

BSYBAC

Bacheloroppgave i Sykepleie

Vurdering av smerter og smertelindrende tiltak hos personer med demens



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 02.01.2024

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

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleiers erfaringer med vurdering av smerter og smertelindrende tiltak hos pasienter med demens.

Bakgrunn: Demens er en dødelig sykdom som påvirker personen på mange forskjellige måter. Noen av disse er evnen til å uttrykke seg, tolke sanseinntrykk, og påvirke personens selvstendighet.

Pasienter med demens opplever også smerter. Det å tolke og oppdage smerter hos pasientgruppen er en sammensatt oppgave. Derfor ses det på som nødvendig å utforske tematikken, samt belyse viktigheten av god smertelindring til pasienter med demens.

Metode: Oppgaven er en litteraturoversikt, hvor data hentet fra vitenskapelige forskningsartikler ble analysert. Teori og kunnskap er hentet fra fagbøker, pensumlitteratur, faglitteratur og forskningsartikler. Det blir brukt både kvantitative og kvalitative studier for å belyse flere sider av problemstillingen.

Resultat: Fem forskningsartikler ble inkludert i oppgaven. Hovedfunn er kategorisert under følgende temaer: 1) Å oppdage pasientens smerter, 2) utfordringer relatert til smertelindring 3) Holdninger i møte med pasienter med demens.

Konklusjon: Sykepleier har en sentral rolle i lindring av pasienters smerte, spesielt pasienter med demenslidelser. Denne pasientgruppen har utfordringer når det kommer til kommunikasjon. På grunn av korttidshukommelse, lang latenstid, og problemer med å ordlegge seg. Dermed kan det bli vanskelig for dem å uttrykke smerte. Det er viktig at sykepleieren har god og oppdatert kunnskap om demens, smerter, og observasjonsferdigheter for å kunne avdekke og behandle pasientgruppen. Dette sørger for at pasienten får tilstrekkelig smertelindring og forbedret livskvalitet.

Nøkkelord: *demens, sykehjem, sykehus, smertebehandling, smertelindring, smertekartlegging, sykepleier og sykepleiers erfaringer.*

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	4
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	4
1.2	PROBLEMFORMULERING	4
1.3	HENSIKT	5
2.0	TEORIKAPITTEL	6
2.1	DEMENS	6
2.2	SMERTE OG SMERTEBEHANDLING	6
2.3	KARTLEGGINGSVERKTØY FOR SMERTER	8
2.4	SYKEPLEIER TEORI	8
3.0	METODE	10
3.1	HVA ER METODE?	10
3.2	VALG AV METODE	10
3.3	LITTERATURSØK OG VALG AV ARTIKLER	11
3.4	ANALYSE AV ARTIKLER	11
4.0	RESULTATER	14
4.1	Å OPPDAGE PASIENTENS SMERTER	14
4.1.1	<i>Sykepleiers evne til å se pasientens smerter</i>	14
4.1.2	<i>Kommunikasjonsproblematikk</i>	15
4.1.3	<i>Ulike smertevurderingsverktøy</i>	16
4.2	UTFORDRING RELATERT TIL SMERTELINDRING	16
4.2.1	<i>Manglende kunnskap og forståelse rundt demens</i>	16
4.2.2	<i>Usikkerhet rundt effekt av medikament</i>	17
4.3	HOLDNINGER I MØTE MED PASIENTER MED DEMENS	18
5.0	DISKUSJON	20
5.1	METODEDISKUSJON	20
5.1.1	<i>Land og arena</i>	20
5.1.2	<i>Forskernes bakgrunn og kildekritikk</i>	20
5.1.3	<i>Svakheter med studiene og tolkning</i>	21
5.2	RESULTATDISKUSJON	21
5.2.1	<i>Å oppdage pasientens smerter</i>	21
5.2.2	<i>Utfordringer relatert til smertelindring</i>	23
5.2.3	<i>Holdninger i møte med pasienter med demens</i>	25
6.0	ANVENDELSE I PRAKSIS	27
7.0	LITTERATURLISTE	28
8.0	VEDLEGG	28
8.1	SØKELOGG	30
8.2	LITTERATURMATRISE	30
8.3	VISUELL ANALOG SKALA (VAS)	33
8.4	NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2 (NEWS 2)	34
8.5	MOBID-2 SMERTESKALA VED DEMENS	35

Antall ord: 7966

1.0 INNLEDNING

Demens er en dødelig sykdom, og over 100 000 mennesker har diagnosen. Antallet personer med demenssykdom forventes å doubles i løpet av de neste 20 årene. Høy levealder er en risikofaktor for å utvikle demenssykdom (Nasjonalforeningen for folkehelse, 2023). Personer med høy alder opplever ofte smerter. Dette gjelder også eldre pasienter med demens. Vurdering av smerter og smertelindrende tiltak til denne pasientgruppen er en sammensatt oppgave som krever økt kompetanse (Kirkevold et al., 2020, s. 397). Derfor er målet med oppgaven å belyse elementer som påvirker vurderingsprosessen for sykepleier, samt øke kunnskapen rundt tematikken.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Demens er en dødelig sykdom som skyldes skade i hjernen. Gjennomsnittlig levealder til pasienten med demenslidelse er omtrent tolv år. Dette er avhengig av demenstypen pasienten blir diagnostisert med (Ellefsen & folkehelsen, 2017). En av mange arbeidsoppgaver som sykepleier er å gi pleie til pasienter med akutte, kroniske eller langvarige smerter. Personer med langvarige eller kroniske smerter kan oppleve konsekvenser i form av redusert livskvalitet, psykiske belastninger, og økt lidelse. Rundt 30% av befolkningen har langvarige eller kroniske smerter. Smerteproblematikk er et folkehelseproblem som rammer alle aldre (Rustøen, 2020, s. 2). Pasienter med demenssykdom kan grunnet høy alder og underliggende sykdommer ha mye smerter (Kirkevold et al., 2020, s. 397). Det å gi individuell smertebehandling er viktig for å oppnå lavere smerteintensitet, færre atferdsendringer og bedre funksjon for pasienten (Rustøen, 2020, s. 7). Selv om dette er en viktig arbeidsoppgave, er våre observasjoner at det ofte er barrierer som hindrer god og effektiv smertebehandling. Dette kan være både kommunikasjonsproblematikk, manglende forståelse for demenssykdom og symptomene som pasienter kan uttrykke ved smerter. For å belyse flere aspekter i sykepleiers opplevelse av å vurdere smerter hos pasientgruppen, ble studier utført på sykehus og sykehjem valgt.

1.2 Problemformulering

Høy levealder øker også risikoen for å utvikle en form for demens eller kognitiv svikt (Kirkevold et al., 2020, s. 421). I 2020 var det 100 000 personer med demens i Norge. Antallet personer med demensdiagnose anses å doubles i løpet av de neste 20 årene (Nasjonalforeningen for folkehelse, 2023). Dette vil bety at det stilles større krav til sykepleiers kompetanse og faglig tilnærming til disse pasientene (Helsedirektoratet, 2023).

Demens medfører en rekke symptomer og komplikasjoner som kommunikasjonsvansker. Pasienten kan uttrykke smerter ved å bli urolig eller agitert, noe som resulterer i at det blir vanskeligere å fange opp det aktuelle problemet (Kirkevold et al., 2020, s. 422). Smerter er blant de hyppigst symptomene hos eldre pasienter (Kirkevold et al., 2020, s. 397). Vi ønsker å se nærmere på sykepleiers erfaringer ved vurdering av smerter, og smertelindrende tiltak hos pasienter med demens. Gjennom å belyse dette temaet ønsker vi å øke kunnskap rundt smerter og smertevurdering hos denne pasientgruppen, samt belyse elementer som kompliserer dette. Økte kunnskaper rundt dette kan bidra til å fremme livskvalitet og lindre lidelse hos pasienten.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleiers erfaringer ved vurdering av smerter og smertelindrende tiltak hos pasienter med demens.

2.0 TEORIKAPITTEL

I dette kapitlet presenteres det teoretiske fundamentet oppgaven er bygget på. Basert på hensikten *sykepleiers erfaring rundt smertehåndtering hos pasienter med demens*, presenteres teori som belyser aspekter ved dette.

2.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på hjernesykdommer og skader som påvirker en persons atferd, evne til å huske og tenke, men også å utføre daglige aktiviteter. Sykdommen debuterer oftest i høy alder og fører til kognitiv svikt. Yngre personer kan også rammes (Strand, 2021). Pasientens sykdomshistorie påvirker alvorlighetsgraden og hastigheten sykdommen utvikler seg i. Mennesker som rammes av demenssykdom vil sakte bli dårlig, og få et større hjelpebehov (Helsedirektoratet, 2023).

Symptombilde varierer ut fra hvilken demenstype pasienten har. Symptomene vil variere etter hvilken del av hjernen som påvirkes (Kirkevold et al., 2020, s. 419). Demenssykdom er en stor påkjenning både for personen som får sykdommen, men også pårørende, helse- og omsorgstjenestene og samfunnet. Funksjonstapet kan gi psykiske symptomer som angst og depresjon, men også atferdsendringer som motorisk uro, aggresjon og vrangforestillinger (Strand, 2021).

Kommunikasjonen kan påvirkes av sykdommen. Dette kan innebære problemer med å forstå meningen av det som blir formidlet, eller problemer med å finne de rette ordene. For noen blir det også vanskelig å følge samtalen, noe som kan oppleves som frustrerende. For å lykkes i kommunikasjon bør en: ha øyekontakt eller se på ansiktet til den du snakker med, ta deg god tid, et spørsmål om gangen, vær konkret når du prater, unngå mest mulig distraksjoner som TV, musikk og radio. Det er også anbefalt å bruke kroppsspråket aktivt, være bevisst på din non-verbale kommunikasjon, og ha kroppskontakt for å øke konsentrasjonen (Helsedirektoratet, 2017).

2.2 Smerte og smertebehandling

Smerte defineres som «*an unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage*» (Hernæs, 2020). Smerte er en sammensatt og subjektiv opplevelse. Det vil si at kun personen som opplever smerten kan definere og beskrive sin smerteopplevelse (Helsedirektoratet, 2019). Smerte kan deles inn i: *Akutt og langvarig smerte*.

