart i praksis, hvor en pasient med alvorlig demens gradvis fikk dårligere ernæringstilstand. Ved måltid ga pasienten uttrykk for smerter i munnen, men det ble likevel ikke iverksatt tiltak. Pasienten gikk ned i vekt, og ved en rutinemessig tannlegetime viste det seg at han hadde betennelse i tannkjøttet.

Samtlige av våre utvalgte studier viser til at sykepleierne anser pasienters manglende evne til å redegjøre for sine smerter og behov, som en stor utfordring for smertekartleggingen. Sykepleierne relaterer dette til kommunikasjonssvikt hos pasientene, men det kan også trekkes paralleller til sykepleiernes kompetanse og kommunikasjonsferdigheter. For å utvikle og tilegne seg kunnskap, kan sykepleierne delta på internundervisning og kollegaveiledning (Granum et al., 2018). I tillegg kan systematisk kunnskapsbasert forbedringsarbeid rettet mot barrierer gi bedre smertekartlegging, og dermed også en stor helsegevinst for pasienter med demens på sykehjem (Titler et al., 2009, sitert i Torvik & Bjøro, 2014).

5.2.2 Bruk av smertekartleggingsverktøy

Kartleggingsverktøy er et viktig redskap å bruke ved smertekartlegging hos pasienter med demens. I studiene til Monroe et al. (2015), Parkman et al. (2021) og Peisah et al. (2014) bruker informantene kartleggingsverktøy, men i varierende grad. Derimot ser vi at sykepleierne i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) ikke benytter seg av kartleggingsverktøy. Her avdekkes det også at informantene ikke har kjennskap til, eller kunnskaper om noen observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy. Flere smertekartleggingsverktøy har blitt utviklet for pasienter med demens, men til tross for dette brukes verktøyene i liten grad hos denne pasientgruppen (Simonsen & Helgesen, 2021, s. 8). Mulige årsaker til dette kan være at sykepleierne ikke vet at verktøyene er tilgjengelige, de har ikke kunnskap om hvordan de skal brukes, kartleggingen er tidkrevende eller at

verktøyene er for avanserte. Gjennom samtaler med personal på jobb, har vi erfart at flere sykepleiere ikke kjenner til smertekartleggingsverktøy for denne pasientgruppen. Døgnregistreringsskjema brukes ofte, men dette baserer seg mer på uro, og ikke smertekartlegging. Dette skjemaet har vi selv brukt, men vi har ikke opplevd at det blir brukt smertekartleggingsverktøy som er egnet for pasienter med demens.

Som beskrevet i kapittel 2.3 er eldre med demens som ikke kan selvrappportere smerter en sårbar gruppe, og de er derfor avhengige av at sykepleierne observerer og tolker ulike smertetegn. Sykepleierne i studiene til Parkman et al. (2021) og Peisah et al. (2014) foretrekker å bruke Abbey Pain Scale (APS) hos denne pasientgruppen. Parkman et al. (2021) indikerer også at APS er et tilfredsstillende vurderingsverktøy for pasienter med demens, noe som også støttes opp av teorien. Verktøyet brukes i Danmark, hvor de mener at det er et kvalifisert og brukervennlig smertekartleggingsverktøy (Gregersen et al., 2016).

Dette smertekartleggingsverktøyet (APS) tar også for seg vitale målinger som en del av kartleggingen. Som nevnt i kapittel 2.5 blir smerter betegnet som det femte vitale tegnet, og bør betraktes på lik linje som andre vitale målinger. Vi har begge opplevd at pasienter som har vært smertepåvirket har forhøyet puls, og mener derfor at det er relevant at APS tar for seg vitalia i kartleggingen. MOBID-2 skjemaet som blir brukt i Norge kartlegger ikke vitalia. Det vurderer likevel smerter fra muskel- og skjelettsystemet, indre organer, hode og hud (Sandvik, 2020, s. 4). Sykepleierne i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) forteller at de forsøkte å bruke Visuell Analog Skala og Face Pain Scale, men er usikre på hvor godt disse egner seg for pasientgruppen. Vi mener at det er mer hensiktsmessig å bruke et observasjonsbasert verktøy hos pasienter med moderat til alvorlig demens som ikke kan redegjøre for egne smerter. Dette fordi resultatene fra et observasjonsbasert verktøy er mer holdbart og utfyllende. Torvik og Bjørø (2014) mener også at å bruke et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy er viktig for å få best mulig kartlegging hos denne pasientgruppen (s. 397).

