



Behandling av smerter ved demenssykdom

Kandidatnummer: 206
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8875
Dato: 14.04.20

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 14.04.20
Tittel: Behandling av smerter ved demenssykdom	
<p><u>Problemstilling:</u> Følgende problemstilling undersøkes i oppgaven: «Hvilke erfaringer har sykepleiere med behandling av smerter hos personer med demenssykdom på sykehjem?».</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Oppgaven omhandler sykepleieres erfaringer med personer med demenssykdom på sykehjem som trenger smertelindring. Teorien baseres på kunnskaper om demenssykdom og smerter. Det sykepleieteoretiske perspektivet baseres på personsentrert omsorg og sykepleierens funksjonsområder innenfor forebyggende, behandlende og lindrende funksjon. Lovverk og etikk er også inkludert i oppgaven.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave, og basert på dette har det blitt utført litteratursøk i databasene CINAHL og Google Scholar. 3 forskningsartikler og 1 review- og meta-syntese ble inkludert i oppgaven. I tillegg til forskningsartikler har jeg funnet annen relevant litteratur.</p> <p><u>Drøfting:</u> Oppgaven drøftes i lys av teori og resultater fra forskningsartikler. Hovedfunnene i artiklene viser til at kommunikasjon mellom sykepleier og beboer på sykehjem, utfordringer knyttet til vurdering og behandling, faglig usikkerhet, manglende rutiner, tverrfaglig samarbeid, utfordringer ved strukturelle rammer samt lovverk og etikk kontra praksis, preger arbeidet til sykepleierne.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Litteratur som ble valgt viste at sykepleiere har ulike erfaringer med dette temaet. Personsentrert omsorg, sykepleierens funksjonsområder samt lovverk og etikk er nødvendig for en helhetlig pleie. Økt kunnskap, rutiner og bedre kommunikasjon vil gi bedre smertelindring hos personer med demenssykdom og øke den faglige kunnskapen hos sykepleierne. På denne måten vil det jobbes faglig forsvarlig og omsorgsfullt.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling og avgrensing	2
1.3	Begrepsavklaring.....	2
2	Teoretisk bakgrunn	3
2.1	Demenssykdom	3
2.2	Smerter og smertekartlegging.....	3
2.3	Demenssykdom og smerter.....	5
2.4	Juridisk og etisk rammeverk.....	5
2.5	Sykehjem	7
2.6	Personsentrert omsorg.....	7
2.7	Sykepleierens funksjonsområder.....	8
3	Metodekapittel	10
3.1	Litteratursøk.....	10
3.2	Søkehistorikk	10
3.3	Kildekritikk.....	11
3.4	Annen relevant litteratur.....	13
4	Forskningsartikler.....	14
5	Drøfting	16
5.1	Kommunikasjon mellom sykepleier og beboer	16
5.2	Utfordringer knyttet til vurdering og behandling.....	18
5.3	Faglig usikkerhet.....	20
5.4	Manglende rutiner.....	22
5.5	Tverrfaglig samarbeid	24
5.6	Utfordringer ved strukturelle rammer	26
5.7	Juridisk og etisk rammeverk kontra praksis.....	27
6	Oppsummering	29
	Referanseliste	30

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I denne oppgaven har jeg valgt å drøfte temaene demenssykdom og behandling av smerter hos personer med demenssykdom på sykehjem basert på sykepleiernes erfaringer. Ifølge Aldring og helse (2019) kan man, basert på andre studier gjort i utlandet, anslå at omkring 80 000 av befolkningen i Norge har en form for demenssykdom. På sykehjem har omlag 80 prosent av beboere med langtidsplass en demenssykdom (Folkehelseinstituttet, 2018), og en studie av Nygaard & Jarland viser at 60-80 prosent av sykehjemsbeboere har smerter (i Sandvik & Husebø, 2011; Corbett, Husebø, Malcangio, Staniland, Cohen-Mansfield, Aarsland & Ballard, 2012).

Jeg har tidligere erfaringer fra sykehjem (sommerjobb ved demensavdeling på sykehjem og praksis under sykepleiestudiet), og synes geriatri er et spennende og interessant fagfelt da det ofte omhandler komplekse pasientsituasjoner med komorbiditet og polyfarmasi. Gjennom egen klinisk erfaring har jeg sett at mange pasienter, som tidvis har smerter, står oppført med mye smertestillende medisiner. Jeg har opplevd smerter hos beboere uten å forstå i hvor stor grad smertene preget dem. Blant annet en beboer som stadig tok hånden til magen, spesielt etter måltider. Da jeg spurte en fast ansatt om det kunne være smerter hos denne beboeren, kom svaret om at dette hadde beboeren gjort lenge og at det ikke mistenktes noe spesielt. Basert på fast ordinasjon av smertestillende medisiner og sykehistorie, reflekterte jeg der og da ikke mer over situasjonen. I etterkant har jeg tenkt gjennom situasjonen, og konkludert med at min egen faglig usikkerhet resulterte i at jeg ikke forstod hvorvidt smerten preget beboeren, og at jeg burde ha søkt veiledning hos sykepleier på avdelingen for ytterligere vurdering og samtale.

Formålet med denne oppgaven er å utvikle kunnskap og forståelse for behandling av smerter hos personer med demenssykdom på sykehjem. Derfor ønsker jeg å se nærmere på sykepleieres erfaringer med nettopp dette.

1.2 Problemstilling og avgrensing

«Hvilke erfaringer har sykepleiere med behandling av smerter hos personer med demenssykdom på sykehjem?».

Problemstillingen avgrenses til eldre personer som har langtidsplass på sykehjem. Demenssykdom rammer oftest de over 65 år, og jeg vil derfor fokusere på personer med sen debut av sykdommen, dvs. etter fylt 65 år (Engedal & Haugen, 2018a).

Demenssykdom omfatter forskjellige typer kognitiv svikt, og jeg velger å inkludere alle da flere av de ulike typene er aktuelle på sykehjem. Dessuten skiller tilgjengelig litteratur lite mellom typene av demenssykdom.

Demenssykdommen kan også deles inn i forskjellige grader (Engedal & Haugen, 2018a). Hovedfokuset vil være på moderat til alvorlig demens da det oftest er disse gradene som forekommer hos beboere på sykehjem og de har samtidig oftere vanskeligheter med å uttrykke smerter verbalt.

Smerter inkluderer både fysiske og psykiske smerter, og jeg velger ikke å skille mellom disse da de trolig påvirker hverandre.

1.3 Begrepsavklaring

Eldre regnes som personer som er eldre enn 67 år (Romøren, 2014).

Demenssykdom er en progredierende kognitiv funksjonssvikt i hjernen hos tidligere kognitive funksjonsfungerende personer (Bertelsen, 2016).

Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som er assosiert med faktisk eller potensiell vevsødeleggelse eller som beskrives som dette (International Association of the Study of Pain, (IASP), 2017). Selv om personen kan ha vansker med å uttrykke smerter, kan de likevel ha behov for smertelindring. Smerte er alltid subjektiv (IASP, 2017).

2 Teoretisk bakgrunn

2.1 Demenssykdom

I Norge lever, som nevnt, omtrent 80 000 personer med en demenssykdom. Det anslås at det tilkommer minst 10 000 nye tilfeller hvert år. Med økende alder i befolkningen vil også forekomsten av demenssykdom øke. De aller fleste som lever med en demenssykdom er over 65 år (sen debut), men det anslås at omtrent 5 000 under 65 år lever med sykdommen (tidlig debut) (Aldring og helse, 2019; Engedal & Haugen, 2018a).

Sykdommen er en progredierende kognitiv hjernefunksjonssvikt. Den vil, på grunn av redusert hukommelse, påvirke evnen til å utføre dagligdagse aktiviteter og sosial atferd på en slik måte at utførelsen ikke lenger er tilfredsstillende (Engedal & Haugen, 2018a).

Årsakene til sykdommen varierer ut ifra hvilken type demens man har (Bertelsen, 2016). De ulike typene av demens kan deles inn i degenerativ demens og primær degenerativ demens. Degenerativ demens vil si demens som kommer av at hjernecellene dør, slik som Parkinson sykdom og Huntingtons sykdom med demens. Dette betyr likevel ikke at alle med degenerativ sykdom vil utvikle demens. Primær degenerativ demens er degenerative sykdommer som alltid utvikler demens, slik som Alzheimers sykdom, Lewy legemer og frontallappsdemens (Engedal & Haugen, 2018a). Man kan også dele inn etter alvorlighetsgradene mild, moderat og alvorlig demens (Engedal & Haugen, 2018a).

Noen symptomer ved demens er hukommelsessvikt, personlighetsforandringer, nedsatt tankeevne, angst og depresjon (Bertelsen, 2016). Symptomene som presenteres kan være ulike i begynnelsen, men vil lenger ut i forløpet framstå mer like. Utviklingen av sykdommen skjer oftest over en 10-årsperiode, men hos noen kan det ta kortere tid (Engedal & Haugen, 2018a).

2.2 Smerter og smertekartlegging

Det skiller mellom ulike typer smerter: nociseptive, nevropatiske, sentrale og psykogene smerter (Wyller, 2011).