Akutt smerte har oppstått nylig og har begrenset varighet. Denne typen smerter oppstår ved vevsskade i forbindelse med sykdom, kirurgisk inngrep eller skader. Smertereseptorer aktiveres, og smerteimpulser føres via nervebaner, til ryggmargen og til hjernen. Akutte smerter utløser en autonom respons som kjennetegnes med rask respirasjon, forhøyet hjerterefrekvens, blodtrykk, temperatur og kvalme. Hos eldre kan disse symptomene være dempet eller utebli. Smerte forsvinner vanligvis når skaden eller sykdom blir behandlet (Kirkevold et al., 2020, s. 399). Langvarig smerte vil som regel vare utover tre måneder eller mer. Langvarig smerte blir utløst av en skade eller en sykdom, som for eksempel rygg smerter eller fibromyalgi (Kirkevold et al., 2020, s. 399).

Ubehandlet smerte kan ha store konsekvenser for pasienten. Dette medfører redusert livskvalitet og alvorlige helsemessige konsekvenser, som inaktivitet, forsinket mobilisering og sengeleiekomplikasjoner. Smerter kan også påvirke den kognitive funksjonen, samt medføre konsentrasjonsvansker, delirium, depresjon og søvnforstyrrelser. Som resultat vil ikke pasienten klare å utføre daglige gjøremål og taper selvstendighet (Kirkevold et al., 2020, s. 399).

Kartlegging og behandling av smerte er avansert, særlig ved demenssykdom. Det skal tilpasses hvert individuelt menneske. Det er mange ulike faktorer som spiller inn. Blant annet planlegging, kartlegging og gjennomføring av smertebehandling. Å ha et velfungerende tverrfaglig team hvor leger, helsepersonell, pasienter og pårørende samarbeider tett er avgjørende for en god smertehåndtering (Kirkevold et al., 2020, s. 401). Et viktig prinsipp er at kliniske tilstander som medfører smerte, skal utredes grundig medisinsk. Uavhengig av den bakenforliggende årsaken til smerten, skal det lindres og behandles slik at pasienten opplever god livskvalitet. Sykepleiers ansvar er å kartlegge pasientens smerte, samt iverksette tiltak som bidrar til smertelindring hos hver enkelt pasient (Kirkevold et al., 2020, s. 401).

Målet med smertebehandling hos eldre er å opprettholde deres funksjonsstatus og å bedre livskvaliteten. Smertelindrende tiltak består av medikamentell- og ikke-medikamentell smertebehandling. Ved medikamentell smertebehandling blir Paracetamol, ikke-steroide anti-inflammatoriske legemidler (NSAIDs-preparater) eller opioider benyttet. Dette er avhengig av hvor mye smerter de har (Kirkevold et al., 2020, s. 407–408). Pasientundervisning, massasje, musikkterapi, leirendring, fysiske aktivitet og tekniske hjelpemidler er eksempler på ikke-medikamentelle tiltak som er med å lindre smerte. Medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak kan kombineres for å oppnå ønsket effekt (Kirkevold et al., 2020, s. 409).

2.3 Kartleggingsverktøy for smerter

Smertekartlegging hos pasienten med demenslidelser kan være utfordrende. Det kliniske blikket er viktig når helsepersonell skal observere pasienten (Kirkevold et al., 2020, s. 405). Klinisk blikk betyr at man skal observere etter endringer i pasientens tilstand. Og alle sansene benyttes (Heir & Sørhøy, 2021). Det kliniske blikket brukes aktivt slik at pasienten ikke blir utsatt for pleie- og sykdomslidelser. Smerter hindrer eldre personer i å fungere i hverdagen. Derfor er det viktig å kartlegge smertene deres slik de kan mestre hverdagsrutinene selv. Smertekartleggingsverktøy velges basert på hver enkeltes kognitive nivå (Kirkevold et al., 2020, s. 403–405). Smertevurderingsverktøy som kan bli tatt i bruk hos personer med demens lidelser kan være: *Visuell analog skala (VAS)* og *National Early Warning score (NEWS)* og *morbid-2*. Disse skjemaene ligger som vedlegg til oppgaven.

Visuell analog skala (VAS) inneholder tall fra 0-10 hvor pasientens skal rangere smerter. 0 tilsvarer ingen smerte mens 10 maksimal smerte. VAS skjema som inneholder bilder av ansiktsuttrykk med økende smerteintensitet kan benyttes (Kirkevold et al., 2020, s. 403). Smerter er varierende fra person til person. Kriterier for bruk av VAS er at personen må forstå oppgaven og forstår hvordan VAS fungerer (Faiz, 2014).

National Early Warning Score 2 (NEWS 2) er et verktøy som brukes for å vurdere alvorlighetsgraden av pasientens kliniske tilstand. NEWS 2 verktøy gjenkjenner risiko hos utsatte pasienter, samtidig fanger den opp endringer i vitale funksjoner tidlig for å hindre forverring av pasientens tilstand (Kirkevold et al., 2020, s. 126). Besvært respirasjon ved luftveislidelser eller moderat blodtrykksfall kan være mer alvorlig symptomer hos gamle enn hos friske voksne. Fordi gamle har svekket evne til å opprettholde homeostase og mindre fysiologisk reservekapasitet å kompensere med det økte kravet (Kirkevold et al., 2020, s. 129).

Morbid-2 er et kartleggingsskjema for å evaluere smerter hos personer med demens. Skjemaet er tilpasset sykehjem, og baserer seg på pleiepersonellens observasjoner relatert til smerteatferd. Smertene som undersøkes er muskler- og skjelettsmerter, samt smerter i indre organer, hode og hud. Smertene kategoriseres etter pasients smerterelaterte atferd som lyder, ansiktsuttrykk og avverginger. Dette rangeres på en skala fra 0-10 (Husebø, 2009).

2.4 Sykepleier teori

Når sykepleier møter mennesker med livslange og dødelige sykdommer, skjer det også et møte med ulike former for tap og lidelse. Dette gjelder også for pasienter med demenssykdom. For sykepleier er det viktig å kunne gjenkjenne lidelse hos pasienten. En stor del av sykepleien handler om å lindre

lidelse, men også å forhindre at lidelse oppstår (Kristoffersen et al., 2021, s. 49–50). Katie Eriksson snakker om lidelse som en samhandling mellom pasient og sykepleier. Pasienten som opplever lidelse, kan ha mangle evne til å formidle sin lidelse til andre. Sentralt i lidelsen er følelsen av tap, samtidig vil personen gjerne oppleve nye sider ved livet, oppdage nye verdier, og få nye prioriteter (Kristoffersen et al., 2021, s. 48–49).

Oppdagelse og lindring av lidelse er noe som krever trening og fokus fra sykepleier. Kari Martinsens omsorgsteori sier at pasienter er personer som lider, og er avhengig av omsorg på grunn av sin sykdom eller alder. Hun mener omsorg er et viktig mål i sykepleien. Sykepleier viser omsorg med konkrete handlinger basert på faglige vurderinger for hva som er det beste for pasienten. Utgangspunktet for å vise god omsorg, er å lindre pasientens lidelse, fremme livsmot, og forstå hva som er viktig for personen. For Martinsen er det viktig at sykepleien ikke utføres kun med syn på forhåndsbestemte mål, men at omsorg i seg selv er et selvstendig mål (Kirkevold, 2017, s. 192–193).

Kate Eriksson (2012) deler lidelse inn i tre hovedkategorier. Mest relevant for sykepleiers erfaringer for å vurdere smerter og smertelindrende tiltak for personer med demens, er *sykdomslidelse* og *pleielidelse*. Sykdomslidelse baserer seg på lidelsen som påføres av en aktuell sykdom. Dette kan være rent fysiske smerter, men også sjelelige og åndelige smerter. Selv om smerter og lidelse ofte kommer hånd i hånd, er de ikke synonyme. Smerter kan oppstå uten lidelse og omvendt (Eriksson, 2012, s. 23). Eriksson (2012) beskrev at eldre mennesker kan føle de mister sin verdi, dette kan skje på grunn av endret livssituasjon, tap av funksjoner, relasjoner, bosituasjon og lignende.

Pleielidelse er en annen form for lidelse som blir beskrevet av. Hun deler dette inn i fire kategorier, men for denne oppgaven er *manglende pleie eller ikke-pleie* og *krenkelse av pasientens verdighet* mest relevant. Ved krenkelse av pasientens verdighet får ikke pasienten mulighet til å være seg selv helt ut, og sykepleier «ser» ikke hele mennesket. Vedkommende får ikke benyttet seg av alle sine helseresurser. Krenkelsen kan skje gjennom direkte kontakt med pasienten, konkrete handlinger, samtaler eller manglende etiske holdninger (Eriksson, 2012, s. 81). Manglende pleie innebærer å ikke evne å se hva pasienten har behov for. Her mangler ofte omsorgen og forståelsen for hele mennesket. Manglende pleie kan komme fra både små og store hendelser. Konsekvensen er at pasientens verdighet blir krenket og de opplever maktesløshet (Eriksson, 2012, s. 86–87).

3.0 METODE

3.1 Hva er metode?

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap.» beskriver Dalland (2020). Metode innebærer en systematisk innhenting av data. Metode er nødvendig å bruke når en skal få frem ny kunnskap og teste holdbarheten av påstander. Datasamlingen skjer i form av empiriske eller systematiske litteratursøk, basert på en analyse og sammensetning av publiserte forskningsartikler. En kan blant annet benytte tradisjonene, kvantitative og kvalitative metoder. Hvilken tradisjon som benyttes er avhengig av dataen som innhentes til undersøkelsen. I kvantitativ metode får en data i form av målbare enheter som «hvor stor prosentandel av befolkningen som er avhengig av sosialhjelp» (Dalland, 2020, s. 55). Datasamlingen skjer med fjernhet til feltet, som gir mulighet til å ha nøytralitet i forskningen. Kvalitativ metode lar seg ikke tallfeste eller måles, den fanger opp meninger og opplevelser. Deltagerne kan dele egne opplevelser og observasjoner rundt tema. Med metoden får du innblikk i feltets helhet og ikke bare målbare data. Både kvalitativ og kvantitativ metode bidrar til en bedre oversikt og forståelse for hvordan ulike mennesker handler og samhandler (Dalland, 2020, s. 55)

3.2 Valg av metode

Med bakgrunn i oppgavens hensikt har vi funnet fem relevante forskningsartikler. Disse artiklene er relevante da de går i dybden av sykepleierfaglige utfordringer i møte med pasienter med demenssykdom og smerter. Studiene som er valgt er både kvalitative og kvantitative. Det opplevdes vanskelig å innhente relevant materiale kun basert på kvalitative studier. Dermed ble det besluttet å supplere med kvantitative studier og en «mixed methods». Dette styrker oppgavens empiriske grunnlag. Ved å benytte ulike metoder, opplever vi at problemformuleringen og hensikt besvares mest mulig helhetlig.