5.2.3 Kjennskap til pasienten

Informantene til Monroe et al. (2015) og Parkman et al (2021) fremhever at god kjennskap til pasientene er nødvendig for å identifisere smerter hos pasienter med demens. Sykepleiere med tett pasientkontakt vil ha de beste forutsetningene for å utøve smertekartlegging (Torvik & Bjørø, 2014, s. 398). Dette for å oppdage og gjenkjenne smerteuttrykk, i tillegg til å ha

kjennskap til pasientens kommunikasjonsferdigheter. En personsentrert tilnærming vil derfor være grunnleggende for å forstå pasientens situasjon og smerteatferd. Helse- og omsorgsdepartementet (2019) beskriver i Demensplanen 2025 at å tolke atferd er viktig innen personsentrert omsorg. Dette fordi forskjellige typer atferd og ulik kommunikasjon kan signalisere at et behov ikke er tilfredsstillt. For å utøve personsentrert omsorg må derfor sykepleier ha evnen til kontinuerlig observasjon og oppmerksomhet for å identifisere pasientens behov (Kirkevold, 2014, s.108). Anbefalinger viser også at ved bruk av observasjonsverktøy i smertekartleggingen, er det hensiktsmessig at dette utføres av personal som er godt kjent med pasienten (Torvik & Bjørø, 2014, s. 397). Derfor tenker vi at det vil være naturlig at primærsykepleier har det overordnede ansvaret for å smertekartlegge sine pasienter på sykehjem. Videre kan det også tenkes at smertekartleggingen vil bli mer nøyaktig dersom det er samme sykepleier som utfører vurderingen. Dette fordi sykepleiere vurderer smerte forskjellig, og som følge av dette kan pasientens smerter bli kartlagt på ulike måter.

Ettersom sykepleiere i studiene til Monroe et al. (2015) og Parkman et al. (2021) vektlegger godt kjennskap til pasientene i smertekartleggingen, blir innleide sykepleiere identifisert som en svakhet for god kartlegging. Dette begrunnes på bakgrunn av deres manglende kunnskaper om pasientene. Til tross for at det vil være vanskeligere for vikarer å identifisere smerter hos pasientgruppen, kan det også stilles spørsmål til om opplæring på avdelingen er mangelfull. Det vil være spesielt viktig for vikarer å ha kjennskap til sykehjemmets rutiner for smertekartlegging og hvilke kartleggingsverktøy som benyttes der. Uavhengig av årsak bak manglende smertekartlegging, er det sykepleiers ansvar å dekke pasientens grunnleggende behov. Dette gjelder også kartlegging og vurdering av smerter. Ansvaret hviler både på sykepleiere i faste stillinger, og dem som er innleid som vikarer.

5.2.4 Barrierer

Mangel på tid er en barriere for god smertekartlegging. Dette fremkommer i studiene til Lillekroken og Slettebø (2013) og Parkman et al. (2021), hvor sykepleierne uttrykker at de verken har tid eller ressurser for å sikre pasientene god smertevurdering. Dette kan ses i sammenheng med Gautun og Bratts (2014) funn ved at sykepleierne opplever at tiden ikke strekker til for den enkelte pasient (s. 29). Artikkelen til Gautun og Bratt (2014) viser at det er stor variasjon i antall pasienter per sykepleier, og på de fleste sykehjem er det færre sykepleiere enn andre helsearbeidere på jobb (s. 29). De viser også til at sykepleierne dermed får ansvar for et større antall pasienter per vakt. Dette kan tyde på at prioriteringer derfor vil

være avgjørende, og dersom en pasient viser atferdsendring eller fremstår smertepåvirket, bør smertekartlegging prioriteres.