Ifølge Wyller (Wyller, 2011) er nociseptive smerter, smerter som skyldes vevsskade, altså den adekvate responsen på smerter som beskytter oss mot ytterligere vevsskade. Nevropatiske smerter kommer som en følge av skader på perifere nerver. Sentrale smerter vil si nevroatiske smerter som har opphav i sentralnervesystemet. Dette er et noe vagere definert begrep, da smertene som oppstår kan være vanskelig å finne en patologisk-anatomisk årsak til. Psykogene smerter er smerter hvor mentale prosesser står svært sentralt i smertetilstanden hos personen. Hjernen tolker smertestimuli og psykologiske mekanismer har en fortolkning av stimuliene som oppstår. Slik må man se den fysiske og psykiske helsen i sammenheng med hverandre, da det ene ikke utelukker det andre (Wyller, 2011).

Dimensjonene i smerteopplevelse er mange, slik som varierende intensitet, ulik varighet og av forskjellig karakter, og det er dermed viktig å være klar over disse for å forstå smerter (Häikiö, 2015).

Ifølge Rustøen et al. (i Torvik & Bjøro, 2014) er smerter et vanlig helseproblem hos eldre, og ca. hver tredje nordmann over 60 år lider av langvarige smerter. De er ofte lokalisert i muskel- og skjelettsystemet, har sammenheng med ulike former for kreft og andre nevrologiske sykdommer, ulykker samt operasjoner med senfølger (Rustøen et al., i Torvik og Bjøro, 2014). Omtrent halvparten av personene har smerter i mer enn 10 år, og de fleste klarer ikke gi bakgrunn for smertene de opplever (Rustøen et al., i Torvik & Bjøro, 2014).

Smertekartlegging er en viktig sykepleieroppgave, da smerter har stor påvirkning på den eldres livskvalitet. (Torvik & Bjøro, 2014). Det er utviklet flere kartleggingskjemaer spesielt tilrettelagt for personer med en kognitiv funksjonssvikt. Doloplus-2 ble utviklet for å kartlegge kroniske smerter hos de som selv ikke klarte å uttrykke smerter. MOBID-2 kartlegger smerter under mobilisering av beboer gjennom observasjon. Her er det viktig at helsepersonellet som utfører observasjonen, kjenner godt til beboeren og bruker et observasjonssmertekartleggingsverktøy (Torvik & Bjøro, 2014). Slik kan behandlingen av smerter optimaliseres og den eldre leve med mindre smerter i hverdagen.

2.3 Demenssykdom og smerter

Litteraturen nevner i liten grad hvor mange personer med demenssykdom som også har smerter. Forskning tyder på at mange eldre har smerter, men ikke hvor mange av dem som også har en demenssykdom. Personer med demenssykdom blir ofte under- eller feilbehandlet med smertestillende legemidler (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Flere symptomer på demenssykdom preger og kamuflerer smerter, blant annet kognitive og motoriske symptomer. Kognitive symptomer som påvirker smerter, er blant annet hukommelse. Langtidshukommelse, spesielt episodisk hukommelse, vil kunne påvirke personen med demens ved at den kan ha vanskeligheter med å huske årsaken til smertene (Engedal & Haugen, 2018b). Episodisk hukommelse er evnen til å huske konkrete hendelser om tid og sted, slik som dagsaktuelle nyheter, hva man spiste til middag i går og ferietur for noen år siden (Engedal & Haugen, 2018b). De kan også ha vanskeligheter med orienteringsevnen. Språkproblemer (afasi) vil også kunne påvirke personens evne til å uttrykke smerter. For eksempel kan de ha et ikke-flytende språk, svikt i ordforståelse og vansker med benevning (Engedal & Haugen, 2018b).

Noen motoriske symptomer som kan påvirke smerter er blant annet gangfunksjon. Gangfunksjon og balanse kan påvirkes gjennom sykdomsforløpet hos personer med demenssykdom (Tangen, 2018). Dette vil øke falltendensen, noe som igjen øker sannsynligheten for smerter. Smerter kan komme fra fall, men også stiv- og ømhet i muskler og skjelett på bakgrunn av alder og annen sykdom.

2.4 Juridisk og etisk rammeverk

Helsepersonellens, pasienters og brukers rettigheter og krav er nedfelt i det norske lovverket og yrkesetiske retningslinjer. Lovene som har mest fokus i denne oppgaven er Pasient- og brukerrettighetsloven, Helse- og omsorgstjenesteloven og Helsepersonelloven. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er et grunnlag for hvordan man skal behandle andre mennesker, og ha respekt for enkeltmenneskets liv og verdighet. Dette bygger på verdiene om barmhjertighet, omsorg og respekt for rettighetene man har som menneske (Norsk Sykepleieforbund, 2019).

Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) sikrer pasienter og brukere rett til lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Dette skal bringe tillit, fremme trygghet og ivareta respekten for hver enkelt pasient og bruker. §2-1e omhandler retten til opphold i bolig med særskilt tilrettelagt heldøgns tjenester og sykehjem. §4-3 viser til hvem som har samtykkekompetanse, og forteller at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis ved demenssykdom hvis pasienten av åpenbare grunner ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Hvis pasienten ikke har samtykkekompetanse, kan den som yter helsehjelpen ta avgjørelser om hjelp som er av lite inngripende karakter.

Gjennom lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) har kommunen krav til å tilby sine innbyggere blant annet plass i institusjon, herunder sykehjem. §3-2a omhandler ansvaret hver kommune har for tilbud om opphold i bolig med særskilt tilrettelagt heldøgns tjenester og sykehjem. Dette tilbudet skal sikre at pasienten eller brukeren får nødvendig og forsvarlig helse- og omsorgstjenester. §4-1 handler om forsvarlighet og §4-2 om kvalitetsforbedring og sikkerhet.

Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999) har som formål å gi sikkerhet for pasienter og kvalitet i tjenestene samt tillit til helsepersonell. §4 omhandler forsvarlighet. Arbeidet skal være i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Helsepersonellet skal innhente bistand hvis de går ut over sine faglige kvalifikasjoner.

Gjennom yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleieforbund, 2019) har sykepleiere et faglig, etisk og personlig ansvar for utøvelsen av sykepleie. Det vises til punkt 1.3 i retningslinjene. Dette sikres gjennom blant annet punkt 1.4 ved at sykepleieren har et ansvar for å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentasjon og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Pasientgruppen i denne oppgaven er en sårbar gruppe, så etisk refleksjon er viktig (punkt 1.6). Gjennom retningslinjenes hovedpunkt 2 vises sykepleierens ansvar for faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, bevaring av pasientens integritet og verdighet samt retten til å ikke bli krenket. Punkt 2.3 omhandler helhetlig omsorg (personsentrert omsorg), punkt 2.8 pasientens beskyttelse mot krenkende handlinger og tvang, og punkt 2.10 omsorgsfull hjelp og lindre lidelse.

2.5 Sykehjem

I 2012 var det totalt litt over 270 000 personer som mottok tjenester fra kommunens pleie- og omsorgstjenester, hvorav rundt 75 prosent av dem var eldre. Av disse var ca. 40 000 personer på sykehjem (Romøren, 2014). Resterende tjenestebrukere var i tilrettelagte kommunale boliger og i hjemmetjenesten. Funksjonsnivået hos de som bor på sykehjem er atskillig lavere enn hos befolkningen forøvrig (Gabrielsen, Otnes, Sundby, & Strand, 2010). Eldre på sykehjem har oftest somatiske sykdommer i tillegg til hukommelsessvikt og andre demenssymptomer. De somatiske lidelsene man oftest ser er lunge-, hjerne- og hjertesykdom. Slik vil demens oftest ikke være hovedårsaken til hjelpebehovet, selv om det også forekommer (Romøren, 2014).

Ifølge Engedal & Haugen lever om lag 30 prosent av personer med demenssykdom på sykehjem (2018a). Likevel ser man at omtrent 80 prosent av langtidsbeboerne på sykehjem lever med en demenssykdom (Folkehelseinstituttet, 2018).

2.6 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er et grunnleggende prinsipp. Det handler om at pleien skal individualiseres, slik at personens integritet og verdighet blir ivaretatt, samt at omsorgen skal ta utgangspunkt i personens opplevelser, verdier, ønsker og behov (Kirkevold, 2014). På denne måten vil personen oppleve å bli møtt som en unik person, og ikke som et sykdomstilfelle (Rokstad & Røsvik, 2018). De grunnleggende psykologiske behovene skal ivaretas, slik som trøst, inklusjon, identitet, tilhørighet og meningsfull aktivitet (Aldring og helse, u.å.; Rokstad, 2014).

Disse grunnleggende psykologiske behovene blir vanskelig for personen å ivareta selv når man får en demenssykdom. Personen kan føle på at alt rundt seg er fremmed, at man ikke lenger føler en tilhørighet og opplever tap av identitet. Her må sykepleiere og annet helsepersonell jobbe for å styrke personens følelse av tilhørighet og sørge for at personen har noen kjente ansikt rundt seg (Rokstad & Røsvik, 2018).

Kitwood utviklet en alternativ forståelsesmodell av demens og ønsket gjennom dette å gi bedre omsorgspraksis for personer med demenssykdom. Her ble sykdommen sett på som en

kombinasjon av hjerneorgansvikt, helse, livshistorie, personlighet og endringer i sosiale relasjoner (Kitwood, i Rokstad, 2014). Ut ifra Kitwood sin teori om personsentrert omsorg, utarbeidet Dawn Brooker et rammeverk (VIPS) hvor hun inkluderer fire hovedelementer som inngår i personsentrert omsorg (Rokstad & Røsvik, 2018). VIPS-rammeverket har ett hovedelement knyttet til hver bokstav. V for verdsetting av personen med demenssykdommen og de som yter helsehjelpen, I for individuell tilnærming, P for viktigheten av å innta perspektivet til personen med demenssykdommen, og S for behov for et støttende sosialt miljø rundt seg (Rokstad & Røsvik, 2018; Rokstad, 2014).