Ifølge Dalland (2020) er litteraturstudie en metode hvor eksisterende forskning analyseres. Metoden som benyttes for å utforske eller finne en ny kunnskap kan være kvantitativ eller kvalitativ metode. Ved en litteraturoversikt kan man bruke flere forskningsartikler med ulike studier som sammenlignes for å oppnå en ny innsikt (Dalland, 2020, s. 55–57). Ifølge Friberg et al. (2017) er litteraturoversikt relevant for bacheloroppgaven fordi man kan finne mye data og litteratur for å få økt kunnskap innen temaet.

3.3 Litteratursøk og valg av artikler

Det ble gjort et systematisk litteratursøk ved hjelp av ulike databaser for å finne forskningsartikler til oppgaven. Databasene som ble brukt var: Cinahl og British Nursing Index. Søkene ble utført ved å anvende søkeordene: *pain assessment, pain management tools, dementia, people with dementia, dementia care, cognitive impairment, nursing, nurse, nursing practice, nursing intervention*. Det ble også benyttet synonymer til disse søkeordene for å få mest mulig bredt perspektiv. Alle søk inkluderte sykepleier og/eller helsepersonell for å få forskningsartikler med et sykepleieperspektiv. Vi benyttet ordene OR og AND, for å finne forskjellige kombinasjoner og samtidig finne mest mulig relevante forskningsartikler. Vi kombinerte ulike søkeord både på engelsk og norsk. I søkene gjort på norsk evnet vi ikke å finne relevante artikler. Derfor ble det besluttet å utføre videre søk kun med engelske søkeord.

Antall treff varierte ut fra søkeord og databaser. Før avgrensninger var vi oppe i 35 000 treff. I alle søk ble det derfor brukt begrensninger etter geografi, tidsperioden 2013-2023 og fagfelleverderte artikler. Ved å gjøre dette varierte antall treff fra 400 til 48 ut fra hvilken database som ble brukt. Det ble søkt etter forskning gjort i land med likhetstrekk til det norske helsevesenet. Sverige og Danmark ble valgt da de har en velferdsstat som Norge (Christensen & Berg, 2023). Land som Nederland, Australia, Storbritannia og Tyskland ble valgt da de rangerte blant verdens beste helsevesen, hvor innbyggerne har likeverdig tilgang til helsetjenester. Ved hjelp av litteratursøk etter modellen til Dalland, er det lettere å utarbeide inklusjons- og eksklusjonskriterier for å avgrense søkeresultatene. Samtidig velge bort artikler som er irrelevante for oppgaven (Dalland, 2020, s. 148; Johannessen, 2021).

Abstrakter ble lest hvis artiklene og fremstod relevant for oppgavens hensikt. Dette gav en pekepinn på om en skulle lese resultatet. De artiklene som fremstod relevante for oppgaven ble videre analysert. Alle artiklene inneholdt sykepleieperspektivet rundt sykepleiers erfaringer med vurdering av smerter og smertelindrende tiltak hos pasienter med demens. Det var også viktig at artiklene viste et helhetlig perspektiv på aspekter i sykepleieprosessen som både hemmet og fremmet pasientbehandlingen. For å fremme det helhetlige perspektivet inkluderte søket forskning gjort på sykehus, sykehjem og i hjemmet. Med å gjøre dette er vår tanke at aspekter som kompliserer evalueringen og behandlingen kommer tydelig frem.

3.4 Analyse av artikler

Analyse av artikler er viktig å utføre nøye. Derfor ble Fribergs metoder for analyse av både kvalitativ og kvantitativ forskning benyttet. Analyse beskrives som en bevegelse fra helhet til deler, deretter til

en ny helhet. Helheten skapes av de ulike aspektene, dette gir ett nytt resultat i form av en ny helhet (Friberg et al., 2017, s. 135). Ved å benytte denne metoden kan vi se likheter og ulikheter ved studiene, for å kunne skape nye tema. Det kan være nødvendig å se på design og metode i artiklene. Deretter lese gjennom resultatkapittelet (Friberg et al., 2017, s. 123).

Vi startet med å lese gjennom de utvalgte artiklene og analysere innholdet. Deretter sammenlignet vi artiklene for å se om hovedtrekkene var relevant til oppgavens hensikt. Artiklene analyseres ulikt ut fra om de er kvantitative eller kvalitative. Ved kvalitativ forskning, er fokuset om forfatteren har stilt tilstrekkelig med spørsmål til deltagerne i studiet, og hvordan spørsmålene er formulert.

Spørsmålene må stilles på en slik måte at fordeler og ulemper kommer frem. Det ses også på om studien inkluderer faktorer som kan påvirke resultatet. I tillegg analyseres det etter om resultatene er rimelige, og om rimelige beslutninger trekkes frem (Friberg et al., 2017, s. 123). Ved kvantitativ forskning forsøker vi å få en forståelse av artiklenes innhold. Deretter identifisere studienes resultat og det som bygger opp under resultatene. Videre gjøres en samling av alle studienes resultat, hvor en danner ett overblikk over hva som skal analyseres. Resultatene settes opp mot hverandre for å identifisere likheter og ulikheter (Friberg et al., 2017, s. 135–136). Resultatene ble samlet inn i hoved- og underkategorier slik at de systematisk kan tas frem i oppgaven. Nedenfor vises tabell med oversikt over forskningsartiklene, samt en kort oppsummering av funn.

Tabell 1. Oversikt over analyserte artikler

Artikkel	Problem/hensikt	Metode	Resultat	Søkemotor
Harkin, Deirdre & Coates, Vivien & Brown, Donna (2022)	Øke forståelse av smertebehandling til personer med kognitiv svikt. Sette søkelys på forbedringspunkter i behandlingen.	- Kvalitativ studie - Gruppeintervjuer - 14 deltagere - Sykehus/akuttmottak	Fire hovedpunkter som påvirker smertebehandlingen, ble identifisert: manglende kjennskap til pasienten, konkurrerende prioriteter, kunnskap og forståelse om demens, ikke se helheten.	CINAHL
Lundin, Emma. & Godskesen, Tove E. (2021)	Hensikten er å beskrive sykepleiers opplevelser, ved smertelindring ved livets slutt til pasienter med demens.	- Kvalitativ studie - Intervju med 13 sykepleiere - sykehjem	Identifiserte problemer i kommunikasjon, det å skille fysiske og psykiske symptomer, pårørende relasjoner samt usikkerhet rundt medikamenter i sykepleiers møte med pasienter med demens.	British Nursing Index

Tsai, Yvette I-Pei & Browne, Graeme & Inder, Kerry-Jill (2023)	Undersøke sykepleiers perspektiv, og lage anbefalinger for smertevurdering og behandling av pasienter med demens innlagt på sykehus	<ul style="list-style-type: none"> - «Mixed methods» studie - Intervjuer på to avdelinger på sykehus 	Behov for mer tilpassede vurderingsverktøy. Begrenset smertebehandling, og mye prøv- og-feil i smertelindrende behandling av pasienter med demens.	CINAHL
Bolt, Sascha-R & Meijers, Judith-MM & van der Steen, Jenny-T & Schols, Jos-MGA & Zwakhalen. Sandra-MG (2022)	Undersøkte hva behov for støtte pleiepersonell hadde i palliativ behandling av pasienter med demens.	<ul style="list-style-type: none"> - Kvantitative studie - Tverrsnitt beskrivende undersøkelses-design, spørreskjema. 	Pleiepersonell opplevde økt behov for støtte i møte med familiære uenigheter i palliativ fase, håndtering av utfordrende atferd, gjenkjenning av smerte, og ønske om mer undervisning.	British Nursing Index
Fry, Margaret & Chenoweth, Lynn & Arendts, Glenn (2015)	Forstå akuttsykepleieres oppfatning av smertebehandling for personer med kognitiv svikt og benbrudd.	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ studie - Fokusgruppe-intervjuer - 16 fokusgruppe fordelt på fire akuttinntak. 	Fem hovedtemaer ble identifisert. Dette inkluderte å fremme smertebehandlingen, øke kunnskap om smerte og aldring, mangel på smertevurderingsverktøy for pasienter med demens, barrierer på systemnivå.	CINAHL

4.0 RESULTATER

I dette kapittelet blir sentrale funn som påvirker sykepleiers vurdering av smerter og smertelindrende tiltak til pasient med demenssykdom belyst. Disse funnene blir delt inn i tre hovedfunn og seks underkategorier. Disse presenteres i tabell 2 under.

Hovedfunn	Underkategorier
Å oppdage pasientens smerter	Sykepleiers evne til å se pasientens smerter Kommunikasjonsproblematikk Ulike smertevurderingsverktøy
Utfordringer relatert til smertelindring	Manglende kunnskaper og forståelse rundt demens Usikkerhet rundt effekt av medikamenter Dårlig tid og konkurrerende prioriteter
Holdninger i møte med pasienter med demens	

Tabell 2

4.1 Å oppdage pasientens smerter

Studiene trekker frem ulike faktorer som påvirker sykepleiers evne å vurdere smerter hos pasienter med kognitiv svikt.

4.1.1 Sykepleiers evne til å se pasientens smerter

Sykepleierne hos Fry et al., (2016) arbeidet hardt for å gi tilstrekkelig smertebehandling til personer med kognitiv svikt. Til tross for dette opplevde de at smertene ofte gikk ubehandlet som følge av kommunikasjonsproblemer. Vurderingsverktøy som VAS ble brukt, men dette opplevdes som utfordrende. Mange eldre slet med å finne ord eller forklare seg. Smertevurderingen var avhengig av pasientens kognitive nivå. På bakgrunn av dette opplevdes vurderingsverktøy utilstrekkelige i møte med pasienter med demenssykdom. Sykepleierne forklarte de måtte bruke egne erfaringer og kompetanse for å tolke smerter hos pasientgruppen. Andre strategier eller smertevurderingsverktøy for å identifisere smerte ble derfor sjeldent brukt (Fry et al., 2016, s. 56). Bolt et al. (2020), oppgir 38% av deltagerne har vansker med å gjenkjenne ubehag og behandle smerter.

Utfordringer med å tolke pasientens smerter hadde også sammenheng med at sykepleier ikke kjente pasienten tilstrekkelig. Sykepleierne trakk frem fordeler av å ha relasjon til pasienten. Det ble enklere å skille hva som var normalt for vedkommende, og hva som var resultat av smerter (Lundin &

Godskesen, 2021, s. 4). Deltagerne oppgav gitt mer tid, ville de blitt bedre kjent med pasientene. Dette for å gi mer individuell pleie, men også lettere fange opp symptomer og forandringer (Bolt et al., 2020a, s. 167–168).