Sykepleierne i studien til Parkman et al. (2021) oppgir at dårlig eller manglende kommunikasjon og dokumentasjon mellom sykepleierne påvirker smertekartleggingen negativt. Dette støttes opp av teori, hvor Johnsen et al. (2014) viser til at det kan være vanskelig å bruke sykepleiers dokumentasjon som en kilde til nødvendig og tilstrekkelig informasjon på sykehjem. Artikkelen påpeker at dokumentasjonen er mangelfull på sentrale områder og at kvaliteten ikke er god nok (s. 31). En informant i studien til Parkman et al. (2021) uttrykker frustrasjon ovenfor kollegaer når det gjelder manglende dokumentasjon og dårlig kommunikasjon. Videre påpeker hun at det hadde vært tidsbesparende dersom dokumentasjonen og kommunikasjonen hadde vært bedre (s. 25). Ifølge Helsedirektoratet (2017), skal journalføringen kun omfatte informasjonen som er nødvendig for å kunne gi helsehjelp. Alle vurderinger, observasjoner, beslutninger og iverksatte tiltak skal inn i journal (Andersen, 2016). Skal en sikre god smertekartlegging, bør sykepleiere dokumentere både kartleggingsprosess og observasjoner i journalsystem, og det bør gis muntlig rapport om hva som er gjort til neste vakt. Dermed sikrer man at informasjonen blir forstått og mottatt, og ikke minst fulgt opp videre. Mangelfull dokumentasjon og kommunikasjon kan medføre misforståelser blant personalet, at tiltak ikke blir fulgt opp, i tillegg til at det blir vanskeligere å evaluere tiltak. Dette går igjen utover pleien som blir gitt til pasientene, og er derfor en barriere for god smertekartlegging.

6 Anvendelse av resultatene i praksis

Hensikten med oppgaven var å avdekke hvordan sykepleiere kartlegger smerter hos pasienter med moderat til alvorlig demens på sykehjem. Resultatene fra studiene viser at smertekartleggingen utføres for lite systematisk og at sykepleierne har utilstrekkelig kompetanse på området. Barrierer for smertekartleggingen er manglende tid og dårlig kommunikasjon blant sykepleierne. Informantene mener at godt kjennskap til pasientene er viktig, da dette kan gi en bedre kartlegging.

Hovedfunn fra artiklene viser at sykepleierne har manglende kompetanse om smerter og smertekartlegging av pasienter med demens. Dette vises gjennom varierende bruk av smertekartleggingsverktøy. For å styrke kompetansen rundt smertekartlegging mener vi at hvert sykehjem bør ha et kartleggingsverktøy tilgjengelig på avdelingen, og at dette bør brukes både rutinemessig og ved behov. Her kan det være hensiktsmessig å utnevne en ressurs sykepleier som har kunnskap om hvordan smertekartleggingsverktøyet skal brukes. I tillegg bør sykepleieren ha god kjennskap til hvordan smerter viser seg hos denne pasientgruppen. Vi vil derfor anbefale å motivere for kunnskapsoppdatering med kurs og informasjonsmøter før en vurderer hvilket smertekartleggingsverktøy som skal utprøves. Deretter kan ressurs sykepleier invitere til faglunsj eller internundervisning om bruk av verktøyet, samt oppmuntre og følge opp andre ansatte i kartleggingsprosessen. Det er også manglende kompetanse om hvordan smerter hos pasientgruppen kommer til uttrykk, og at sykepleierne synes kartleggingen er utfordrende. Alle sykepleiere har et individuelt ansvar om å holde seg faglig oppdatert på kunnskap og problemstillinger i avdelingen (NSF, 2019). Smerter og smertekartlegging hos denne pasientgruppen er også et fagområde det burde vært mer fokus på i sykepleierutdanningen.

Funn viser at sykepleierne er bevisste på pasientenes atferdsendringer, men at de er usikre på hvordan de skal håndtere disse. Atferdsendringer og individuelle smerteuttrykk bør inngå i pasientens tiltaksplan. Her har alle ansatte tilgang til å lese, og kan få en beskrivelse av pasientens atferdsendringer, og når det eventuelt bør kartlegges for smerter. Videre ser vi at kjennskap til pasienten er sentralt for optimal smertekartlegging. Her anbefaler vi at primærkontakt bør ha hovedansvaret for smertekartleggingen hos sine pasienter, og at avdelingene bør integrere personsentrert omsorg i arbeidshverdagen.