2.7 Sykepleierens funksjonsområder

Behandling av smerter kan dekkes av funksjonene forebygging, behandling og lindring (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016; Nordtvedt & Grønseth, 2016).

Sekundærforebygging defineres som «å begrense varigheten av et problem, skade eller sykdom som er oppstått» (Helsedirektoratet, u.å.). Her siteres Gerald Caplan (1964) av Helsedirektoratet, da det var han som utvidet forebyggingsbegrepet fra det som tidligere var brukt i folkehelsearbeid. Denne forebyggingen retter seg mot reduksjon av varighet, omfang og alvorlighetsgrad av et problem når problemet først er oppstått. På denne måten vil tiltakene for at problemet oppdages tidlig, effektivisere behandlingen eller gjøre behandling mer tilgjengelig, og være eksempel på det Caplan mener er sekundærforebygging (Helsedirektoratet, u.å.). Caplan sier at sekundærforebygging på en side er tiltak som effektiviserer behandlingen, men på en annen side også omfatter primærforebygging. På grunn av muligheten for ulik bruk av begrepet sekundærforebygging, så har Caplan blitt kritisert av Cowen i 1973 (Helsedirektoratet, u.å.). Derfor brukes begrepet på ulike måter i dag. I denne oppgaven bruker jeg Caplan sin definisjon. Behandling av smerter går da under sekundærforebygging, siden målet er å begrense varigheten på smerten når den først har oppstått.

Den behandlende funksjonen tar for seg pasienter med akutt eller langvarig helse- og funksjonssvikt. Her er målet å redusere eller fjerne problemet til pasienten. Sykepleieren vil kompensere for pasientens ressursvikt og tilpasse utøvelsen av pleien (Kristoffersen et al., 2016). Ved smerter vil sykepleierens behandlende funksjon omfatte medikamentell behandling, slik som bruk av smertestillende medisiner, men også variasjon mellom aktivitet

og avlastning slik at plagene med smerter ikke forverres (Kristoffersen et al., 2016). For eksempel sørge for god sovestilling på natten, gode sko for å beskytte knær og rygg, god stol å sitte i, men også bli aktivisert for å bevege kroppen. Tiltakene må tilpasses hver enkelt beboer, da smertene kan være lokalisert forskjellige steder på kroppen, men også være mest uttalt på forskjellige tider av døgnet.

Hvis det er slik at smerten ikke kan fjernes, så er det viktig med lindring. Den lindrende funksjonen fokuserer på å redusere eller begrense omfanget av belastninger. Belastninger kan være fysiske, psykiske, sosiale eller åndelige (Kristoffersen et al., 2016; Nordtvedt & Grønseth, 2016). Fokuset er å fremme opplevelsen av velvære. Smerter er en fysisk belastning, men det påvirker også menneskets psyke og det sosiale livet. Ved fysisk smerte kan smertestillende medisiner være aktuelle, samt tilpasse all aktivitet og hvile. Hvis det er smerter som påvirker gangfunksjonen slik at man ikke har mulighet til å komme seg ut i fellesmiljøet, vil det også påvirke det sosiale aspektet. Man kan føle seg isolert, som igjen påvirker psyken. For at sykepleieren skal kunne lindre smerten, er det viktig å rette oppmerksomheten mot beboerens opplevelse og erfaringer (Nordtvedt & Grønseth, 2016).

3 Metodekapittel

3.1 Litteratursøk

Dette er en litterær oppgave (Dalland & Trygstad, 2017). På bakgrunn av dette har jeg gjort litteratursøk, lest artikler og begrunnet hvorfor artiklene er aktuelle for min problemstilling. Senere i oppgaven vil styrker og svakheter i artiklene tas opp og drøftes under kildekritikk.

Litteratursøk har blitt gjort på bakgrunn av valgt tema for oppgaven. Problemstillingen har fokus på sykepleiernes erfaringer med behandling av smerter hos personer med demenssykdom på sykehjem. Derfor har litteratursøk tatt utgangspunkt i søkeord som «dementia», «pain», «pain management», «nurse» og «experience» med variasjoner, samt søk gjort på norsk. Ved litteratursøk har jeg fått hjelp av skolebiblioteket og en professor/assisterende forskningssjef i Innlandet Aldring og helse til søkeord og til å finne fram til artikler. Dette ble gjort for å kvalitetssikre søkene.

3.2 Søkehistorikk

Utvalget av aktuelle artikler ble valgt på bakgrunn av relevans for oppgavens problemstilling.

Tabell 1 - Søkehistorikk

Søk nr.	Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Antall treff	Antall valgt
1	3.12.19	Google Scholar	«Smertebehandling», «Demens»	380	Årstall: 2012-2020	239	1
2	3.12.19	CINAHL	«Dementia» AND «Pain» AND «Nurs*» AND «Experienc*»	60	Språk: «English» OR «Norwegian» Årstall: 2009-2020	35	2
3	13.03.20	CINAHL	«Pain measurement» AND «Pain management» AND «Meta synthesis»	2			1

Alle utvalgte artikler er basert på kvalitative studier.

I søk nr. 1 ble 1 av 239 artikler valgt og i søk nr. 2 ble 2 av 35 artikler valgt på bakgrunn av titlenes relevans og at de var publisert i anerkjente tidsskrifter for sykepleiere. Etter abstraktet

hadde blitt lest, vurderte jeg artiklene til å være relevant for oppgaven på bakgrunn av problemstillingen og metoden i studiene. Jenssen et al. (2013) sin hensikt var å finne ut hvilke erfaringer sykepleierne hadde med smertevurdering hos personer med langtkommen demenssykdom og språkvansker. Lillekroken & Slettebø (2013) sin hensikt var å finne ut sykepleiernes erfaringer med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens, mens Gilmore-Bykovskiy & Bowers (2013) sin hensikt var å undersøke hvordan sykepleiere tok avgjørelser for farmakologisk behandling av smerter hos personer med demenssykdom på sykehjem.

I søk nr. 3 ble 1 av 2 artikler valgt på bakgrunn av tittelens relevans, at den var publisert i et anerkjent medisinsk tidsskrift og ønsket om å inkludere en systematisk review-artikkel. Review-artikkel er basert på all tilgjengelig forskning som kan besvare problemstillingen og oppsummerer dette. Etter abstraktet hadde blitt lest, vurderte jeg artikkelen som relevant for oppgaven på bakgrunn av problemstillingen og metoden i meta-syntesen. Knopp- Sihota et al. (2019) foretok en systematisk review og oppsummerte funnene fra kvalitativ forskning som rapporterte barrierer og tilretteleggelse for smertevurdering hos sykehjemspasienter.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk blir, av Dalland & Trygstad (2017), beskrevet som å vurdere og karakterisere litteraturen som man har funnet. Slik får leseren et innblikk i refleksjonene som har blitt gjort i sammenheng med relevans og gyldighet av litteraturen for å belyse problemstillingen. Der sekundærkilder har blitt brukt, må det tas høyde for at primærkildene har blitt oversatt og fortolket av forfatterne av sekundærkilden (Dalland & Trygstad, 2017). Det må også tas høyde for at jeg har oversatt flere artikler til norsk og en mulighet for tolkning av innholdet. I oppgaven brukes kildehenvisning slik at det tydelig vises hvor informasjonen er hentet fra. Alle informanter og beboere fra litteratur og egen klinisk erfaring er anonymisert.

I oppgaven har jeg valgt å bruke kvalitativ forskning, da slik forskning fokuserer på meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2017). Slik har jeg funnet litteratur som har fokusert på sykepleiernes erfaringer.

På bakgrunn av at kvalitativ forskning omfatter færre informanter enn kvantitativ forskning, er det viktig å påpeke at funnene ikke kan generaliseres, men gir en indikasjon på felles opplevelser hos flere i samme yrkesgruppe. Dette på bakgrunn av at man ved intervju innhenter betydelig mengder med dybdeinformasjon som må sorteres og kategoriseres (Dalland, 2017).

Artiklene har blitt publisert i løpet av de siste 7 årene, noe som sikrer at nyere forskning har blitt lagt til grunn i denne oppgaven. Review-artikkelen inkluderer forskning som har blitt publisert mellom 1995 og 2018, men inkluderes likevel i oppgaven da den gir større innsikt i temaet relatert til problemstillingen.

Styrker ved artiklene er at innhentede data er godt beskrevet i metode- og drøftingskapitlene. Dette øker troverdigheten. To av artiklene er norske, dermed vil det være større overførbarhet enn ved de to utenlandske artiklene. Det må påpekes at informantene kommer fra et lite geografisk område innad i to forskjellige områder i Norge. Likevel forteller informantene om noen like eller tilnærmet like erfaringer fra sine arbeidsplasser. De fleste informantene hadde erfaringer med å pleie personer med demenssykdom, men med varierende grad av grunnleggende kunnskaper, kursing og videreutdanning. Aldersspenn hos informantene og varierende erfaring gir et bredere perspektiv på hvilke erfaringer sykepleierne har. Dette gjenspeiler også virkeligheten i det norske helsevesenet. Review-artikkelen inkluderer i tillegg til sykepleiernes erfaringer, også pasientens og øvrig helsepersonells perspektiv og på et organisatorisk nivå.