4.1.2 Kommunikasjonsproblematikk

Kommunikasjon med pasienter med demens er noe som trekkes frem som en spesielt utfordrende oppgave, spesielt hos pasienter med smerteproblematikk. Pasientgruppen hadde problemer med å uttrykke seg, og hadde ett manglende ordforråd for hva de opplevde (Lundin & Godskesen, 2021, s. 3). Når sykepleier skulle tolke smerter hos personer med demenssykdom, innebar det å se på verbal- og non-verbal kommunikasjon. Pasientene kunne ha problemer med verbal kommunikasjon, opplevde sykepleierne å ofte måtte tolke den non-verbale kommunikasjonen samt pasientens atferd (Tsai et al., 2023, s. 383). Å møte sinne, angst og depresjon var vanskelig, og 34% oppgav ett ønske mer støtte og kunnskaper rundt disse situasjonene (Bolt et al., 2020, s. 168). Viktigheten av trygghet i egne kommunikasjonsferdigheter ble belyst. Dette da trygghet og erfaring hos den enkelte sykepleier behøves i møte med pasienter med demens (Lundin & Godskesen, 2021, s. 3–4).

Lundin et al. (2021) beskrev pårørende som en viktig ressurs i smertevurdering av pasienter med demenslidelse. Den pårørende hadde ofte omfattende kunnskap om personen, og kunne lettere oppdage avvik i oppførsel. Pårørende hadde også en unik evne til å tolke pasientens handlingsmønster. Det ble beskrevet tilfeller hvor pårørende var svært på alerten, og oppdaget smerter tidligere enn helsepersonellet (Lundin & Godskesen, 2021, s. 5). Oppgaven var ikke alltid like lett for pårørende heller. En pårørende beskrev: «*it's different levels of screaming, that's how we know how strong her pain is*». (Harkin et al., 2022, s. 6).

Samarbeidet mellom pårørende og sykepleier kunne tidvis være krevende. En sykepleier beskrev å møte pårørende som ikke ønsket smertelindring, da de mente pasienten ikke var i smerter, eller kunne bli avhengig av opioider. Det kunne være en stressende oppgave å administrere analgetika rundt pårørende. Å gi pårørende god informasjon beskrives som en viktig oppgave for å lette samarbeidet (Lundin & Godskesen, 2021, s. 5).

Om pasienten selv ikke uttrykket smerter ble ikke smertene oppdaget. Det kunne i noen tilfeller ta flere timer fra innleggelse, til smertene ble oppdaget og tiltak iverksatt. Dette selv om pasienten hadde en smertefull underliggende diagnose. Flere grunner til dette ble belyst var manglende kunnskap rundt smerteuttrykk hos pasienter med demens. Konsekvenser var at smertene ikke ble målt, rapportert eller behandlet (Harkin et al., 2022, s. 6).

4.1.3 Ulike smertevurderingsverktøy

I følge Tsai et al. (2023) opplevde minst 57% av pasienter med demens, smerter ved sykehusinnleggelse. Ofte grunnet smerterelaterte tilstander, samt komorbiditet (Tsai et al., 2023, s. 382–384). Vurderingsverktøyene skulle være et hjelpemiddel for sykepleierne. Til tross for dette oppleves det som upraktisk i møte med pasienter som har kommunikasjonsvansker. De opplevde at det var vanskelig for eldre å svare på spørsmål som blir stilt relatert til smerter. Samtidig fremstod rangering av smerte som forvirrende for pasienter med demens (Tsai et al., 2023, s. 387).

VAS ble brukt av alle sykepleierne ifølge Fry et al. (2016), til tross for at sykepleierne opplevde at det ikke var et tilstrekkelig vurderingsverktøy for personer med demens. Pasienten forstod ofte ikke hvordan de skulle rangere smertene. Sykepleierne opplevde derfor at de ofte måtte tilpasse vurderingen til pasientens kognitive nivå. Noen kunne beskrive smertene, andre fikk ja/nei spørsmål, mens noen pasienter ble observert basert på atferd under forflytning (Fry et al., 2016, s. 56).

Deltagerne opplyste om at det var utfordrende å vurdere smertetype og smertegrad hos eldre med kognitiv svikt. Noe som resulterer i at de ofte stolte mer på egne erfaringer i vurderingen av smerter hos pasientgruppen (Fry et al., 2016, s. 56).

Sykepleierne i Harkin et al. (2022) brukte NEWS i vurdering av pasienter. Selv om denne benyttet en smerteskala, ble kun pasientens smerter undersøkt om de uoppfordret informerte om den.

Deltagerne reflekterte rundt bruk av smertevurderingsverktøy til pasienter med demens. De startet å rutinemessig vurdere smerter hos alle pasienter, og kom frem til at det ikke nødvendigvis tok lengre tid hos pasienter med demens (Harkin et al., 2022, s. 6).

4.2 Utfordring relatert til smertelindring

Å lese og tolke pasientens ubehag kan være utfordrende, da dette påvirkes av en rekke ulike faktorer som kompliserer smertelindring til pasienter med demenslidelser.

4.2.1 Manglende kunnskap og forståelse rundt demens

Forståelse og kunnskaper rundt smertevurdering og smertelindrende tiltak hos personer med demens blir et element som trekkes frem i studiene. Sykepleierne opplevde manglende kunnskaper rundt demenssykdom, og smertevurdering til denne pasientgruppen. Sykepleiere i Bolt et al. (2020) oppga at de ønsket mer undervisning, og muligheter for diskusjoner rundt demenssykdom fordi de hadde lite kunnskap om dette. Samtidig forklarte sykepleier i Lundin et al. (2021) at de var usikre på om alle helsepersonell klarer å oppdage pasientens smerter, og videreformidle det til sykepleier.

Manglende kunnskaper om demens samt lite kjennskap til pasienten, resulterte i oppgavefokustert pleie. Underliggende årsaker som kan forårsake smerter ble ikke rutinemessig inkludert i den

helhetlige vurderingen av pasienten. Å se helheten i møte med pasienten ble belyst som et sentralt punkt for å effektivt behandle smerter. Deltagerne i studien konkluderte med at en lett kan glemme pasienten om en kun fokuserer på symptomene (Harkin et al., 2022, s. 7).

4.2.2 Usikkerhet rundt effekt av medikament

Å gi adekvat smertelindring til personer med kroniske smerter og demens ble sett på som en balansegang. Sykepleierne uttrykte bekymringer og usikkerhet rundt effekten av smertestillende behandling til eldre pasienter. Pasientgruppen kan ha polyfarmasi, grunnet komorbiditet. Sykepleierne mente at det oppstod usikkerhet når de skulle administrere analgetika til pasienter med kognitiv svikt. I enkelte situasjoner var pasientene usikre på om han hadde tatt alle sine faste medikamenter. Dette skapte usikkerhet for sykepleier i administreringen av smertestillende medikamenter (Fry et al., 2016, s. 57).

Sykepleier opplevde usikkerhet rundt effekten og administreringen av analgetika. Sykepleier mente noen hadde høyere toleranse enn andre, og behovet for smertestillende varierer fra pasient til pasient. Ofte måtte de benytte en «prøv og feil» prosess for å vurdere effekt av smertestillende medikamenter. Dette innebar ofte at sykepleier titrerte seg opp til ønsket dose. Dersom medikamentet ikke hadde virkning hos vedkommende, førte det til at pasienten hadde smerter over lengre tid. En risiko som kunne oppstå ved smertebehandling var overdosering av analgetiske midler. Sykepleier ønsket å gi tilstrekkelig med smertelindring til pasienter med kognitiv svikt, men på grunn av usikkerhet rundt medisiner, fikk pasienten begrenset smertelindring (Fry et al., 2016, s. 57–58).

Ved å benytte teknikker som posisjonering og immobilisering opplevde sykepleierne å redusere smerte hos pasienter med demenssykdom (Fry et al., 2016, s. 57). Sykepleierne hevdet at å kunne se helheten i mennesker hadde stor betydning for pleien. Frykt ble redusert ved å gi trøst til pasienten, samt forstå deres behov. Ved å benytte denne omsorgsstrategien fikk pasienten bedre behandling (Fry et al., 2016, s. 57). Dette tema trekkes også hos Lundin et al. (2021).

En annen utfordring var vanskeligheten å vurdere forskjell på smerter og angst hos pasientgruppen. Sykepleier forklarte at pasienten uttrykket seg likt om de opplevde smerter eller angst. Ofte kom disse symptomene hånd i hånd og forverret hverandre (Lundin & Godskesen, 2021, s. 4). Fry et al. (2016) trakk frem sammenhengen mellom psykologisk faktorer og smerter. De formidlet det som en sentral brikke i smertelindrende tiltak hos pasienter med demenslidelser. 34% oppgav ønske om mer kunnskap rundt sammenheng mellom smerter, angst og depresjon (Bolt et al., 2020b, s. 168).

4.2.3 Dårlig tid og konkurrerende prioriteter

Dårlig tid og konkurrerende prioriteter i helsevernet hadde negativ konsekvens ovenfor pasienter med demenslidelser. Sykepleierne opplevde at tidsknapphet hos pasientene resulterte i at sykepleierne ikke kunne gi tilstrekkelig vurdering av pasientens helhetlige smertetilstand. Dårlig tid og ressursmangel forårsaket økt stress og ensomhet hos pasientene, noe som førte til pasienten fikk mer fysisk og psykososiale smerter (Lundin & Godskesen, 2021, s. 5).

“Many things are important when it comes to pain, not least the psychological part. If a person feels exposed and feels like no one is there and no one cares about them, then I think they will feel more pain.” (Lundin & Godskesen, 2021, s. 5)

Pasienter med demenslidelser ble glemt, særlig om de ikke oppgav noen form for smerter (Harkin et al., 2022, s. 5). Bolt et al. (2020) opplyste at dersom sykepleierne hadde mer tid, ønsket de å benytte tiden til å skape relasjoner med pasient og pårørende. Samtidig tilegne seg mer kunnskap om pasientgruppen. Sykepleierne opplevde stor arbeidsmengde og tidspress, som resulterte i at dette ikke ble prioritert (Bolt et al., 2020b, s. 168) Håndtering av akutte smerter hos denne pasientgruppen kunne være utfordrende grunnet kaotiske og tidsfattige setninger. I akuttmottak er tid en kritisk faktor, derfor handlet sykepleierne fort i ulike situasjoner. Sykepleierne var avhengig av effektive smertevurderingsverktøy (Fry et al., 2016, s. 54–55). Dårlig tid og underbemanning påvirket pasientene negativt med at de ikke fikk helhetlig omsorg da sykepleier ble oppgave- og prosedyrestyrt. Funnene i studien belyste at tidspress negativt påvirket sykepleierne i deres utøvelse av tilstrekkelig helsehjelp til pasienter med demenssykdom (Lundin & Godskesen, 2021, s. 5).