I forhold til mangel på tid bør ledelsen ta ansvar for at sykepleierne skal få utføre sine arbeidsoppgaver. Her må det derfor tilstrebes tilstrekkelig bemanning, slik at sykepleierne kan ha fokus på sine arbeidsoppgaver, og skal slippe å gjøre forefallende arbeid i avdelingen. Utfordringer knyttet til dårlig kommunikasjon og dokumentasjon blant helsepersonellet kan forbedres med internundervisning og kurs om dokumentasjon. Likevel har alle ansatte et selvstendig ansvar for å dokumentere i pasientjournal og videreformidle nødvendig informasjon til neste skift.

Gjennom oppgaven har vi lært at mangelfull smertekartlegging er et utbredt problem som påvirker en stor pasientgruppe. Vi har blitt mer bevisste på temaet, og har lært hvor viktig det er å ha tilstrekkelig kompetanse om smerter og smertekartlegging. Oppgaven har også lært oss viktigheten av å ha godt kjennskap til pasientene, deres atferd og hvordan smertene kommer til uttrykk hos hver enkelt pasient. Vi har også tilegnet oss kunnskap om hvor viktig det er å bruke smertekartleggingsverktøy ved mistanke om smerter hos pasienter med moderat til alvorlig demens.

Vi mener at oppgaven vår har avdekket kunnskapshull i smertekartlegging av pasienter med moderat til alvorlig demens på sykehjem. Derfor mener vi at det er en lang vei å gå for at denne pasientgruppen skal få en optimal smertekartlegging og behandling, og at det er behov for videre forskning. Forslag til videre forskning kan være å kartlegge sykepleiers kunnskaper om demens og hvordan pasienter med demens uttrykker smerter. I tillegg kunne det vært interessant å fått frem styrker og svakheter med forskjellige kartleggingsverktøy som brukes i Norge, og hvilke som er mest hensiktsmessige å bruke for denne pasientgruppen.

Litteratur

- Aldring og helse, (2021, 9. juli). *Veiviser demens: kompetanse*. Aldring og helse – nasjonalt senter.
https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/kompetanse/?doing_wp_cron=1650370682.7870049476623535156250
- Aldring og helse. (2021, 9. juli). *Veiviser demens: personsentrert omsorg*. Aldring og helse – nasjonalt senter. https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/personsentrert-omsorg/?doing_wp_cron=1650616746.3250179290771484375000
- Aldring og helse. (u. å.). *Fakta om demens*. Aldring og helse – nasjonalt senter.
 Hentet 5. april 2022 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/fakta-om-demens/>
- Andersen, K.-A. (2016, 8. august). Helsepersonells dokumentasjonsplikt. *Visma Blogg*.
<https://www.visma.no/blogg/helsepersonells-dokumentasjonsplikt/>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal.
- Erdal, A. (2017). Vurdering og behandling av smerte hos personer med demens.
Norsk Farmaceutisk Tidsskrift, 22-23. <https://www.farmatid.no/vitenskap-og-fag/faglige-artikler/article-2365>
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 141-152). Studentlitteratur.
- Galek, J. & Gjertsen, M. (2011). Får bedre smertebehandling. *Sykepleien*.
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0194>
- Gautun, H. & Bratt, C. (2014). *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem* (NOVA Rapport, 14:2014). Velferdsforskningsinstituttet NOVA.
<https://oda.oslomet.no/oda-xmli/bitstream/handle/20.500.12199/3438/NOVA-R14-14-Bemanning-og-kompetanse-i-hjemmesykepleien.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gautun, H. & Hermansen, Å. (2011). *Eldreomsorg under press: Kommunens helse- og omsorgstilbud til eldre* (Fafo-rapport 2011:12). Fafo.
https://www.fafo.no/media/com_netsukii/20203.pdf
- Gran, S. V., Grov, E. K. & Landmark, B. T. (2013). Smertekartlegging og medikamentell smertebehandling av eldre samtykkekompetente pasienter i sykehjem. *Sykepleien Forskning* 8(3), 220-230. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0090>
- Granum, V., Opsahl, G. & Solvoll, B.-A. R. (2018). Hvordan kan vi gi bedre pleie til pasienter