Svakheter ved studiene er at overførbarheten kan diskuteres hos spesielt to av artiklene. Gilmore-Bykovskiy & Bowers (2013) sin artikkel har foregått i USA, mens review-artikkelen til Knopp-Sihota et al. (2019) har samlet artikler fra USA, Canada, Australia, England, Irland, Japan, Island og Israel. Helse-systemene i disse landene er forskjellig fra Norge, blant annet har USA registered nurse (tilsvarende bachelor i sykepleie) og licensed practical nurse (tilsvarende helsefagarbeider). Likevel skiller det lite mellom disse i studiene, da vurdering av smerter inngår som tema i begge. Landenes samfunnsoppbygging- og systemer, økonomi og grunnleggende verdier er ikke så ulikt det vi har i Norge, og dermed vurderes studiene til å være overførbare. En artikkel benytter seg av fokusgrupper, noe som kan føre til konsensus blant informantene. Dette kan begrense variasjonen i svarene fra sykepleierne. Til sammenligning kan undersøkelsen hvor informantene fikk betalt 15 dollar per intervju, også

føre til at informantene hadde feil intensjoner med intervjuet enn det faglige, selv om beløpet var begrenset.

I artikkelen hvor begrepet helsepersonell ble brukt, ble flere arbeidsgrupper enn bare sykepleiere inkludert. Selv om begrepet inkluderer en bredere arbeidsgruppe enn i min problemstilling, blir artikkelen vurdert som relevant og god da den gir et bredere perspektiv på hvordan vurdering og behandling av smerter foregår på ulike institusjoner.

3.4 Annen relevant litteratur

Jeg har i hovedsak brukt fem fagbøker i denne litterære oppgaven i undergruppene teori om eldre og demenssykdom, personsentrert omsorg og sykepleierens ansvars- og funksjonsområder. Begrunnelsen for benyttede bøker i oppgaven er at de er publisert i nyere tid, har anerkjente forfattere og inneholder allerede godt kjent litteratur fra fagmiljøet.

Demensboken til Engedal & Haugen (2018) viser et klart skille mellom å leve med og uten en kognitiv funksjonssvikt, og gir derfor leseren god innsikt i sykdommens forløp og symptomer. Boken er en videreføring av «Lærebok: Demens fakta og utfordringer 2.utg» utgitt i 2009 av de samme forfatterne. Denne utgaven ble brukt i begynnelsen av arbeidet med bacheloroppgaven frem til jeg ble gjort oppmerksom på ny bok av Engedal & Haugen (2018).

Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff (2014) gir leseren god innsikt i teori om eldre, deres hjelpebehov, kartlegging, helseproblemer og prinsipper for god sykepleie hos den eldre pasienten. Boken inkluderer også personsentrert omsorg, men her har jeg i tillegg brukt boken «Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens» av Rokstad (2014) som beskriver personsentrert omsorg i et videre omfang.

Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder har blitt hentet fra kapittel 1 i «Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon» av Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø (Red.), (2016) og kapittel 1 i «Klinisk sykepleie bind 1» av Nordtvedt & Grønseth (2016). Oppgaven bygger på ansvars- og funksjonsområdene forebyggende, behandlende og lindrende funksjon.

Lovverket som benyttes i oppgaven er hentet direkte fra www.lovdata.no og Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer fra www.nsf.no.

4 Forskningsartikler

Forskningen jeg har funnet på området tar for seg sykepleiernes erfaringer med smertebehandling hos personer med demenssykdom, i hovedsak på sykehjem, som er samme tema som tas opp i min problemstilling. Gjennom kvalitativ forskning kommer sykepleiernes erfaringer fram, og gjennom forskjellige intervjuguider tillates informantene å fordype seg i temaene som tas opp. Hovedfunnene til artiklene peker på noen likheter, slik som usikkerhet ved kartlegging på bakgrunn av personens kognitive svikt, hvorvidt smerter var synlige/usynlige eller selvfølgelige/ikke selvfølgelige, hvilke kunnskaper sykepleierne har om sykdommen og kunnskap om hvilke smertekartleggingsverktøy som er tilgjengelige. Review-artikkelen oppsummerer funnene fra 31 artikler og deler disse inn i 3 kategorier med totalt 9 undergrupper.

Tabell 2 – Resultat av søk

<i>Nr</i>	<i>Tittel</i>	<i>Forfatter</i>	<i>Tidsskrift</i>	<i>Hensikt</i>	<i>Metode</i>	<i>Funn</i>
1	Smertebehandling til personer med langtkommen demens.	Jenssen, G.-M., Tingvoll, W.-A. & Lorem, G.F.	Geriatrisk sykepleie. 2013.	Finne ut sykepleiernes erfaringer med å vurdere smerte hos personer med langtkommen demens og språkvansker.	Kvalitativ metode med individuelt semi-strukturert forskningsintervju av 5 sykepleiere.	Sykepleierne pekte på at det var usikkerheter knyttet til smertekartlegging, da det var vanskelig å tolke pasientens uttrykk.
2	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.	Lillekroken, D. & Slettebø, Å.	Nordic Journal of Nursing Research. 2013.	Finne ut sykepleiernes erfaringer med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.	Kvalitativ metode med tre ulike fokusgruppeintervjuer (6, 5 og 7 deltakere i hver av gruppene) med en semi-strukturert intervjuguide.	Kategorisert i tre undergrupper: 1) pasients alder, komorbiditet og polyfarmasi, 2) rutine på smertekartlegging og smertelindring, og 3) etiske dilemmaer ved smertelindring hos pasienter med demens
3	Understanding nurses' decision to treat pain in nursing home residents with dementia.	Gilmore-Bykovskiy, A. L. & Bowers, B. J.	Research in Gerontological Nursing.	Undersøke hvordan sykepleiere tok avgjørelser for farmakologisk	Kvalitativ metode med 15 dybdeintervjuer av	Sykepleiere erfarte varierende grad av sikkerhet angående mistenkt smerte og om

			2013.	behandling av smerter hos pasienter med demens på sykehjem.	13 sykepleiere i Wisconsin.	smerter var synlig/selvfolgelige eller usynlig/ikke selvfolgelige. Pasienter med demens ble beskrevet som en gruppe som var utsatt for underkartlegging, underbehandling og forsinket start av smertebehandling.
4	Factors associated with pain assessment for nursing home residents: a systematic review and meta-synthesis.	Knopp-Sihota, J. A., Dirk, K. L. & Rachor, G. S.	Journal of the American Medical Directors Association. 2019.	Review og oppsummerer funnene fra kvalitativ forskning som rapporterer barrierer og tilretteleggelse for smertevurdering hos sykehjemspasienter.	Review-artikkel og meta-syntese av 31 studier.	Tre undertemaer hos pasientene, helsepersoneller og i helsetjenesten. Nøkkelbarrierer for smertevurdering inkluderer pasientens kognitive svikt, helsepersonellens mangel på kunnskap og dårlig kommunikasjon på tvers av helsetjenestens hierarki. Nøkkeltilretteleggelser for smertevurdering inkluderer identifiseringen av smertepreget oppførsel hos pasientene, erfaringer og kunnskaper hos helsepersonellet og utvikling av smertevurderingsprotokoller og retningslinjer.

5 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte resultatene fra de aktuelle studiene sett i lys av relevant litteratur og teori. For å strukturere drøftingskapitlet, har jeg sortert funnene fra de aktuelle studiene inn i 7 underkategorier.

Tidligere i oppgaven har jeg brukt benevnelsen personer med demenssykdom da jeg har skrevet om gruppen som en helhet. I dette kapitlet vil personer med demens bli omtalt som beboere, da jeg har fokus på de som bor på sykehjem og har langtidsplass. Benevnelsen eldre brukes også.

Litteraturen peker på at det har blitt gjort lite forskning på sykepleiernes erfaringer med smerter hos beboere (Lillekroken & Slettebø, 2013). Knopp-Sihota et al. (2019) skriver også at deres review-artikkel er den første av sitt slag som identifiserer og rapporterer barrierer og oppsummerer funn relatert til smertevurdering i sykehjem for både sykehjemsbeboere, helsepersonell og på et helseorganisatorisk nivå. Dette viser også behovet for mer forskning på dette området.

5.1 Kommunikasjon mellom sykepleier og beboer

Kommunikasjon mellom sykepleier og beboer kan være en barriere for et godt samarbeid om smertelindring. Som nevnt er det i denne oppgaven fokus på beboere med demenssykdom på sykehjem, og dermed har de oftest en moderat til alvorlig grad av demens. Demenssykdom påvirker hukommelsen og tankeevnen, som igjen påvirker språket (Bertelsen, 2016; Engedal & Haugen, 2018b). Språkproblemer kan oppstå i sykdomsforløpet (Engedal & Haugen, 2018b), og oftest hos sykehjemsbeboere (Folkehelseinstituttet, 2018).