4.3 Holdninger I møte med pasienter med demens

“I assume they wouldn’t be able to tell me how much they are in pain, so I would put a question mark, but I’d say that is my lack of communication with them” (Harkin et al., 2022, s. 6).

Ble beskrevet av en sykepleier. Egne antagelser begrenset kommunikasjonen med pasienter med demens. Pasientens smerter gikk ubehandlet lengre (Harkin et al., 2022, s. 6). Denne problemstillingen beskrev også Lundin et al. (2021). Det ble gjort en holdningsendring i studien til Harkin et al. (2022). Dette gikk ut på at alle pasienter innlagt ved akuttmottaket, rutinemessig ble vurdert for smerter. Pasienter med demens skulle identifiseres tidligst mulig. Dette bidro til at sykepleierne ble observante på hvem som hadde demenssykdom, og pasientene fikk tilstrekkelig smertevurdering (Harkin et al., 2022, s. 6).

Legens manglende forståelse for sykdommen gjorde at sykepleier ofte måtte kjempe pasientens sak. Legen måtte også ofte veiledes i ordinerings av analgetika til pasientgruppen. De kunne være nølende til å administrere medikamenter på grunn av sammensatte sykdommer og polyfarmasi (Harkin et al., 2022, s. 6). Legen kunne ha en annen situasjonsforståelse og mene at pasienten ikke fremstod smertepåvirket. Selv om pasienten hadde smerter relatert til underliggende sykdommer, opplevde sykepleier at legen ikke ordinerte analgetika. Deres oppfattelse var at legen ble problemfokuset og ikke så hele pasienten (Fry et al., 2016, s. 58).

Å gi god og helhetlig pleie til pasienten, ble sett som tett sammenhengende til kunnskaper rundt demenssykdom. Pasienten opplevdes som roligere ut fra hvem som var på jobb. En deltager trakk konklusjon rundt personellens holdninger og hvordan pasienten speilet personellens stemningsleie. Vedkommende sammenlignet det å møte personer med demens som en kunst, og personellet måtte opptre med en rolig og respektfull væremåte (Lundin & Godskesen, 2021, s. 6).

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet påpekes styrker og svakheter ved oppgavens oppbygning og metode som er benyttet. Artiklenes gyldighet og relevans vil belyses. Til slutt vil forskningsartiklenes resultat diskuteres, samt settes opp mot relevant teori.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Land og arena

I søket etter relevant forskning til oppgaven ble det benyttet ulike databaser. Dette for å få ett bredt perspektiv og finne relevant forskning som svarte på oppgavens hensikt. Under søkeprosessen valgte vi artikler fra land som kunne sammenlignes med Norge slik at studiene kan relateres til det norske helsevesenet. Vi endte opp med to artikler fra Australia, én fra Nederland, én fra Sverige og én fra Storbritannia (Johannessen, 2021). Ettersom Sverige er et skandinavisk land med kulturelle likheter med Norge mener vi at Sveriges helsevesen kan sammenligne med det norske helsevesenet (Christensen & Berg, 2023). Basert på innholdet i forskningsartiklene, sitatene fra sykepleierne og forskernes observasjoner og refleksjoner, gir det et inntrykk av at Nederland, Australia, Storbritannia og Sverige er representative for norsk helsevesen.

Selv om landene som er valgt deler likhetstrekk med vårt helsevesen, vil det være ulikheter. Dette kan inkludere ulik oppbygning av selve helsetilbudene og forskjeller i tilbudet pasienter med demenssykdommer mottar. Disse artiklene gir oss et bredt og helhetlig bilde av sykepleierens erfaringer til smertebehandling til pasienter med demenslidelser. Samtidig har forskningsartiklene mange fellestrekk og likheter, og av den grunn sammenlignbar med hverandre. Det at oppgaven ikke inkluderer forskning gjort i Norge er en svakhet da vi ikke får belyst de faktiske forhold i vårt helsevesen. Studiene inkluderer sykepleiere med variert mengde erfaring som sykepleier, men også med demenssykdom. Vår oppfattelse er at dette gir et nyansert perspektiv på helsehjelpen pasientene mottok.

5.1.2 Forskernes bakgrunn og kildekritikk

Forskere faglige bakgrunn ble undersøkt for å vurdere artiklenes gyldighet. Samtidig undersøkte vi at deltagerne var sykepleiere eller annet helsepersonell med erfaring innen yrket, samt arbeidet steder hvor de jevnlig hadde kontakt med pasientgruppen.

Kildekritikk omhandler å finne litteratur som er relevant for valgt problemformulering. Samtidig vurdere og kategorisere litteraturen. Det vil si om den er relevant, pålitelig, troverdig og faglig. Oppgaven er avhengig av kildegrunnet. Opphavet til kilden sjekkes for troverdighet. Dersom det

blir brukt egne erfaringer som for eksempel levd liv og erfaringer fra praksisstudier må man også være kritisk til kilden, samt vurdere og gjør rede for, før man velger å bruke denne type kilder (Dalland, 2020, s. 143). Når det gjelder artiklene som vi har valgt så er alle fagfelleurdert, det er derfor vanskelig å stille seg kritisk til kilden.

5.1.3 Svakheter med studiene og tolkning

Artiklene er skrevet på engelsk, dermed kan mistolkninger oppstå. Under fortolkningsprosess kan man gå glipp av noe det som formidles, men vi vil påstå at vi har tolket studiene på best mulig måte ut ifra vår faglige kunnskap. Det at studien ikke er på vårt morsmål utgjør at det blir brukt mer tid på tolkning og gjennomgang av forskningsartiklene.

Under analyse av kvalitativ forskning var fokuset på studiens oppbygning og sykepleieperspektiv. En av studiene omhandlet to pasienter fra innleggelse på akuttmottak, og videre forløp til en akuttmedisinsk eller kirurgisk avdeling (Harkin et al., 2022, s. 1–10). Det at studien bare fulgte to pasientforløp kan ses som en svakhet da dette kan resultere i et lite nyansert bilde. Studien ble valgt fordi den har gode dybdeintervjuer med sykepleiere og annet helsepersonell. Samtidig ble pasientforløpet fulgt nøye fra innleggelse til behandlingsslutt. Dette gjorde at en fikk et innblikk i likheter og ulikheter i pasientbehandlingen de mottok. I tillegg belyste studien punkter som fremmet eller hemmet pasientbehandling. Sykepleierne fikk innblikk i hva de måtte forbedre seg på. Dette fikk de mulighet til å teste i løpet av studien og de kunne komme med tilbakemeldinger. Å benytte både kvantitative og kvalitative studier ble sett på som nødvendig for å få eksakt data rundt tematikken. Samtidig underbygget de kvantitative studiene temaer som ble belyst i de kvalitative studiene. Dette gav oss mer eksakt data på skildringer gjort i de kvalitative studiene.

5.2 Resultatdiskusjon

Grunnlaget for diskusjon er basert på valgt teori, kunnskap og kompetanse gjennom sykepleierutdanning. I lys av oppgavens hensikt, problemsstillingen og funn fra forskningsartikler vil vi i dette kapittelet diskutere hovedfunn og underkategorier.

5.2.1 Å oppdage pasientens smerter

Utfordringene relatert til smertevurdering er sammensatt, og undertemaene påvirker hverandre. I diskusjonen forsøkes det å holde undertemaene adskilt for å lettere kunne diskutere resultatenes relevans.

Kommunikasjonsproblematikk

Gjennom et flertall av forskningsartiklene trekkes kommunikasjon frem som et vanskelig men viktig punkt i møte med demens. Dette innebar å tolke verbal- og non-verbal kommunikasjon. Denne tolkningen ble trukket frem som en vanskelig oppgave for sykepleierne som ikke kjente pasienten fra tidligere. Harkin et al. (2022) fortalte, dersom pasienten selv ikke uttrykket smerter ble de ikke undersøkt eller oppdaget. Bolt et al. (2020) belyste sykepleiers ønske for mer kunnskap rundt kommunikasjon, men også å gjenkjenne atferds forandringer grunnet smerter. Demens er en sykdom som påvirker personers evne til å kommunisere og uttrykke seg. Smerter kan ofte uttrykkes hos personer med demens i form av agitasjon, angst, uro og økt forvirring (Kirkevold et al., 2020, s. 399).

Kommunikasjon er en sentral oppgave i sykepleien, dermed var det overaskende at kommunikasjon var et såpass stort problem gjennom forskningsstudiene. Kommunikasjonsbarrierer trekkes hyppig frem. Det nevnes ofte i studiene elementer som kompliserer kommunikasjon. Samtidig som det ikke kommer tydelig frem hvilke tiltak sykepleier iverksetter for å bedre kommunikasjonen. Enkle grep som å skape ro kan iverksettes for å lette kommunikasjonsarbeidet, samt minske angst og uro for pasienten (Helsedirektoratet, 2017). Tiltak for å bedre dette fikk lite fokus, dette kan være på grunn av de manglende kunnskapene om sykdommen eller sykepleiers egne holdninger. Det ses på som positivt at sykepleierne ønsket mer kunnskaper om kommunikasjon med pasientgruppen.

Pårørende hadde verdifull innsikt i pasientens sykdomshistorikk, samt hvordan vedkommende uttrykker smerter (Harkin et al., 2022, s. 5). Lundin et al. (2021) trekker spesielt frem viktigheten av å benytte seg av pårørendes unike kjennskap til pasienten.. Selv om pårørende er en viktig ressurs, har studiene til Fry et al. (2016) og Tsai et al. (2023) et manglende fokus på dette. I studiene ble det trukket frem tilfeller hvor pårørende forsøkte å komme med verdifull informasjon om pasientens smerter. Dette ble ikke hørt og pasienten gikk over en lengre periode med smerter (Harkin et al., 2022, s. 6). Pårørendes manglende kunnskaper rundt smertebehandling ble belyst som et kompliserende element. Mange pårørende var redde for sterke medikamenter. Derfor belyste Lundin et al. (2021) viktigheten av å gi pårørende god informasjon om smertelindrende behandling.