- med demens? *Geriatrisk sykepleie: NSF's faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens. Sykepleien* (2), 38-44. https://sykepleien.no/sites/default/files/gs_2018_2.pdf
- Gregersen, M., Melin, A. S., Nygaard, I. S., Nielsen, C. H., Beedholm-Ebsen, M. (2016). Reliability of the Danish Abbey Pain Scale in severely demented and non-communicative older patients. *International Journal of Palliative Nursing*, 22(10), 482-488. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.10.482>
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265-283). Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Demensplanen 2025*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/demens/demensplan-2025>
- Helsedirektoratet (2015, 01. april). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet (2017, 28. februar). *Gjennomføre forebyggende hjemmebesøk i kommunen*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/gjennomfore-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen/journalfore-og-dokumentere>
- Helsedirektoratet. (2019, 27. november). *Personer som viser atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) eller andre symptomer på ubehag/utilpasshet, bør vurderes for smerte*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/lindrende-behandling-til-personer-med-demens/personer-som-viser-atferdsmessige-og-psykologiske-symptomer-ved-demens-apsd-eller-andre-symptomer-pa-ubehag-utilpasshet-bor-vurderes-for-smerte#c903a071-3c3c-482a-bc00-789c4733057e-praktisk>
- Helvik, A.-S., Bergh, S., Benth, J. S., Selbaek, G., Husebo, B. S. & Tevik, K. (2021) Pain in nursing home residents with dementia and its association to quality of life. *Aging & Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1947968>
- Johannesen, B. & Toftaker, J. (2021, 27. september). Ny forskning: 1 av 3 med demens har alvorlige smerter. *NRK*. https://www.nrk.no/trondelag/ny-forskning_-1-av-3-med-demens-har-alvorlige-smerter-1.15667580
- Johnsen, K. F., Ehrenberg, A. & Fossum, M. (2014). Dokumentasjon av sykepleie i sykehjem: En vurdering av innhold og kvalitet på sykepleiedokumentasjonen og vurdering av reliabiliteten til instrumentet N-Catch. *Vård i Norden* 34(2), 27-32. <https://doi.org/10.1177/010740831403400206>

- Kersten, H. (2015). Legemiddelbruk relatert til demensutvikling. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*. <https://www.farmatid.no/vitenskap-og-fag/faglige-artikler/article-647>
- Kirkevold, M. (2014). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 390-405). Gyldendal Akademisk.
- Kongsgaard, U. E., Wyller, T. B. & Breivik, H. (2008). Eldre trenger bedre smertebehandling. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 590-591.
<https://tidsskriftet.no/2008/02/kronikk/eldre-trenger-bedre-smertebehandling>
- Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden* 33(3), 29-33.
<https://doi.org/10.1177/010740831303300307>
- Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C. (2015). Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia. *Arch Psychiatr Nurs* 29(5), 316-320.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>
- Nasjonal institusjon for menneskerettigheter (2014). *Menneskerettigheter i norske sykehjem* (Temarapport). UiO, Norsk senter for menneskerettigheter, det juridiske fakultet.
<https://www.jus.uio.no/smr/om/aktuelt/arrangementer/2015/mr-sykehjem.pdf>
- Norsk legemiddelhåndbok. (2020, 12. februar). Smerter.
<https://www.legemiddelhandboka.no/T21.1.1/Smerter>
- Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund:
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Parkman, S., Mastel-Smith, B., McGuire, A. & Duke, G. (2021). Insights to identifying and managing pain in persons with dementia in long-term care: a mixed method study comparing the Abbey Pain Scale and Pain Assessment in Advanced Dementia Scale. *Journal of Gerontological Nursing* 47(2), 21-28. <https://doi.org/10.3928/00989134-20210113-01>
- Peisah, C., Weaver, J., Wong, L. & Strukovski, J.-A. (2014). Silent and suffering: a pilot study exploring gaps between theory and practice in pain management for people with severe dementia in residential aged care facilities. *Clinical Intervention in Aging*, 1(9), 1767-1774. <https://doi.org/10.2147/CIA.S64598>
- Sandvik, R. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien*. Artikkel e80594. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80594>
- Simonsen, M. & Helgesen, A. K. (2021). Utfordrende atferd hos personer med demens er

