

Smerte hos pasienter med langtkommen demens

Kandidatnummer: 514 & 432
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8999
Dato: 12.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 12.04.2021
Tittel Smerte hos pasienter med langtkommen demens	
<p data-bbox="204 434 371 465"><u>Problemstilling</u></p> <p data-bbox="204 477 1361 555"><i>Hvilke utfordringer møter sykepleier ved identifisering av smerte hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem?</i></p> <p data-bbox="204 613 427 645"><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p data-bbox="204 663 1396 875">Et teoretisk kunnskapsgrunnlag legges til grunn for å besvare bacheloroppgavens problemstilling. Dette omfatter blant annet demens sykdommens patologi og forekomst, smertefysiologi og forekomst av smerter hos pasienter med langtkommen demens. Oppgavens sykepleieteoretiske perspektiv er forankret i Nightingale's teori om sykepleiers observasjonskompetanse. Videre presenteres sykepleiers funksjon- og ansvarsområde, sykepleiers kartleggende funksjon, sykepleieprosessen og relevant etikk og juss.</p> <p data-bbox="204 936 288 967"><u>Metode</u></p> <p data-bbox="204 983 1350 1196">Oppgaven er en litterær oppgave som tar for seg seks forskningsartikler for å besvare problemstillingen. Artiklene er funnet gjennom søk i søkemotorene: CHINAL, PubMed og SveMed+. I tillegg til forskningslitteratur ble det benyttet relevante fagbøker som ble funnet via søk i Oria, eller fra tidligere pensumlister. Fagartikler, lovverk, offentlige rapporter og yrkesetiske retningslinjer ble også benyttet for å besvare oppgavens problemstilling og hensikt.</p> <p data-bbox="204 1256 300 1288"><u>Drøfting</u></p> <p data-bbox="204 1303 1390 1608">I drøftingen blir både faglige og etiske utfordringer ved identifisering av smerte hos pasientgruppen diskutert. Smerte var ofte vanskelig å avdekke på grunn av symptomer relatert til demens og manglende evne til verbalisering. Sykepleiere hadde mangelfull kunnskap om smertekartlegging og observasjonsbaserte kartleggingsverktøy, noe som gjorde identifiseringen mer utfordrende. Slike verktøy ble sjeldent benyttet i praksis, og de fleste sykepleiere baserte sin vurdering på egen klinisk erfaring. I tillegg ble ofte pasientenes diffuse symptomer feiltolket. Tegn til smerte ble ofte betraktet som et tegn på atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens.</p> <p data-bbox="204 1668 331 1700"><u>Konklusjon</u></p> <p data-bbox="204 1715 1396 1883">Bacheloroppgaven belyser både faglige og etiske utfordringer ved identifisering av smerte hos pasientgruppen. Pasienter med langtkommen demens er en særlig sårbar gruppe fordi de ofte ikke evner å uttrykke sine egne smerter verbalt til omverdenen. Å belyse hvilke utfordringer sykepleiere står overfor kan bidra til at flere pasienter får lindret og avdekket sine smerter.</p>	

(Totalt antall ord: 297)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Oppgavens sykepleiefaglige relevans	6
1.3 Problemstilling og avgrensning	6
1.4 Begrepsavklaring	7
2. Teori	8
2.1 Demens	8
2.1.1 Patologi	8
2.2 Smerte	8
2.2.1 Definisjon av smerte	8
2.2.2 Forekomst av smerte blant eldre med demens	9
2.2.3 Smerteperspeksjon hos eldre med demens.....	9
2.2.4 Konsekvenser av smerte.....	10
2.3 Smertekartlegging	11
2.3.1 Smertekartlegging av pasienter med langtkommen demens.....	11
2.3.2 Observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy	11
2.4 Sykepleiers funksjon og ansvarsområder	12
2.4.1 Sykepleiers funksjon og ansvarsområde i sykehjem.....	12
2.4.2 Sykepleiers kartleggende funksjon	13
2.4.4 Sykepleieteoretisk perspektiv.....	13
2.5 Sykepleieprosessen	13
2.5.1 Bakgrunn	13
2.5.2 Personsentrert omsorg	14
2.6 Etikk og juss	14
2.6.1 Etske og juridiske rammer for sykepleieutøvelsen	14
2.6.2 Kravet om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.....	15
3. Metode	16
3.1 Valg av metode	16
3.2 Valg av databaser og søkeord	16
3.2.1 Valg av databaser	16
3.2.2 Valg av søkeord.....	17
3.2.3 Inklusjonskriterier	17
3.3 Litteratursøk	19
3.4 Øvrig faglitteratur	21
3.5 Kildekritikk	22
3.6 Etske vurderinger	23
4. Resultater	24
4.1 Syntese av hovedfunn	24
4.2 Artikkelmatrikse	25
5. Drøfting	30
5.1 Faglige utfordringer	30
5.1.1 Utfordrende å identifisere smerte.....	30
5.1.2 Usikkerhet rundt smertens eksistens og forekomst.....	31
5.1.3 Feiltolking av symptomer på smerte.....	32
5.1.4 Sykepleiekunnskap om identifisering av smerte og kartleggingsverktøy.....	34
5.1.5 Sykepleiers identifisering av smerte	35
5.2 Etske utfordringer	36
5.2.1 Manglende systematisk kartlegging.....	37

5.2.2 Manglende ivaretagelse av selvrappotering og samarbeid	38
6. Avslutning.....	40
Litteraturliste	42

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I dag lever over 100 000 mennesker med en demensdiagnose i Norge (Aldring og helse, u.å). Risikoen for utvikling av en demenssykdom øker med alderen, og forekomsten stiger i tråd med økt gjennomsnittlig levealder. Det anslås at rundt 10 000 får sykdommen årlig, og at antallet personer med demens vil fordobles innen år 2040 (Skovdahl, 2020, s. 421). Demens er et økende folkehelseproblem, og det estimeres at denne pasientgruppen utgjør i overkant av 80% av de med langtids plass i norske sykehjem (Folkehelseinstituttet, 2021).