Da pårørende er en viktig ressurs, oppleves det oppsiktsvekkende hvor lite oppmerksomhet pårørende får i studiene. I de tilfellene hvor pårørende er til stede fremstår det som om de blir glemt ut og ikke benyttet til en informasjonskilde. Pårørende kan være en viktig brikke i å oppdage smerter hos pasienter da de kan se forandringer raskere. Vi stiller oss undrende til hvorfor sykepleier ikke benytter seg av pårørende som en ressurs.

Smertevurderingsverktøy

Tsai et al. (2023) trakk frem vurderingsverktøy som gode hjelpemidler om pasienten evnet å verbalisere smerter. I Fry et al. (2016) beskriver sykepleierne at det å lese pasientens ansiktsuttrykk og væremåte er den beste måten for å evaluere smerter hos pasienter med demens. Men fordeler med erfaring blir fremdeles trukket frem. Erfaringen gjorde det enklere å stole på egen vurderingsevne når de skal vurdere smerter (Fry et al., 2016, s. 56). Vurdering av smerter hos pasienter med demens er beskrevet som en kompleks oppgave. Smertevurderingsverktøyene er ment som supplerer i sykepleiers kliniske vurdering av pasienten (Kirkevold et al., 2020, s. 405).

Vi stiller oss undrende til at sykepleier benyttet vurderingsverktøy som de opplevde ikke fungerte til pasientgruppen. Dette fordi det finnes gode vurderingsverktøy til pasientgruppen. Et eksempel er MORBID-2 skjema (Husebø, 2009). Dette tar lengre tid enn VAS, men om en har mulighet kan dette gi verdifull informasjon om pasientens smerter og lokasjon. Når vurderingen ikke fungerer optimalt, bør en bytte verktøy. Det kan være mange grunner til at andre vurderingsverktøy ikke blir benyttet, for eksempel manglende kunnskaper, dårlig tid eller å ikke forstå viktigheten av å undersøke smerter hos pasientgruppen. Vi kunne ønsket oss mer fokus på dette gjennom studiene.

5.2.2 utfordringer relatert til smertelindring

Målet med smertelindring er at pasienten skal kunne mestre hverdagen sin selv (Kirkevold et al., 2020, s. 401–403). Det var flere faktorer som kompliserte smertelindringen til pasientgruppen.

Manglende kunnskaper/forståelse til smertelindring og demens

Sykepleier i studie til Harkin et al. (2022) mente manglende kunnskaper om demens og smertevurdering hos denne pasientgruppen kompliserte behandlingsforløpet. Funnene konkluderte med manglende kunnskaper og forståelse for demenssykdom, samt lite kjennskap til smertevurdering førte til begrensning av smertelindrende tiltak. Dette resulterte i mer oppgavefokusede sykepleiere, enn pasientfokusede. Tidligere erfaring ble ofte benyttet i vurderingen, og sykepleierne så fordeler med å ha lengre erfaring når en vurderte smerter hos pasientgruppen (Fry et al., 2016, s. 56; Tsai et al., 2023, s. 385). Informasjon og data, vil danne grunnlag for vurdering, beslutninger og handling til sykepleierne (Heir & Sørhøy, 2021). Ved å benytte det kliniske blikket ble alle pasientens behov dekket, og sykepleierne så det helhetlige mennesket og ikke bare sykdommen. Økte kunnskaper om demenssykdom vil bedre pasientbehandling, i tillegg redusere sykepleiernes usikkerhet rundt smertebehandling (Bolt et al., 2020, s. 167–168; Harkin et al., 2022, s. 6).

Til ettertanke, vil den manglende kunnskapen sannsynligvis utsatt pasient for pleie- og sykdomslidelser. Utilstrekkelig smertebehandling og ubehandlet smerter kan føre til store konsekvenser for pasienten, som lidelse (Eriksson, 2012, s. 86–87; Kirkevold et al., 2020, s. 399). For å

sikre pasientsikkerhet kan det være nødvendig at helsepersonell hele tiden oppdaterer seg på nye kunnskaper og utvikling innenfor eget fagområde. I tillegg anvende kunnskaper inn i arbeidet. For sykepleier som ikke har kunnskap til å tolke denne pasientgruppe, mister de verdifulle opplysninger som kan være med å lindre smerte hos dem.

Usikkerhet rundt effekt av medikament

Deltagerne trakk frem bekymringer, og usikkerhet rundt effekten av den medikamentelle smertebehandlingen til pasienter med demenssykdom (Fry et al., 2016, s. 56–57; Lundin & Godskesen, 2021, s. 4). Symptomene opptrådte forskjellig fra pasient til pasient, og smertene brakte både fysiske og psykiske symptomer. Noen av deltagerne hos Tsai et al. (2023) hevdet at medikamentell smertebehandling ikke alltid hadde virkning hos pasienten. I enkelte tilfeller kunne pasienten oppleve mer bivirkning enn virkning. Fry et al. (2016) mente ikke-medikamentell smertebehandling hadde god effekt. Smerter hos pasienter med demens kunne lindres dersom pasientens psykiske symptomer ble tatt på alvor. Å gi pasienten trøst, samtidig benytte teknikker som posisjonering og immobilisering muliggjorde bedre pasientbehandling og lindret psykiske symptomer (Fry et al., 2016, s. 56). Vansker med å skille smerter og angst hos pasientene ble belyst hos Lundin et al. (2021) som en balansegang.

Det oppleves som oppsiktsvekkende hvor lite fokus det er rettet mot ikke-medikamentell smertebehandling i samtlige studier. Det ville vært ønskelig at ikke-medikamentelle tiltak ble tatt med i studiene. En essensiell oppgave i sykepleien er å gjenkjenne lidelse og se personens helhetlige behov (Eriksson, 2012, s. 86–87). De ikke-medikamentelle tiltakene er i tillegg noe sykepleier kan enkelt iverksette uten å involvere lege. Omsorg er et sentralt mål i sykepleien. For å kunne gjøre dette må sykepleier kunne se pasientens helhetlige behov (Eriksson, 2012, s. 86–87; Kirkevold, 2017, s. 192–193). Dermed oppleves det som urovekkende hvor lite fokus det er rundt basale smertelindrende tiltak. Det fremstår at dette kan være på grunn av manglende forståelse om smerter, men også om demens som sykdom. Ikke-medikamentelle tiltak får lite fokus i studiene. Dette stiller vi oss spørrende til da dette er basale tiltak som kan iverksettes i påvente og/eller som supplerings til medikamentell behandling.

Dårlig tid og konkurrerende prioriteter

Tidspress, underbemanning og konkurrerende prioriteter er elementer som påvirket sykepleiers arbeidshverdag. Sykepleierne i Fry et al. (2016) og Lundin et al (2021) mente en kaotisk og tidsfattig hverdag resulterte i konsekvenser for pasientene. Dårlig tid hos hver enkelt pasient, gjorde at vurdering av smerter ikke ble gjort grundig, samtidig som de opplevde hyppige psykiske symptomer. I

Harkin et al. (2022) beskrev sykepleierne et stort arbeidspress som førte til at sykepleierne ble mer oppgave- og prosedyrefokuserte. Sykepleierne opplevde å ikke strekke til samt å ikke kunne møte kravene og forventningene som ble stilt til dem. Konsekvensene ble redusert pasientsikkerhet (Lundin & Godskesen, 2021, s. 5).

Det oppstod en barriere for sykepleiernes muligheter til å yte god helsehjelp. Mye arbeidsoppgaver rettet fokuset bort fra pasientens helhetlige behov. Omsorg er sentralt i sykepleien, og den vises gjennom handlinger basert på faglige vurderinger. Ifølge Martinsens skal sykepleierne handle ut fra pasientens beste, og se hva som er viktig for pasienten (Kirkevold et al., 2020, s. 192–193). Ikke-pleie viste seg i form av at symptomer ikke ble tilstrekkelig behandlet (Eriksson, 2012, s. 81). Pasientens verdighet ble krenket i form av at en ikke så hele mennesket. Dette ble i stor grad påvirket av dårlig tid.

5.2.3 Holdninger i møte med pasienter med demens

I diskusjonen blir det vanskelig å skille de to temaene: *Holdninger i møte med pasienter med demens og sykepleiers evne til å se pasientens smerter*. Vår opplevelse er at disse to temaene går hånd i hånd og derfor bør diskuteres samlet.

Holdninger til pasienter med demenssykdom blir sjeldent direkte tatt opp, men det er fremdeles et gjengående tema i alle studiene. Harkin et al. (2022) nevner sykepleiers antagelser ovenfor pasienter med demens og deres evne til å kommunisere. Dette fordi sykepleier antar at kommunikasjon ikke vil være mulig. Disse antagelsene kom fra tidligere erfaringer. En holdningsendring i studien til Harkin et al. (2022) motbeviste denne antagelsen. Dette har også sammenheng med å se pasientens smerter. Studiene nevner manglende kjennskap til pasienten medfører vansker med å vurdere smerter (Bolt et al., 2020b, s. 167–168; Lundin & Godskesen, 2021, s. 4).

Smerter er en subjektiv opplevelse som kun vedkommende kan beskrive (Helsedirektoratet, 2019). Selv om den er subjektiv, kan sykepleier fange opp smerter gjennom kliniske observasjoner og medmenneskelige kontakten. Sykepleier måtte observere pasienten etter smerteutrykk slik at tiltak kunne iverksettes. Ut fra omsorgsteori skal man sette pasientens behov i fokus for å lindre lidelse. Omsorgen skal ikke utføres på bakgrunn av forhåndsbestemte mål, men tilpasses etter hva som er viktig for vedkommende (Kirkevold, 2017, s. 192–193; Kirkevold et al., 2020, s. 401). Ved å ikke se hele pasienten vil pasienten oppleve pleielidelse i form av krenkelse av verdighet. Pasienten vil ikke få mulighet til å være seg selv helt ut, samtidig som sykepleiers holdninger rundt for eksempel kommunikasjon, påvirker pasientbehandlingen.

Vår opplevelse av studiene er at holdningene ofte påvirker behandlingen negativt. Sykepleier fremstår forutinntatt og går inn i pasientsituasjonen med en forventning om at samhandlingen blir vanskelig. Det å tolke pasientens smerter er et komplisert tema. Med økt kunnskap, forståelse og pasientfokus er det langt fra en umulig oppgave. Ved å gå inn i situasjonen med et åpent sinn, kan pasienten fortelle deg mye, uten å bruke ord.

Holdningene kan påvirkes av flere elementer. Det at alle studiene nevner manglende kunnskap rundt demens oppleves som oppsiktsvekkende. Spesielt da inklusjonskriteriene i enkelte studier var at deltagerne måtte ha erfaring i å arbeide med pasienter med demens (Bolt et al., 2020, s. 165; Lundin & Godskesen, 2021, s. 2; Tsai et al., 2023, s. 383). Dette kan belyse mangelen på faglig støtte og påfyll i en allerede travel arbeidshverdag. Vi opplever at manglende kunnskaper i stor grad påvirker den helhetlige omsorgen.