- krevende for sykepleiere. *Sykepleien*. Artikkel e86889.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.86889>
- Skotte, E. (2017, 26. januar). Hvordan behandle smerte hos personer med demens?
Forskning.no <https://forskning.no/partner-sykehuset-innlandet-hf/hvordan-behandle-smerter-hos-personer-med-demens/368989>
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 408-434). Gyldendal Akademisk.
- Strand, B. H., Vollrath, M. & Skirbekk, V. F. (2021). *Demens* (Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge [nettdokument]). Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Søk & Skriv (2022, 22. Mars). *Systematisk søking*. Søk & Skriv. Hentet 25. april 2022 fra
<https://www.sokogskriv.no/soking/systematisk-soking.html#problemstilling>
- Torvik, K. & Bjørø, K. (2014). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 390-405). Gyldendal Akademisk.
- Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (2021, 12. februar). Personsentrert omsorg.
<https://www.utviklingscenter.no/malrettet-miljobehandling/personsentrert-omsorg-en-vei-til-verdighet/modeller-for-malrettet-miljobehandling-/personsentrert-omsorg>

Vedlegg**Vedlegg 1: Søkelogg**

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakte	Leste artikler	Antall valgte artikler
18.03.22	Medline	(Dementia and communication) AND (nurse or nurses or nursing) AND (pain management or pain assessment) AND (nursing homes or care homes or long-term care or residential care og aged facility)	Peer reviewed 2012-2022 65+ years	33	12	5	1
21.03.22	ORIA	Smertekartlegging* og demens	Fagfelleurdert tidsskrift 2012-2022	3	2	2	1
21.03.22	Medline	(Nurse knowledge or nurse understanding) AND patients with dementia AND pain assessment	Peer reviewed 2012-2022 65+ years	2	0	0	0
21.03.22	Cinahl	(Nurse attitudes OR nurse perceptions OR nurse options OR nurse views) AND (dementia patients OR people with dementia) AND pain	Peer reviewed 2018-2022 65+ years	4	3	1	1
22.03.22	Cinahl	Pain recognition AND (dementia or alzheimers) AND (nurse or nurses or nursing)	Peer reviewed Europe 2012 – 2022 65+ years	5	3	1	0
22.03.22	Cinahl	Nurses AND assess pain AND dementia	Peer reviewed 2012-2022 65+ years	13	4	1	1

Vedlegg 2: Litteraturmatrise

Artikkel 1	
Tittel	Silent and suffering: a pilot study exploring gaps between theory and practice in pain management for people with severe dementia in residential aged care facilities.
Tidsskrift/årstall/land	Clinical Intervention in Aging, 1(9)/ 2014/ USA.
Forfattere	Peisah, C., Weaver, J., Wong, L. & Strukovski, J.-A.
Hensikt	Utforske holdninger og fremgangsmåter knyttet til smertevurdering og smertebehandling hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem.
Perspektiv	Sykepleiere og pleiemedarbeidere.
Metode	Kvalitativ tilnærming. Spørreundersøkelse med semistrukturerte intervjuer. 20 ansatte fra 15 ulike sykehjem i Australia deltok i studien. Blant disse var 4 omsorgsledere, 10 sykepleiere og 6 pleieassistenter.
Aktuelle resultater	Studien avdekker at smertekartlegging utføres rutinemessig fremfor ved behov. Kartleggingen foregikk hver 3, 6 eller 12 måned, og sjeldent så ofte som nødvendig. Alle informantene hadde tilgang til kartleggingsverktøy egnet for pasientgruppen. 35% av personalet rapporterte atferdsendringer som en årsak for å smertekartlegge. Atferdsendringene var ofte uspesifiserte, men informantene vektla faktorer som rastløshet, vandring, stønning, grimaser og rop av smerte. Resultatene viser også at sykehjemmene sørget for rutinemessig opplæring av alle ansatte knyttet til smerter hos pasienter med demens.
Kvalitetsvurdering inkl. etiske overveielser	Studien er godkjent av Northern Sydney Local Health District Human Research Ethics Committee.