Noen beboere har vanskeligheter med å uttrykke smerter verbalt (Jenssen et al., 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013). Dermed blir det også vanskeligheter med vurdering og behandling av smertene, da det settes større krav til sykepleierens evne til å oppfatte signaler. Atferd var kommunikasjonsmetoden og signalene hos beboeren som kom til uttrykk, spesielt ved lite tilfredsstillende livssituasjon (Rokstad, 2008). Personsentrert omsorg fokuserer på individuell tilnærming og kunnskap om beboerens levde liv, noe som vil øke sykepleierens

kunnskaper om beboerens signaler (Rokstad & Røsvik, 2018). Uten slik kunnskap, kunne det føre til usikkerhet og benyttelse av «prøve og feile-metode» da beboeren verken kunne bekrefte eller avkrefte smertene, ikke fikk diskutert dette med beboeren eller forble uoppdaget (Jenssen et al., 2013). Sykepleierne kan også ha feilaktige holdninger overfor beboerne, som blir en ytterligere barriere (Häikiö, 2015).

Smertelindrende medisiner kan øke forvirringstilstanden, og kommunikasjonsproblemer hos personer med demens kan gjøre sykdomsbildet ytterligere komplisert. Likevel viser funnene i studien at uansett årsak, så ønsker sykepleierne å lindre smerte hos denne pasientgruppen (Lillekroken & Slettebø, 2013). Dette vises blant annet gjennom sykepleierens forebyggende, behandlende og lindrende funksjonsområder samt yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleieforbund, 2019; Kristoffersen et al., 2016; Nordtvedt & Grønseth, 2016). Studien peker på at systematisk vurdering og dokumentasjon vil bidra til bedre kvalitet i demensomsorgen og vil øke utøvelsen av faglig forsvarlig pleie. En slik faglig forsvarlig praksis betinger klinisk kunnskap, at man er godt kjent med beboerne og har tid til refleksjon med kollegaer i praksis (Lillekroken & Slettebø, 2013). Teorien reflekterer dette gjennom personsentrert omsorg og sykepleiernes funksjonsområder (Rokstad, 2014; Rokstad & Røsvik, 2018; Kristoffersen et al., 2016; Nordtvedt & Grønseth, 2016).

Knopp-Sihota et al. (2019) fant tre undertemaer blant beboerne i sin syntese; fysisk/kognitiv svikt, holdninger og sosiale/kulturelle/demografiske faktorer. Sistnevnte vil jeg ikke gå nærmere inn på i oppgaven. Kognitiv svikt var det største undertemaet i pasientperspektivet, hvor studier påpekte kognitiv svikt som en barriere i smertevurdering. Sykepleierne uttrykte vanskeligheter med å vurdere smerter hos beboere med langtkommen demens da de ofte hadde kommunikasjonsproblemer. Atferden ble sett på som både en barriere og tydeligste fasilitator for adekvat smertevurdering, uavhengig av kognitiv status. Beboerens holdninger påvirket også smertevurderingen, blant annet ved at noen var stæ og ikke ville fortelle om smertene, redde for å miste selvstendigheten og at det var en naturlig prosess ved å bli gammel. Det kom også fram at noen av beboerne ikke ba om smertestillende fordi de var redde for å plage helsepersonellet og bli sett på som «vanskelige beboere». Dette reflekteres også i litteraturen til Häikiö (2015), hvor forfatteren beskriver de samme funnene som barrierer. Helsepersonell kan ha feilaktige holdninger og nedprioritering av smerte i sitt arbeid (Häikiö, 2015). Slike barrierer blir enda tydeligere når beboeren ikke klarer å kommunisere på bakgrunn av sin kognitive svikt.

5.2 utfordringer knyttet til vurdering og behandling

Rustøen et al. (i Torvik & Bjørø, 2014) sier at smerter er et vanlig helseproblem hos eldre, og ca. hver tredje nordmann over 60 år lider av langvarige smerter. Dette samsvarer med tallene til Nygaard & Jarland om at 60-80 prosent av sykehjemsbeboerne har smerter (i Sandviken & Husebø, 2011). I tillegg vil personer med demenssykdom være spesielt utsatt for underbehandling da de lenger ut i sykdomsforløpet vil ha vanskeligheter med å uttrykke smerter verbalt (Lillekroken & Slettebø, 2013; Sandviken & Husebø, 2011; Engedal & Haugen, 2018b). Slik kan det oppstå underrapportering fra beboeren selv og mistolkning av beboers signaler av sykepleierne. Studiene viste at sykepleierne hadde et stort ønske om å lindre smerter hos beboerne, men fremgangsmåten var noe ulik. Dette reflekteres gjennom sykepleiernes forebyggende, behandlende og lindrende funksjonsområder (Kristoffersen et al., 2016; Nordtvedt & Grønseth, 2016).

Når sykepleierne ikke helt visste om beboerne hadde smerter, gikk de fram med en «prøve og feile-metode». Dette ble brukt for at beboerne heller skulle bli smertelindret enn å gå rundt med smerter. Det medførte at noen stod i fare for overbehandling. Ved overbehandling menes det for mye smertelindring eller som de ikke hadde behov for i det hele tatt (Jenssen et al., 2013). En slik «prøve og feile-metode» beskriver også Gilmore-Bykovskiy & Bowers (2013) i sin studie. Denne fremgangsmetoden resulterte i forsinket behandling. Forsinkelse i behandlingen hendte oftere med de som hadde langtids plass på sykehjem, en demenssykdom, historie med legemiddelsøking og hos dem som ikke hadde noen synlige eller åpenbare grunner til smerter. På den annen side fikk de oftere raskere behandling hvis de hadde korttidsopphold, ikke demenssykdom, var i palliativ fase eller hadde synlige eller åpenbare grunner til smerter (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013). Til tross for plikten til forsvarlig og omsorgsfull hjelp, så viser resultatene i studier at etterlevelsen ikke var tilstrekkelig (Helsepersonelloven, 1999; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Dette står i motsetning til personsentrert omsorg, der verdsetting av personer med demenssykdom, deres perspektiv, behovet for individuell tilnærming og et støttende sosialt miljø er viktig (Rokstad & Røsvik, 2018).

Sykepleierne i studien til Jenssen et al. (2013) viser til at beboerne på sykehjemmene fikk ordinert fast smertelindring da de var redde for at behovet for smertelindring skulle mistolkes eller bli oversett. Ved mistolkning av beboernes signaler, kunne det bli forsinkelser i

behandlingen av smertene (Jenssen et al., 2013; Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013). Hvorvidt fast ordinerings med fare for bivirkninger er forsvarlig og omsorgsfullt bør diskuteres. Informantene opplevde vanskeligheter med beboersamarbeid når det kom til smertekartlegging. Likevel påpekte de viktigheten av å få til en ordentlig utredning, slik at smertelindringen ble riktig og optimal (Jenssen et al., 2013).

Sykepleierne skilte mellom sikkerhet og usikkerhet knyttet til smerte. Smerteindikatorer som tydet på smerter, førte til at sykepleierne også mistenkte sterkere smerter og som ga en større sannsynlighet for rask behandling (Gilmore-Bykovskiy, 2013). Basert på at smerter ikke er forventet hos langtidsbeboere og vanligvis ikke synlige eller åpenbare, så ble det regnet som unormalt, men nødvendig med ytterligere vurderinger av sykepleieren (Gilmore-Bykovskiy, 2013). Hvis smertene var synlige eller åpenbare var det lettere å vurdere og behandle disse. Beboere som viste vage, generelle atferdsendringer var minst sannsynlig for å motta smertelindring eller hadde lengst tid før behandlingen ble startet da beboernes signaler var vanskelige å tolke for sykepleierne (Gilmore-Bykovskiy, 2013). Rutiner preget også vurdering og behandling av smerter, noe som drøftes senere i oppgaven. Tilliten og pasientsikkerheten trues når sykepleierne opplever stor usikkerhet knyttet til vurdering og behandling av demenssykdom og smerter.

Målet med vurdering og behandling av smerter hos beboerne med demenssykdom var å returnere beboerne til baselinefunksjon ved å redusere atferdssymptomer. Dette skiller denne pasientgruppen fra gruppen uten demenssykdom, da målet her var å få bekreftet smerten og effekten av smertelindringen (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013). Slik kan det tolkes at personer med demenssykdom er mindre verdsettende enn de som ikke har en sykdom.

Review-artikkelen til Knopp-Sihota et al. (2019) viser en sammenheng mellom positiv holdning og smertelindring. Her så man at ved å ha en positiv holdning til eldre og smerter, økte intensjonen med og vurderinger av smerter. Dette må ses i lys av faglig usikkerhet og sykepleieres yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Sykepleiere har funksjonsområder som omhandler forebyggende, behandlende og lindrende pleie, og dette vil ikke bli ivare tatt ved mangelfull smertevurdering. Formålet med sekundærforebygging er å begrense omfanget av smertene (Helsedirektoratet, u.å.). Lovverket påpeker også faglig forsvarlig og omsorgsfull pleie, noe som heller ikke gjennomføres slik studiene beskriver dagens praksis (Helsepersonelloven, 1999; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

5.3 Faglig usikkerhet

God faglig kunnskap og erfaring blir sett på som viktig i alle studiene. Likevel viser studiene at det er faglig usikkerhet hos sykepleierne som preget arbeidshverdagen når det gjelder vurdering og behandling av smerter. Helsepersonellet i studien til Knopp-Sihota et al. (2019) påpeker at kunnskaper og ferdigheter var den største barrieren. Noen studier viste at personalet søkte etter ekstern kunnskap og støtte for å forbedre smertevurderingen, og viste at økt kunnskap hos personalet resulterte i bedre smertevurdering.