Det tverrprofesjonelle samarbeidet med legene opplevdes også som utfordrende. Fry et al. (2016) beskrev sykepleiers frustrasjon over å ikke bli hørt av legene. Legen mente gjerne at pasienten ikke hadde smerter og ordinerte derfor ikke analgetika. Dette stjal mye tid i studiene. Vår oppfattelse er at når det ikke ble ordinert medikamenter, stoppet behandlingen opp. Selv om pasienten aller helst skal ha medikamenter burde ikke-medikamentelle tiltak vært forsøkt. Det beskrives sjeldent at dette benyttes og vår opplevelse er at det er lite fokus rundt dette grunnet manglende evne til å se pasientens helhetlige behov. Pasienten opplever mer lidelse når deres behov ikke ses og tiltak blir iverksatt sent i forløpet.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Opgaven belyser elementer som kompliserer vurderingsprosessen til sykepleier av smerter og smertelindrende tiltak. Dette er et stort tema, med mulighet for å gå enda dypere inn på hvordan manglende smertelindring påvirker pasienter med demenssykdom. Spesielt med tanke på psykiske symptomer som angst og depresjon. Ikke-medikamentelle tiltak hadde dessverre lite fokus, og vi kunne tenke oss mer kunnskap og fokus på dette i møte med pasientgruppen. Det opplevdes også som overaskende at sykepleier, uansett erfaring med demens, fant vurdering av smerter som en utfordring. Vi kunne ønsket oss mer kunnskaper om hvorfor dette oppleves vanskelig for så mange, og om denne opplevelsen er lik i hele Norge. Vårt mål med oppgaven er at kunnskapen og erfaringene som har blitt delt, kan bidra til at pasienter med demenssykdom kan få bedre smertelindrende behandling. Samt øke sykepleiers kunnskap rundt vurdering av smerte og smertelindrende tiltak. Viktigheten av å ha god tid og nok ressurser for å gi pasientgruppen tilstrekkelig omsorg belyses. Tiltak for å fremme sykepleiers vurdering av smerter og smertelindrende tiltak kan være:

- Økt fokus og kunnskapsdeling på arbeidsplassen, mellom leger, sykepleier, helsefagarbeidere osv. rundt temaene: demens, smerter, og vurderingsverktøyene som kan benyttes.
- Økt kunnskap på viktigheten av god kommunikasjon med pasienter med demens, og hvordan tolke den verbale og non-verbale kommunikasjonen og smerteuttrykkene.

7.0 LITTERATURLISTE

- Bolt, S. R., Meijers, J. M., van der Steen, J. T., Schols, J. M., & Zwakhalen, S. M. (2020). Nursing Staff Needs in Providing Palliative Care for Persons With Dementia at Home or in Nursing Homes: A Survey. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(2), 164–173. <https://doi.org/10.1111/jnu.12542>
- Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö, I. (2014). Pain Relief at the End of Life: Nurses' Experiences Regarding End-of-Life Pain Relief in Patients with Dementia. *Pain Management Nursing*, 15(1), 315–323. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.10.005>
- Christensen, J., & Berg, O. T. (2023). Velferdsstat. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/velferdsstat>
- Dalland, O. (2020). *METODE OG OPPGAVESKRIVNING*. GYLDENDAL.
- Ellefsen, K., & folkehelsen, N. for. (2017, oktober 4). *Hvorfor dør man av demens?* <https://www.forskning.no/nasjonalforeningen-for-folkehelsen-aldring-alzheimer/hvorfor-dor-man-av-demens/319045>
- Eriksson, K. (2012). *Det lidende menneske* (2. utg.). Gyldendal.
- Faiz, K. W. (2014). VAS – visuell analog skala. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.1145>
- Friberg, F., Dahlborg, E., Segesten, K., & Östlundh, L. (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utgave). Studentlitteratur AB.
- Fry, M., Chenoweth, L., & Arendts, G. (2016). Assessment and management of acute pain in the older person with cognitive impairment: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 24, 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.06.003>
- Førland, O., Alvsvåg, H., & Tranvåg, O. (2018). Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 196–214. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-02>
- Harkin, D., Coates, V., & Brown, D. (2022). Exploring ways to enhance pain management for older people with dementia in acute care settings using a Participatory Action Research approach. *International Journal of Older People Nursing*, 17(6), e12487. <https://doi.org/10.1111/opn.12487>
- Heir, W., & Sørhøy, M. S. (2021, januar 12). *Observasjoner i arbeidet—Yrkesliv i helsearbeidarfag (HS-HEA vg2)—NDLA*. ndla.no. <https://ndla.no/nb/subject:1:f644f829-4e7a-4e74-a63a-342ef786f68a/topic:2:37b13b03-3aae-4d98-971a-135a49014c56/topic:2:c685d71c-a243-4405-8fa7-67c2bef69dfe/resource:6a0556f2-d73b-4f60-bdb3-4424ab972565>
- Helsedirektoratet. (2017, november 14). *Demens—Slik snakker du om det*. <https://www.helsenorge.no/sykdom/demens/slik-snakker-du-om-demens/>
- Helsedirektoratet. (2019, oktober 14). *Smerte*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/symptomer-og-tilstander/smerte>

- Helsedirektoratet. (2023, oktober 31). *Om demens*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Hernæs, N. (2020, august 22). *Smerte er definert på nytt*. <https://sykepleien.no/2020/08/smerte-er-definert-pa-nytt>
- Husebø, B. S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0660>
- Johannessen, T. (2021, august 9). *Norge rangeres å ha best helsetjeneste*. NHI.no. <https://nhi.no/for-helsepersonell/fra-vitenskapen/norge-rangeres-a-ha-best-helsetjeneste>
- Kirkevold, M. (2017). *Sygeplejeteorier—Analyse og evaluering* (3. utg.). Munksgaard.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2020). *Geriatrisk sykepleie* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A., & Grimsbø, G. H. (2021). *Grunnleggende sykepleie* (4. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lundin, E., & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: A qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Nursing*, 20(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>
- Malt, U. (2022). VAS. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/VAS>
- Nasjonalföreningen for folkehelse. (2023, august 22). *Hva er demens?* Nasjonalföreningen for folkehelsen.
<https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>
- Nordseth, T. (2023). NEWS – National Early Warning Score. I *Store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/NEWS - National Early Warning Score>
- Norsk legemiddelhandboka. (2023, april 11). *T21.1.1 Smerter* | *Legemiddelhandboka*.
<https://www.legemiddelhandboka.no/T21.1.1/Smerter>
- Rustøen, R. K. N. M. S., Tone. (2020, april 8). *Sykepleiere er avgjørende for god smertebehandling*.
<https://sykepleien.no/fag/2020/04/sykepleiere-er-avgjorende-god-smertebehandling>
- Sandvik, R. K. N. M. (2020, april 15). *Slik vurderer du smerte hos personer med demens*.
<https://sykepleien.no/fag/2020/02/slik-vurderer-du-smerte-hos-personer-med-demens>
- Sjölund, B.-M., Mamhidir, A.-G., & Engström, M. (2021). Pain prevalence among residents living in nursing homes and its association with quality of life and well-being. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(4), 1332–1341. <https://doi.org/10.1111/scs.12955>
- Spilde, I. (2021, januar 6). *USAs helsesystem er ikke bedre enn vårt, selv for de rikeste*.
<https://forskning.no/samfunnsmedisin/usas-helsesystem-er-ikke-bedre-enn-vart-selv-for-de-rikeste/1793588>
- Strand, B.-H. (2021, februar 23). *Demens*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/demens/>

Tsai, Y. I.-P., Browne, G., & Inder, K. J. (2023). Nurses' perspectives of pain assessment and management in dementia care in hospital. *Australasian Journal on Ageing*, 42(2), 382–391.

<https://doi.org/10.1111/ajag.13146>

8.0 VEDLEGG

8.1 Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff	Antall treff	Leste abstrakt	Lest artikler
6/11-2023	British nursing index	nurs* OR healthcare worker OR healthcare professionals) AND (pain OR pain evaluation OR pain assessment OR pain relief) AND (Dementia OR alzheimers OG cognitive impairment)	262	7	3	0
9/11-2023	CINAHL	pain assessment or pain management or pain recognition) AND (dementia patients or people with dementia or alzheimer's or cognitive impairment or memory loss) AND (nurs or nurse or nursing or nurses or healthcare professional or health personnel)	89	6	3	2
9/11-2023	British nursing index	(pain management OR pain assessment OR pain evaluation) AND (dementia OR alzheimers OR cognitive impairment) AND (nurs* (barriers OR obstacles OR challenges))	441	8	5	2
11/11-2023	CINAHL	nurse experiences or perceptions or attitudes or views or feelings) AND (pain assessment or pain management or pain recognition) AND (dementia patients or people with dementia or alzheimer's or cognitive impairment or memory loss)	48	3	2	1