Artikkel 2	
Tittel	Insights to Identifying and Managing Pain in Persons with Dementia in Long-Term Care: A Mixed Methods Study Comparing the Abbey Pain Scale and Pain Assessment in Advanced Dementia Scale.
Tidsskrift/årstall/land	Journal of Gerontological Nursing 47(2)/ 2021/ USA.
Forfatter	Parkman, S., Mastel-Smith, B., McGuire, A. & Duke, G.
Hensikt	Undersøke forholdet mellom to observasjonssmertekartleggingsverktøy på bakgrunn av behovsdrevet atferd, og sannsynligheten for medikamentadministrering for pasienter med demens.
Perspektiv	Sykepleier.
Metode	<p>Studien har både en kvalitativ og en kvantitativ metode. Data til den kvalitative tilnærmingen ble innhentet ved 1-1 intervjuer, hvor en semistrukturert intervjuguide ble brukt. Informantene besto av 6 sykepleiere. Kriteriene for sykepleierne var at de deltok i 8-ukers prosjektet hvor de benyttet de to bestemte smertekartleggingsverktøyene (kvantitativ studie), i tillegg til at de arbeidet fulltid og hadde ansvar for pasienter med demens.</p> <p>Den kvantitative tilnærmingen baserer seg på sammenligningen mellom smertekartleggingsverktøyene Abbey Pain Scale (APS) og Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD). Sykepleierne fikk opplæring i bruk av begge verktøyene, og brukte hvert verktøy i 4 uker. Data ble innhentet med utgangspunkt i sykepleiernes dokumentasjon og egne evalueringer med bruk av smertekartleggingsverktøyene. Verktøyene ble anvendt på 28 pasienter.</p>
Aktuelle resultater	<p>Studien avdekker at smertekartlegging for pasienter med demens er en kompleks vurderingsprosess. Resultater viser til vanskeligheter med å ta vare på pasientgruppen, i tillegg til utfordringer med å tolke pasientenes atferd korrekt, ettersom pasienter med demens ikke kan gi adekvat uttrykk for sine behov. Det blir funnet tre hovedbarrierer knyttet til å vurdere smerter hos pasienter med demens: mangel på tid, medisinkunnskaper og dårlig kommunikasjon.</p> <p>Kvantitativ analyse: viste en signifikant korrelasjon mellom tilstedeværelsen av behovsdrevet atferd knyttet til smerte og APS-resultatene. PAINAD viste ikke en signifikant sammenheng med behovsdrevet atferd.</p>
Kvalitetsvurdering inkl. etiske overveielser	Studien er godkjent av University Institutional Review Board. Samtykke ble innhentet før intervju.

Artikkel 3	
Tittel	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.
Tidsskrift/årstall/land	Vård i Norden 33(3)/ 2013/ Norge
Forfatter	Lillekroken, D. & Slettebø, Å.
Hensikt	Undersøke sykepleiers erfaringer med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.
Perspektiv	Sykepleier.
Metode	Kvalitativ tilnærming. Tre ulike fokusgruppeintervjuer og en semi-strukturell intervjugiude ble benyttet for å samle inn data. I hver fokusgruppe 5-7 deltakere.
Aktuelle resultater	Sykepleierne i studien anser smertekartleggingen av pasienter med demens som kompleks og utfordrende. Informantene avdekker at de sjeldent benytter seg av smertekartleggingsverktøy, og at de er usikre på hvilke verktøy som kan brukes hos denne pasientgruppen. Studien avdekker også at sykepleierens vurderinger på hva som kan feile pasienten baserer seg på «prøve seg fram»-metoden. Flere av informantene uttrykte et ønske om å ha helles retningslinjer på hvordan de skulle forholde seg til smertekartlegging.
Kvalitetsvurdering inkl. etiske overveielser	Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Sykehusenes Kompetansesenter for personvern ga tillatelser for prosjektgjennomføring. Nødvendige tillatelser ble innhentet fra sykehusenes og sykehjemmets ledelse. Anonymisering ble ivaretatt ved at informantens navn ikke ble benyttet. Data ble konfidensielt behandlet og forsvarlig oppbevart under prosjektets forløp, og destruert etter prosjektets slutt.