Eldre mennesker har ofte flere sykdommer, og et uavklart sykdomsbilde vanskeliggjør vurdering av beboerens tilstand, spesielt ved demenssykdom. Signalene som beboerne sender ut kan bli vanskelige å oppfatte og tolke riktig (Jenssen et al., 2013). En viktig forutsetning nettopp for å kunne oppfatte og tolke riktig er kunnskap om medisiner, demens og utviklingen av denne sykdommen (Jenssen et al., 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013). Demensplan 2020 påpeker viktigheten av kunnskap om beboerens levde liv, bakgrunn, personlighet og vaner i tillegg til helsetilstanden (i Rokstad & Røsvik, 2018). Slik vil tilliten øke.

Informantene til Gilmore-Bykovskiy & Bowers (2013) fortalte at sikkerhetsnivået av tilstedeværende smerter var den viktigste faktoren for at smertene skulle bli behandlet farmakologisk. Beboerens karakter og fravær eller tilstedeværelse av åpenbar grunn til smerte, påvirket også graden av sikkerhet hos sykepleierne. Synlige eller åpenbare grunner ble sett på som en tilstand eller forventet resultat som innebar smerter som operativt inngrep (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013). Selv om sykepleierne ikke trodde det var mulig å kartlegge den eksakte årsaken til atferdsendringen, vurderte de en tilbakevending til baseline som en indikasjon på at kombinasjonsintervensjoner som ble utført lettet årsakene til atferdsendringer. Sykepleierne uttrykte stor usikkerhet rundt smerter hos beboere med demenssykdom på grunn av beboernes manglende evne til å tolke og svare på nøyaktig på vurderings spørsmål. På denne måten vil det være umulig å noensinne oppnå sikkerhet i fravær av en mer åpenbar grunn til smerter (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013). Selv når beboerne selvrapporterte smertene fortolket sykepleierne smertene og rapporterte endringer av normal atferd hos beboeren. De hadde da en usikkerhet knyttet til pålitelighet av fysiske plager og om smerter var årsaken til atferdsendringen (Gilmore-Bykovskiy, 2013).

En av informantene til Lillekroken & Slettebø (2013) fortalte om at jo eldre beboeren var, jo lavere toleranse for legemidler hadde vedkommende. Det blir da vanskelig å gi medisiner på bakgrunn av bivirkninger. Utsagnet kan etter min mening tolkes på to måter. Det ene er at det vanskelig å gi medisiner fysisk på grunn av bivirkninger man observerer, som bør viderefremmes til lege for ny vurdering. Den andre måten å tolke utsagnet på, er at det er generelt vanskelig å gi medisiner fordi beboeren har vanskeligheter med å svelge tabletter (Lillekroken & Slettebø, 2013). Personalets holdninger påvirker smertevurderingen, viser syntesen til Knopp-Sihota et al. (2019). Noen trodde at smerter var en vanlig prosess av å bli eldre som resulterte i en partisk vurdering og mangel på erkjennelse av smerter hos beboerne (Knopp-Sihota et al., 2019). Andre kunne ha misoppfatninger om eldre og smerter, som hindret adekvat smertelindring (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013). Noen fryktet overmedisinering. Studier viser at erfaring og innsats for å øke kunnskapen om smertevurdering resulterte i en mer positiv holdning til eldre og smerter, samt intensjonen med å få utført smertevurdering. Noen så på smerter som universelle plager, uavhengig av sosial, kulturell og demografisk bakgrunn (Knopp-Sihota et al., 2019). Slik holdning til smerter, vil ivareta sykepleierens funksjonsområder, yrkesetiske retningslinjer og lovverket for å yte forsvarlig og omsorgsfull pleie (Kristoffersen et al., 2016; Nordtvedt & Grønseth, 2016; Norsk Sykepleieforbund, 2019; Helsepersonelloven, 1999)

«Prøve og feile-metoden» gjenspeiler faglig usikkerhet hos sykepleierne. Gjennom denne metoden kunne noen beboere bli satt på smerteplaster for å lindre smerter, men dette ga bivirkninger. Informantene ble da bekymret for om beboerens kognitive tilstand ble forverret, men la fokus på at beboeren ikke skulle lide unødig av smerter (Jenssen et al., 2013). Her la sykepleierne fokus på sekundærforebygging, da de ønsket å begrense varigheten og intensiteten på smertene (Helsedirektoratet, u.å.) Manglende kompetanse gjør fagfolk mindre kritisk til polyfarmasi (studie utført av Førde, Pedersen, Nordtvedt & Aasland, 2006, i Jenssen et al., 2013). Dette viser også studien til Gilmore-Bykovskiy & Bowers (2013) da informantene fortalte at de ikke anså smertelindrende medisiner som skadelig i tilfeller der smerter ikke kunne påvises som årsak til atferdsendringer. Metoden resulterte i utprøving av forskjellige kombinasjoner av medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak for å lindre det underliggende ubehaget (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013). Hovedfokuset hos sykepleiere ved «prøve og feile-metoden» var alltid å redusere lidelsen, men med varierende grad av vellykket lindring. Slik reflekteres sykepleierens funksjonsområder (Kristoffersen et al., 2016; Nordtvedt & Grønseth, 2016). Likevel ble usikkerheten knyttet til observasjoner og

om atferden var endret på grunn av smerter eller noe annet. Det er viktig med sykepleiere på jobb som har gode faglige kunnskaper for å avdekke slike behov (Jenssen et al., 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013; Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013). Personsentrert omsorg vil gi sykepleierne kunnskaper om og verktøy til å handle forsvarlig og omsorgsfullt (Rokstad & Røsvik, 2018).

Personalets forhold til beboerne påvirker smertevurderingen da personalet visste hvordan beboerne uttrykte smerter og det var lettere å observere smertepreget atferd hos de med kognitiv svikt. Helsepersonellens erfaringer, selvtillit og følelse av kontroll preget hvordan smertevurderingen ble foretatt.

Flere av studiene påpekte mangelen på god dokumentasjon for å sikre god smertevurdering og behandling. I sykehjemsjournalene var det sjeldnere dokumentert smerterelaterte diagnoser hos ikke-kommunikative beboere enn hos de som kunne kommunisere (Jenssen et al., 2013). Dette støttes av Gilmore-Bykovskiy & Bowers (2013) sin forskning, som også påpeker at selv om sykepleierne følte stor usikkerhet ved deres evne til å konstatere mistenkte smerter, så fulgte de ikke egen overbevisning eller dokumenterte effekten av smertelindringen. Slik kan man tolke at verdsettingen av personer med demenssykdom, spesielt med kommunikasjonsvansker, er lavere enn hos dem som ikke har demenssykdom eller kommunikasjonsproblemer. Dette strider mot personsentrert omsorg som har fokus på verdsetting og nødvendigheten av å innta perspektivet til beboeren med demenssykdom (Rokstad & Røsvik, 2018). Ved å øke den faglige kunnskapen hos sykepleierne, vil også kommunikasjon, rutiner og lovverk ivaretas bedre.

5.4 Manglende rutiner

Rutiner er viktig for å strukturere arbeid og sørge for kontinuitet. I studiene blir det påpekt at få eller ingen av informantene hadde rutiner for benyttelse av kartleggingsverktøy. Noen kunne bruke kartleggingsverktøy som var beregnet for et annet formål for å kartlegge smerter (Jenssen et al., 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013). Andre forteller at de var sikre på at de ikke brukte noen kartleggingsverktøy på avdelingen (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Ifølge Gilmore-Bykovskiy & Bowers (2013) finnes det er hierarki i smertevurderingsmetode. Dette resulterer i en lik «prøve og feile-metode» som nevnt tidligere i drøftingen. Ved godt innarbeidede rutiner, sammen med økt kunnskap om demenssykdom, vil sykepleierne klare å identifisere smertene og behovet for smertelindrende medisiner tidligere.

Selv om det var manglende rutiner for bruk av kartleggingsverktøy på flere poster, fortalte noen informanter om at de hadde kunnskap om smertekartleggingsverktøy. Få informanter kunne nevne noe annet kartleggingsverktøy enn NRS (Numeric rating scale). Det som begrenset dem i bruken var usikkerhet ved om dette kunne brukes til personer med demenssykdom. Derfor er det viktig at sykepleierne får kjennskap til og kunnskap om observasjonssmertekartleggingsverktøy (Lillekroken & Slettebø, 2013; Torvik & Bjørø, 2014). Både Doloplus-2 og MOBID-2 er kartleggingsverktøy som er tilpasset personer med demenssykdom da de begge er basert på observasjon (Torvik & Bjørø, 2012). Knopp-Sihota et al. (2019) påpeker sykepleiernes ønske om økt bruk av non-verbale vurderinger hos personer med demenssykdom, da muntlig spørsmål fra helsepersonellet og selvrapportering fra beboeren ble sett på som barrierer på grunn av begrenset informasjon som følge av kognitiv svikt. De ønsket non-verbale kartleggingsverktøy og bruk av atferdsskjemaer, bildeskjemaer og skriftlig dokumentasjon på avdelingen (Knopp-Sihota et al., 2019). Likevel må det tas i betraktning at beboere med demenssykdom kan ha vansker med å oppfatte spørsmål, men også vansker med verbalisering og forstå sanseintrykk (Engedal & Haugen, 2018b).