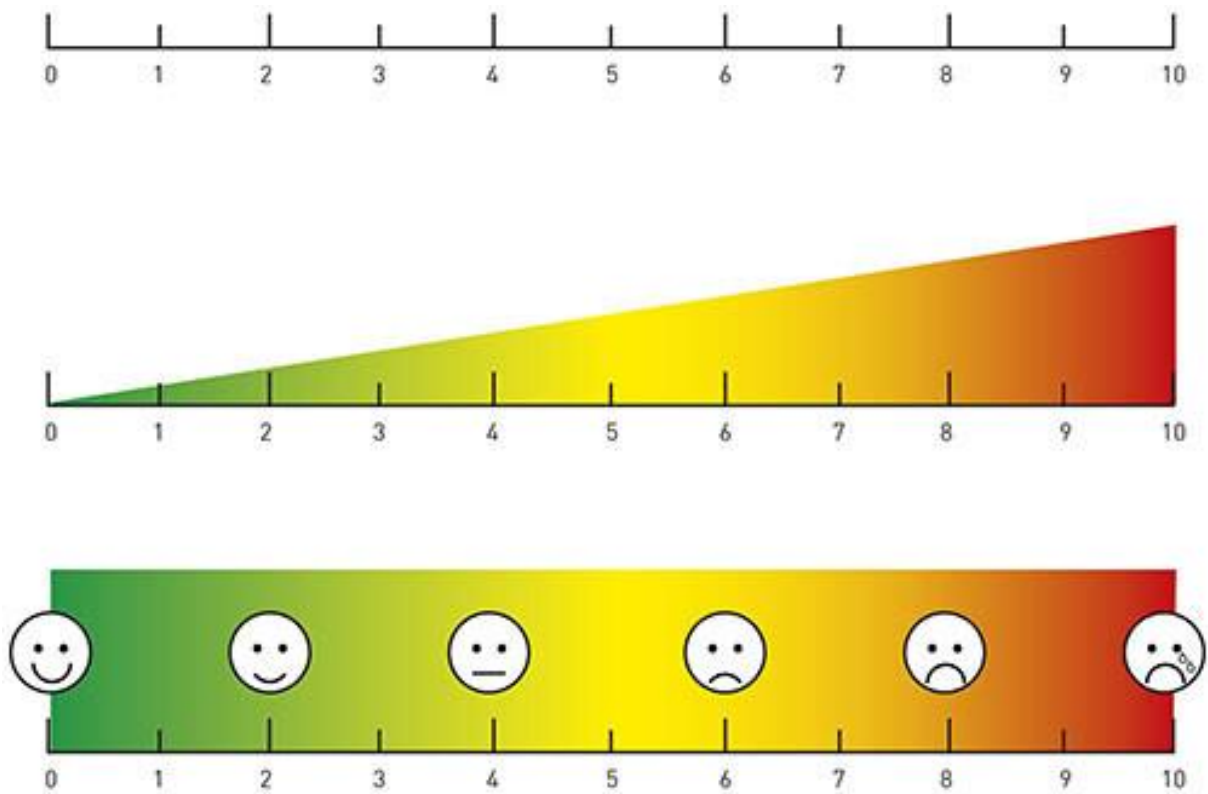
8.2 Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel-tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalgt/populasjon	Hovedfunn/resultat
Harkin, Deirdre Coates, Vivien Brown, Donna	Exploring ways to enhance pain management for older	Å forstår kompleksiteten av smertebehandling til eldre personer med demens når de er innlagt på	Helsepersonells perspektiv. Men inkluderer også	Kvalitativ metode. To pasienter med demens følges fra innleggelse på akuttmottak og til avdeling. Studien foregår i tre faser. Første fase ser	Intervjuer med 14 deltagere. Inkludert er sykepleiere, helsefagarbeidere og annet personell på avdeling. Det blir	Fire hovedtemaer blir identifisert som punkter som påvirker smertevurderingen av pasienter med demens. Dette var: å ikke kjenne

2022 <i>Older people nursing</i> United Kingdom	people with dementia in acute care settings using Participatory Action Research approach	akuttmottak. Og helsepersonell sine tanker rundt forbedringspunkter i behandlingsforløpet.	pårørende og observatørens perspektiv	på to pasienter/caser og hvordan sykepleier arbeider. Fase to består av fokusgruppe intervjuer, hvor problemområder blir identifisert. Fase tre består av å implementere forbedringsforslag og vurdere effekten av disse.	også foretatt intervjuer med pårørende. To pasienter inkluderes i studien. Disse må ha en underliggende demens diagnose, og pårørende må være til stede ved innleggelse.	pasienten, balansere konkurrerende prioriteter, kunnskap og forståelse av demens, og å ikke se helheten.
Lundin, Emma. Godskesen, Tove E. 2021 <i>BMC nursing</i> Sverige	End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes	Hensikten med studien er å beskrive sykepleiers opplevelser ved smertelindring til pasienter med demens som er ved livets slutt.	Sykepleiers perspektiv	Kvalitativ metode, med intervjuer av sykepleiere på 12 sykehjem i Sverige.	Intervjuer med sykepleiere som var ansatt på sykehjemsavdeling for personer med demens i Sverige. Alle deltagerne måtte ha minimum 1 års erfaring som sykepleier i sykehjem, og erfaring med palliativ pleie for personer med demens og smerter.	Sykepleierne beskriver problemstillinger rundt kommunikasjon, relasjoner og organisasjon av helseinstitusjonen. Et hovedproblem inkluderte vansker med å kommunisere med personer med demens. Dette resulterte i usikker smertevurdering. Andre problemer var å skille smerter og angst, balansegangen av å veie opp farer og fordeler med opioider, relasjon til pårørende og bemanning.
Tsai, Browne & Inder. 2023 <i>Australian Journal on Ageing</i> Australia	Nurses' perspective of pain assessment and management in dementia care in hospital	Å undersøke sykepleieres perspektiv og lage anbefalinger for sykepleiers praksis ved smertevurdering og behandling hos pasienter med demenssykdom på sykehus.	Sykepleiers perspektiv	«Mixed methods» studie.	Intervjuer med sykepleiere med erfaring fra demensomsorgen på to avdelinger på sykehus. Og dataanalyse	Sykepleierne opplevde varierte resultat ved bruk av scoringsverktøy for smertevurdering hos demente pasienter. De opplevde at verktøyene ikke hjalp tilstrekkelig ved scoringen, og fant behov for mer tilpasset scoringsverktøy. Det ble funnet overforbruk av analgetika, mye prøv-og-feil praksis og forsinket forordning av smertelindrende medikamenter som begrenset smertebehandlingseffekten hos pasientgruppen.
Bolt, Meijers, van der Steen, Schols & Zwakhalen 2020	Nursing staff needs in providing palliative care for persons with dementia at	Hvilke typer og former av støtte pleiepersonell trenger for å yte palliativ omsorg for personer med demens. Samt sammenligne	Sykepleiers perspektiv	Kvantitative metode	Et tverrsnitt, beskrivende undersøkelsesdesign ble brukt. Et spørreskjema ble brukt til å samle data av nederlandsk pleiepersonell som	Pleiepersonell med ulike utdanningsnivåer og arbeider i ulike settinger. De rangerte behovene for ulike støtte som blant annet: håndtering av familieuenighet i beslutningsprosesser ved

Journal of Nursing Scholarship Nederland	home or in nursing homes: a survey	behovene til pleiepersonell med ulike utdanningsnivåer og arbeid i hjemmesykepleien eller på sykehjem.			jobbet i hjemmesykepleie eller sykehjem.	livets slutt (58%). Håndtering av utfordrende atferd (41%). Gjenkjennelse og håndtering av smerte (38%). Og den høyest rangerte støtteformen var peer-to-peer læring (51%).
Fry, M. Chenoweth, L. Arendts, G 2015 International Emergency Nursing Australia	Assessment and management of acute pain in the older person with cognitive impairment: A qualitative study	Forstå akuttsykepleieres oppfatning av smertebehandling for eldre personer med kognitiv svikt og med langt benbrudd.	Sykepleiersperspektiv	Kvalitativ metode	Samlet data gjennom fokusgruppeintervjuer og en tematisk analysemetode. Åtti akuttsykepleiere deltok med 67 kvinner og 13 menn, i 16 fokusgrupper fordelt på fire akuttmottak. Sykepleier som deltok hadde i gjennomsnitt 12,5 år registrert sykepleier og 8,6 års akutterfaring.	Fem temaer ble tatt opp fra datanalyse: 1) Tro på å fremme smertebehandling 2) smertebehandling og aldringsprosessene 3) Mangel på smertevurderingsverktøy for kognitivt svekket eldre person 4) administrere analgetika – en balansegang 5) policybarrierer for sykepleierinitiert smertebehandling

8.3 Visuell analog skala (VAS)



Figur 1. VAS - visuell analog skala (2014). Hentet: 30. Desember 2023, fra: <https://tidsskriftet.no/2014/02/sprakspalten/vas-visuell-analog-skala>

8.4 National Early Warning Score 2 (NEWS 2)

NATIONAL EARLY WARNING SCORE2 (NEWS2)

FYSIOLOGISKE PARAMETRE	3	2	1	0	1	2	3
Respirasjonsfrekvens (per minutt)	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
SpO ₂ Skala 1 (%)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
SpO ₂ Skala 2* (%)	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≥ 93 på luft	93-94 på oksygen	95-96 på oksygen	≥ 97 på oksygen
Luft eller oksygen?		Oksygen		Luft			
Systolisk blodtrykk (mmHg)	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Puls (per minutt)	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Bevissthetsnivå**				A			C, V, P, U
Temperatur (°C)	≤ 35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥ 39,1	

Ved mistanke om infeksjon og NEWS2 ≥ 5, vurder umiddelbart om pasienten kan ha sepsis og i så fall igangsett sepsisbehandling.

* SpO₂ Skala 2 skal kun brukes på pasienter med kjent hyperkapnisk respirasjonssvikt med mål om SpO₂ mellom 88 - 92 %, verifisert ved blodgassanalyse.

Lege skal dokumentere i journal når Skala 2 skal brukes. Ved alle andre tilfeller skal Skala 1 benyttes.

** Bevissthetsnivå:

A = Alert (våken)

C = New confusion (nyoppstått forvirring)

V = Voice (reagerer på tiltale)

P = Pain (reagerer ved smertestimulering)

U = Unresponsive (reagerer ikke på tale eller smertestimulering)

Denne versjonen er oversatt etter Royal College of Physicians 2017.

Figur 2. Royal College of Physicians (2017). Hentet: 30. Desember 2023, fra:

<https://sml.snl.no/NEWS> - National Early Warning Score

8.5 MOBID-2 smerteskala ved demens

APPENDIX

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Dato: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

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

Smerteatferd

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



Smertelyd
«Aa»
Stønner
Yrker seg
Gisper
Skriker



Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Ryker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene



Avvergeraksjon
Slivner
Beskytter seg
Skryver fra seg
Endringer i pust
Krymper seg

Smerteintensitet

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

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DIN(E) OBSERVASJONER

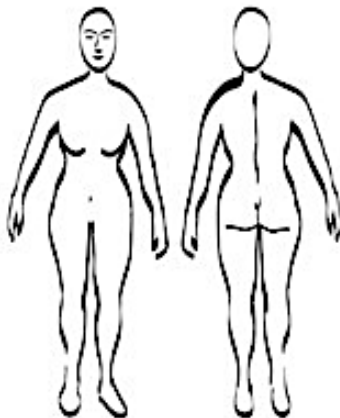
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergeraksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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

APPENDIX

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller 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 avvergeraksjon)



Smerteintensitet

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

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

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Betnina Husebø/etf. job.no, Institutt for senfunksjonssunde fag, Universitetet i Bergen

Figur 3. Husebø, B. Smerteskala MORBID-2. Tidsskrift for den Norske Legeforening (2009). Hentet: 17. Desember 2023, fra: <https://tidsskriftet.no/2009/10/aktuelt/smerteevaluering-ved-demens>