Artikkel 4	
Tittel	Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents with Dementia.
Tidsskrift/årstall/land	Arch Psychiatr Nurs 29(5)/ 2015/USA
Forfattere	Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C.
Hensikt	Utforske sykepleieres kunnskaper og praksis for å identifisere og lindre smerter hos sykehjemspasienter med demens.
Perspektiv	Sykepleier.
Metode	Kvalitativ tilnærming. Fokusgruppeintervjuer med totalt 29 sykepleiere. Alle sykepleierne hadde pasientansvar.
Aktuelle resultater	Resultatene fra studien viser at sykepleierne hadde fokus på pasientenes livskvalitet og opplevelse av komfort i deres smertevurderingsstrategi. Smertekartleggingsprosessen involverte hyppig revurdering og anvendelse av ulike tiltak/intervensjoner og var rettet mot tilsynelatende komfort hos pasienten. For å identifisere smerter hos pasientene benyttet sykepleierne smerteskalaer, observerte verbale og atferdsmessige tegn i tillegg til innhenting av informasjon fra journal. Sykepleierne rapporterte også om utfordringer knyttet til å identifisere smerter hos denne pasientgruppen, enda vanskeligere var kartlegging av smerteintensitet. Flere av informantene hevdet også at pasienter som var mindre kjent for personalet hadde en større risiko for dårlig smertebehandling.
Kvalitetsvurdering inkl. etiske overveielser	Studien ble godkjent av Vanderbilt University Institutional Review Board. Ingen identifiserbare data ble innhentet.

Vedlegg 3: PICo-skjema

	P	I	Co
	Sykepleier og pasienter med demens	Holdninger, kunnskap og smertekartlegging	Sykehjem
Søkeord	Nurse	Smertekartlegging	Nursing homes
	Nurses	Pain assessment	Care homes
	Nursing	Pain management	Long-term care
	Dementia	Pain	Residential care
	Dementia patients	Assess pain	Aged care facility
	People with dementia	Dementia	
	Demens	Nurse knowledge	
		Nurse understandings	
		Nurse attitudes	
		Nurse perceptions	
		Nurse options	
		Nurse views	

Vedlegg 4: 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
Ynker seg
Gisper
Skriker

Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Ryner pannen
Strammer munnen
Lukker øynene

Avvergereaksjon
Stivner
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

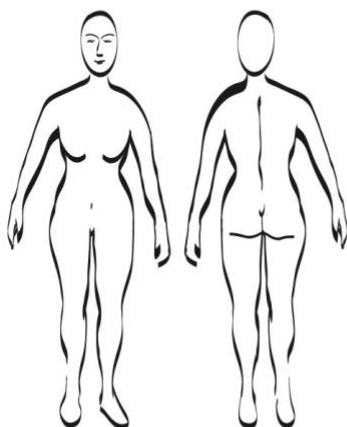
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)



Smerteintensitet

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

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

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vedlegg 5: Abbey Pain Scale

Appendix 5: Abbey Pain Scale**For measurement of pain in people with dementia who cannot verbalise**

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

Name of resident: _____

Name and designation of person completing the scale: _____

Date: _____

Time: _____

Latest pain relief given was: _____

at _____

hours _____

Q1. Vocalisation

eg. whimpering, groaning, crying

Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3

Q1

Q2. Facial Expression

eg. looking tense, frowning, grimacing, looking frightened

Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3

Q2

Q3. Change in Body Language

eg. fidgeting, rocking, guarding part of body, withdrawn

Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3

Q3

Q4. Behavioural Change

eg. increased confusion, refusing to eat, alteration in usual patterns

Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3

Q4

Q5. Physiological Change

eg. temperature, pulse or blood pressure outside normal limits,
perspiring, flushing or pallor

Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3

Q5

Q6. Physical Changes

eg. skin tears, pressure areas, arthritis, contractures, previous injuries

Absent - 0 Mild - 1 Moderate - 2 Severe - 3

Q6

- Add scores for 1 - 6 and record here:

Total pain score

- Now tick the box that matches the Total

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

- Finally tick the box which matches the type of pain

Chronic Acute Acute on Chronic

Modified Abbey Pain Scale (Follow on assessment form)

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

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

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

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

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

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