Flere av informantene påpekte manglende rutiner for å vurdere virkningen av påbegynt smertelindring og eventuelt seponere smertelindrende medisiner (Lillekroken & Slettebø, 2013; Gilmore-Bykovskiy, 2013). Det var også mangelfulle rutiner for valg av smertelindrende medisiner. Individuelle forskjeller og behov gjorde smertelindring ekstra utfordrende (Jenssen et al., 2013; Gilmore-Bykovskiy, 2013).

Sykepleierne som jobbet på sykehjem uttrykte et ønske og behov for felles retningslinjer om hvordan de skulle forholde seg til smertelindring, noe som sykepleierne på sykehuset sa seg enig i. I tillegg var det ønskelig med retningslinjer for å vurdere hvor mye og hvor ofte beboeren trengte smertelindring. De pekte på at gjeldende rutine er at hvis beboeren forteller at han har vondt, så får han smertestillende. Slik ble evalueringen foretatt fortløpende og det var ingen faste rutiner på dokumentasjon. Likevel ble felles rutiner møtt med skepsis blant noen av informantene, da smerte ikke kan standardiseres (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Implementering av retningslinjer gjør sykepleierne mer klar over og øker smertevurderingen (Knopp-Sihota et al., 2019).

En fellesnevner for studiene er at det jevnt over er liten dokumentasjon av beboernes smerter, hvilke vurdering som har blitt gjort og effekten av smertelindringen. Dette ser man konsekvensen av, spesielt ved tverrfaglig samarbeid. Studien til Gilmore-Bykovskyi & Bowers (2013) påpeker at det kun var ved uoppklarte atferdsendringer som varte over en lenger periode at man dokumenterte dette. Slik vil det være vanskeligere for sykepleierne å gjøre en god vurdering om beboerne har smerter, da dokumentasjonen ikke er god. I tilfeller hvor det ble gjennomført økt dokumentasjon, ble det sett på som upraktisk for å adressere smerter hos pasienter med jevne mellomrom (Knopp-Sihota et al., 2019). Lovverket påpeker dokumentasjonsplikten og at det må ha godt faglig innhold (Helsepersonelloven, 1999), men hvorvidt dette følges i praksis kan diskuteres da studiene beskriver liten og/eller dårlig dokumentasjon.

5.5 Tverrfaglig samarbeid

For at beboerne skal få en helhetlig omsorg, er det viktig med tverrfaglig samarbeid. Dette sikres gjennom god kommunikasjon og gjensidig respekt. Knopp-Sihota et al. (2019) påpeker interpersonell kommunikasjon som det største undertemaet på helsesystemnivå.

Informantene i studien vektla godt samarbeid med kollegaer, legen og pårørende for å sikre god smertelindring (Jenssen et al., 2013). På den ene siden påpekes det at noen erfarte samarbeidsproblemer med legen som kan gi mangelfull smertelindring. Problemene kunne knyttes til at sykepleierne ikke fikk aksept for vurderingene de hadde gjort, spesielt ved mangel på behandlingsrespons. Her kunne det bli vanskelig å få forståelse fra legen når det gjaldt øking av allerede påbegynt smertebehandling. På den andre siden påpekte andre informanter at på deres institusjoner var det et godt samarbeid med legen og bedre forståelse for hverandres faglige synspunkter. Dette førte til bedre smertelindring (Jenssen et al., 2013). Dårlig kommunikasjon med behandler og mangel på involvering var barrierer for samarbeid i team (Knopp-Sihota et al., 2019). Gjennom lovverket har sykepleierne et krav om å innhente bistand ved behov. God kommunikasjonen med lege og annet helsepersonell vil være nødvendig for å yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999).

På den ene siden påpekes det at informantene kan virke restriktive ved administrering av smertelindrende medisiner, noe som kan forklares ved at smertestillende medisiner kan øke grad av forvirring og ytterligere svekke pasientens kognitive funksjon. På den andre siden opplevde også sykepleierne å møte restriktive leger når smertelindringen ikke ga ønsket effekt (Jenssen et al., 2013). Polyfarmasi øker faren for interaksjoner og bivirkninger (Lillekroken & Slettebø, 2013). Dette må diskuteres med legen for å få en felles forståelse for smertelindringen. Uten god kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og lege, vil det ha en negativ effekt for beboerne. Det er også nødvendig med kompetanseutvikling hos sykepleierne for å få en bedre forståelse for demenssykdom og smerter.

Dårlig kommunikasjon blant kollegaer kan føre til mangelfull dokumentasjon og uenigheter rundt beboerens behov. Helsepersonelloven (1999) påpeker at man som helsepersonell har dokumentasjonsplikt og har krav til innhold i journal. Blant annet skal det dokumenteres relevante og nødvendige opplysninger om beboeren og helsehjelpen, herunder smerter (Helsepersonelloven, 1999). Slik kunne legen få sprikende tilbakemeldinger, noe som gjorde legen usikker og kanskje fikk ikke beboeren smertelindring i det hele tatt (Jenssen et al., 2013). En mulig løsning for å bedre kommunikasjonen og få et bedre samarbeid er å avsette tid til refleksjon rundt erfaringer blant de ansatte (Jenssen et al., 2013). Dårlig kommunikasjon blant kollegaer inkluderer også liten respekt for ufaglærte, i tillegg til dårlig erkjennelse eller følelse av å bli ignorert i kommunikasjonen med annet helsepersonell (Knopp-Sihota et al., 2019).

De pårørendes tilbakemeldinger ble sett på som veldig verdifulle, da de noen ganger forstod beboerens uttrykk og atferd bedre enn personalet selv (Jenssen et al., 2013; Knopp-Sihota et al., 2019). For at sykepleierne skal kunne yte en personsentrert omsorg, er det viktig med informasjon om beboerens levde liv (Rokstad, 2014; Rokstad & Røsvik, 2018). Man er også gjennom lovverket pliktet til å involvere pårørende der beboer ikke har samtykkekompetanse (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

5.6 utfordringer ved strukturelle rammer

Det er viktig med god ledelse på et organisatorisk nivå for å oppnå forsvarlig og omsorgsfull pleie (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsepersonelloven, 1999; Norsk Sykepleieforbund, 2019). Ledelsen skal legge til rette for kompetanseutvikling, god faglig praksis og kvalifisert personell. Likevel ser man utfordringer med dette i praksis.

Mangel på fagfolk og stor utskifting blant personalet er en stor utfordring for å sikre kontinuitet og faglig sikkerhet. Ved stor mangel på fagpersonell som sykepleiere, hendte det at ufaglærte ble satt opp for å dekke fagpersonellets vakter (Jenssen et al., 2013). Det er også en faglig usikkerhet hos ufaglærte da de ikke har lært å observere og oppfatte signaler slik som man gjør ved en bachelorutdanning i sykepleie. En av informantene til Jenssen et al. (2013) fortalte om at to ufaglærte på en avdeling ikke hadde oppdaget at en beboer hadde urinveisinfeksjon fordi de ikke hadde kunnskaper nok til å forstå dette. Det er viktig med kompetanseutvikling hos hele personalet. Økt kunnskap om demenssykdom, smerter, vurdering- og kartleggings skjema vil være nødvendig for god praksis. Likevel var det få arbeidsplasser som hadde fokus på og la til rette for kompetanseutvikling. I Jenssen et al. (2013) sin forskning, ble det påpekt at det kun var spesielt interesserte eller de som ville bruke fritiden sin som klarte å tilegne seg kunnskaper og holde seg oppdatert. Dette er en svakhet som også ligger på et organisatorisk nivå.

Det kan tenkes at manglende forståelse hos ledelsen for behov til faglig oppdatering hos ansatte kan være en medvirkende årsak til at nødvendig kartleggingsverktøy ikke blir tatt i bruk (Jenssen et al., 2013). Det er utviklet flere kartleggingsverktøy tilpasset personer med demenssykdom, slik som Doloplus-2 og MOBID-2 (Torvik & Bjørø). Ledelsen må tilrettelegge for at sykepleierne skal få kunnskap om og mestre disse verktøyene. Personalet må også få avsatt tid til faglig refleksjon og drøfting i arbeidstiden, da ulike erfaringer kan gi et nytt perspektiv på deres eget arbeid. Dette omfatter også etiske dilemmaer. Slik vil man få et utviklende fagmiljø som er til det beste for både beboeren, helsepersonellet og ledelsen. Ressurser, som kartleggingsverktøy og helsepersonell, ble enten en barriere eller fasilitator for smertevurdering. Blant annet mangel på kompetent helsepersonell, slik som smertespesialister, geriater og palliativt team, personell med lite kunnskaper eller mye utskiftninger samt mangel på kunnskapsutvikling hos personalet, ble sett på som barrierer (Knopp-Sihota et al., 2019). Kommunene har også et ansvar for nødvendig og forsvarlig

helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Uten at kommunene følger lovverket, vil også helsepersonellens etterlevelse bli vanskeligere (Helsepersonelloven, 1999). Ved at ledelsen tar ansvar for kompetanseutvikling og tilstrekkelig med ressurser, vil kvaliteten på arbeidet bedres og bli ivaretatt.

5.7 Juridisk og etisk rammeverk kontra praksis

Lovverk og etikk skal sikre faglig forsvarlig og omsorgsfull praksis. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), Helse- og omsorgstjenesteloven (2011), Helsepersonelloven (1999) og sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleieforbund, 2019) skal reflekteres i klinisk arbeid. Gjennom lovverket har sykepleierne krav til å yte omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999). Selv om lovverket og etiske retningslinjer gir føringer for en forsvarlig og omsorgsfull praksis, kan det være annerledes i praksis. Når man leser artiklene må det tas høyde for at to av studiene er fra andre land, slik at lovverket kan være ulikt.

Lillekroken & Slettebø (2013) var den eneste av de utvalgte artiklene som beskriver temaer som spesifikt går inn under juridisk og etisk rammeverk. Informantene uttrykker etiske dilemmaer ved smertelindring hos personer med demenssykdom. Intensjonen var å lindre smerte, men pasienten ville kanskje ikke ta imot smertestillende og trengte mye motivasjon fra sykepleiere som fra før hadde en travel hverdag. Dette kunne føre til at sykepleierne følte at tvangsbehandling var siste utvei da de ikke hadde et annet tiltak (Lillekroken & Slettebø, 2013). Yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleieforbund, 2019) påpeker at man skal beskytte beboeren mot krenkende handlinger som er ulovlig og unngå unødvendig tvang. Denne etikken blir tilsidesatt hvis beboeren ikke har et tvangsvedtak på medisiner. Ved tvangsvedtak vil sykepleierne kunne gi medisiner selv om det etisk kan være et dilemma (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Dilemma knyttet til hvilke og hvem sine verdier som bør prioriteres, må diskuteres ved refleksjon med kollegaer. Samarbeidet med pårørende kan bli satt på prøve, og gi sykepleierne ubehagelige følelser da de ikke ville svekke dette samarbeidet. Over- og tvangsbehandling samstemte ikke med sykepleiernes prinsipper, heller ingen lovlig metode (Norsk Sykepleieforbund, 2019; Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven,

2011). Pårørende kan ha sterke formeninger om hva som er best for sine nærmeste, men det er ikke alltid det samsvarer med pasientens eget ønske. For eksempel kan pårørende ønske at sine nærmeste ikke skal ha det vondt, men sykepleierne kan ha vanskeligheter med å gi smertelindrende medisiner (Lillekroken & Slettebø, 2013). Ved manglende samtykkekompetanse hos beboeren kan nærmeste pårørende gi samtykke (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Slik følte sykepleierne på at beboerens autonomi ble tilsidesatt, og pårørendes ønsker ble videre tiltak (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Tvang ble valgt som siste utvei da de vurderte behovet for smertelindring som stort. Selvbestemmelsesretten til pasienten ble overtatt av sykepleieren. Slik utførte sykepleieren omsorgen som var ment som det beste for pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Paternalisme og pliktetikk ble påpekt som to prinsipper som informantene brukte for å begrunne handlingene sine. Plikt til å lindre smerte fordi pasienten kunne bli ytterligere dårlig og ubehandlet smerte kunne medføre atferdsendringer som kunne gå overfor medpasienter og/eller helsepersonell. Gjennom pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kan helsepersonell under visse vilkår yte helsehjelp på tross av beboerens motstand når beboeren mangler samtykkekompetanse. Det er viktig å være oppmerksom på faren for å krenke pasientens autonomi når sykepleieren tar beslutninger på pasientens vegne (Norsk Sykepleieforbund, 2019). Kunnskap, kjennskap til beboeren, observasjonsbaserte kartleggingsverktøy og smertelindring kan avgjøre hva som er det beste for beboeren og spesielt mest effektive smertelindring. Dette oppnås gjennom å følge lovverket, yrkesetiske retningslinjer og ha fokus på personsentrert omsorg.

6 Oppsummering

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med behandling av smerter hos personer med demenssykdom på sykehjem. Teorien viser til et økende antall av personer med demenssykdom og at mange av dem har ubehandlet smerte. Litteratur som ble valgt viste at sykepleiere har ulike erfaringer knyttet til dette temaet.

Kommunikasjon mellom sykepleier og beboer ble begrenset pga. språkproblemer og sykepleierne måtte oppfatte og tolke signalene som beboeren sendte ut. utfordringer knyttet til vurdering og behandling påvirkes av sykepleiernes usikkerhet rundt smerter, «prøve og feile-metode» og underrapportering av smerter. Sykepleieren ønsket alltid å lindre smerter og ved positive holdninger økte ønsket om vurdering og lindring av smerter. Faglig usikkerhet vises gjennom usikkerhet knyttet til tilstedeværende smerter, manglende kunnskaper om demenssykdom, mangelfull dokumentasjon, «prøve og feile-metode» og sykepleiernes holdninger. Manglende rutiner på avdelingene preges av et ønske om retningslinjer for bruk av kartleggingsverktøy og vurdering av effekten av påbegynt smertelindring. Selv om standardiserte retningslinjer ble møtt med skepsis av noen, ønsket de likevel bedre rutiner for å sikre god smertebehandling. Tverrfaglig samarbeid påpeker viktigheten av god kommunikasjon på tvers av profesjonsgrupper med gjensidig respekt for å sikre helhetlig omsorg hvor pårørendesamarbeid er viktig. utfordringer ved strukturelle rammer viser at ledelsen har et ansvar for kompetanseutvikling hos personalet og tilstrekkelig med fagfolk. Uten god ledelse vil det være vanskelig for sykepleierne å utføre en forsvarlig og omsorgsfull pleie. Under lovverk og etikk kontra praksis ser man at sykepleierne opplever etiske dilemmaer i møte med personer med demenssykdom og deres pårørende. Lovverket viser til faglig forsvarlig og omsorgsfull pleie, slik etikken også fokuserer på. Likevel ser man at hverdagen preges av juridiske og etiske dilemmaer i praksis.

Personsentrert omsorg, fokus på sykepleiernes funksjonsområder samt lovverk og etikk er nødvendig for en helhetlig pleie. Det er et ledelsesansvar å ha fokus på kompetanseutvikling og ha tilstrekkelig med ressurser. Økt kunnskap, rutiner og bedre kommunikasjon vil gi bedre smertelindring hos personer med demenssykdom og øke den faglige kunnskapen hos sykepleierne. På denne måten vil det jobbes faglig forsvarlig og omsorgsfullt. Behandling av smerter er både et sykepleieansvar og et ledelsesansvar.

Referanseliste

- Aldring og helse (u.å.). Personsentrert omsorg. Hentet 9.03.20 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/personsentrert-omsorg/>.
- Aldring og helse (2019). Demenssykdommer. Hentet 2.12.19 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/demenssykdommer/>.
- Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling* (2.utg., s. 321-344). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Corbett, A., Husebø, B., Malcangio, M., Staniland, A., Cohen-Mansfield, J., Aarsland, D. & Ballard, C. (2012). Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nature Reviews Neurology* 8, 264-274. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2012.53>.
- Dalland, O. (2017). Hva er metode? *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (Red.). (2018a). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.). *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 14-28). Tønsberg: Aldring og helse.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (Red.). (2018b). Kognitive symptomer. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.). *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 29-41). Tønsberg: Aldring og helse.
- Folkehelseinstituttet (2018). Folkehelse rapporten: Helsetilstanden i Norge. Hentet 2.12.19 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>.

- Gabrielsen, B., Otnes, B., Sundby, B. & Strand, P. (2010). *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLoS)*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Gilmore-Bykovskyi, A. L. & Bowers, B. J. (2013). Understanding nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia. *Research in Gerontological Nursing* 6(2), 127-138. <https://doi.org/10.3928/19404921-20130110-02>.
- Häikiö, K. (2015). *Smerter hos eldre og personer med demens*. Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon.
- Helsedirektoratet (u.å.). Sekundærforebygging. Hentet 21.02.20 fra <http://www.forebygging.no/ordbok/q-a/sekundarforebygging/>.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06.24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>.
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>.
- International Association of the Study of Pain (2017). IASP Terminology. Hentet 3.12.19 fra <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>.
- Jensen, G.-M., Tingvoll, W.-A. & Lorem, G. F. (2013). Smertekartlegging hos personer med langtkommen demens. *Geriatrisk sykepleie* 5(3), 26-34. Hentet 3.12.19 fra https://static.sykepleien.no/sites/default/files/electronic-issues/pdf/1361701.gen_ext.pdf.
- Kirkevold, M. (2014). Personsentrert omsorg. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Knopp-Sihota, J. A., Dirk, K. L. & Rachor, G. S. (2019). Factors associated with pain assessment for nursing home residents: a systematic review and meta-synthesis. *Journal of the American Medical Directors Association* 20(7)2019, 884-892. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.01.156>.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.- A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3.utg., s. 15-28). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer. *Nordic Journal of Nursing Research* 33(3), 29-33. <https://doi.org/10.1177/010740831303300307>.
- Norsk Sykepleieforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet 3.12.19 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>.
- Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie bind 1* (5.utg, s. 17-39). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999 07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>.
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rokstad, A. M. M (2008). Utfordrende atferd. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.). *Personer med demens: møte og samhandling*. Oslo: Akribe.
- Rokstad, A. M. M, & Røsvik, J. (2018). I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.). *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling*. (s. 300-314). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg., s. 29-38). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sandvik, R. K. N. M & Husebø, B. (2011). Måler smerte hos personer med demens. *Sykepleien* 99(11), 62-64. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0162>.
- Tangen, G., G. (2018). Motoriske symptomer. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.). *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling*. (s. 42-47). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Torvik, K. & Bjørø, K. (2014). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg tilden gamle pasienten*. (2.utg., s. 390-407). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wyller, T. G. (2011). *Geriatriske en medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal akademisk.