Faglitteratur trekker frem at eldre med langtkommen demens er en spesielt utsatt gruppe for mangelfull smertebehandling. Alvorlig kognitiv svikt gjør smertevurdering utfordrende hos denne pasientgruppen. Ved langtkommen demens svekkes pasientens språklige kommunikasjonssevne, og pasienten vil til slutt ikke være i stand til å formidle egen smerte verbalt til omverdenen (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405). Når en pasient mister evnen til selvrapporing av egen smerte, er det viktig at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap til å vurdere den på vegne av pasienten (Sandvik, 2020). Tilstedeværelsen av atferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD) hos denne pasientgruppen kan ytterligere vanskeliggjøre smertevurderingen, da disse symptomene både kan være en indikasjon på ubehandlede smerter eller hjerneskade i seg selv som følge av demenssykdommen (Sandvik, 2020).

Nasjonal faglig retningslinje om demens trekker fram smertevurdering som viktig i møte med denne pasientgruppen. Det skal tilrettelegges slik at personer med demens tilbys tilrettelagt smertebehandling fra diagnosen stilles til vedkommende dør. Fokuset på forebygging og behandling av smerte har som hensikt å forbedre pasientens livskvalitet gjennom hele sykdomsforløpet (Helsedirektoratet, 2017). Dette understøttes av Demensplan 2020 som også fremhever gode observasjonsevner og tverrfaglig samarbeid som viktige komponenter for å oppdage smertetilstander hos personer med demens (Helsedirektoratet, 2020, s. 28).

På bakgrunn av dette er oppgavens tema smerte hos pasienter med langtkommen demens.

1.2 Oppgavens sykepleiefaglige relevans

Smertekartlegging og adekvat smertelindring er viktig for å ivareta pasientens grunnleggende behov. Reduksjon i smerte medfører blant annet økt velvære og redusert engstelse hos pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21). Sykepleier har en sentral rolle i kartlegging, vurdering og lindring av smerte (Danielsen et al., 2016, s. 382). Nightingale uttalte at observasjon av pasientens kliniske tilstand er den viktigste kompetansen en sykepleier innehar (Nightingale, 1997, s. 149). Observasjon av symptomer relatert til smerte er essensielt for identifisering av dette, samt en sentral del av datasamling i sykepleieprosessen som bidrar til kontinuitet (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21).

Sykepleieutøvelsen reguleres av lovverk og etiske prinsipper: helsepersonelloven, pasient og brukerrettighetsloven, samt yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2019). I henhold til helsepersonelloven (1999, §4) skal sykepleier utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie. Pasienten har rett på et verdig tjenestetilbud ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven §2-1a (1999). I yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleier skal yte omsorgsfull sykepleie, lindre lidelse, samt ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2019). Kravet om faglig forsvarlig sykepleie kan forstås ut fra at hjelpen som gis skal bygge på kunnskap, vitenskap og erfaring. I denne konteksten skal sykepleien bygge på kunnskap og vitenskap som sykepleier innehar om smerte, samt kunnskap om konsekvensene av smerte for pasienten (Danielsen et al., 2016, s. 382). Omsorgsfull hjelp baserer seg på hvordan hjelpen gis og sykepleiers opptreden. Hjelpen skal baseres på respekt, trygghet og tillit, samt at verdi- og handlingsvalg skal tas ut fra etiske vurderinger (Molven, 2016, s. 137).

1.3 Problemstilling og avgrensning

Hvilke utfordringer møter sykepleier ved identifisering av smerte hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem?

Problemstillingen avgrenses til å omhandle pasienter med langtkommen demens, sykepleiers kartleggende funksjon og utfordringer rundt identifiseringen av smerte. I litteraturen fremkommer det at denne pasientgruppen ofte lider av uoppdagede smerter og

underbehandling av disse (Torvik et al., 2010; Husebo et al., 2011, sitert i Torvik & Sandvik, 2020, s. 405). Smerte kan inndeles i kronisk og akutt smerte, men på bakgrunn av oppgavens omfang anses det som irrelevant å skille mellom disse. Flertallet av pasienter med langtkommen demens bor på sykehjem, og det er her sykepleier ofte møter denne pasientgruppen (Folkehelseinstituttet, 2021). Konteksten er derfor pasienter som bor på sykehjem.

1.4 Begrepsavklaring

- Langtkommen demens: Anvendes som et synonym for alvorlig grad av demens i oppgaven. Pasienter med langtkommen demens kjennetegnes av sterkt redusert hukommelse og orienteringsevne, manglende evne til å sortere og tolke sanseinntrykk, apraksi, agnosi og afasi. Denne pasientgruppen har ofte behov for kontinuerlig pleie og overvåkning (Skovdahl, 2020, s. 422).

2. Teori

2.1 Demens

2.1.1 Patologi

Demens er et samlebegrep for sykdommer som fører til kognitiv hjernefunksjonssvikt (Bertelsen, 2016, s. 334). Det er vanlig å skille mellom primærdegenerative, vaskulær og sekundære demenssykdommer. Primærdegenerative demenssykdommer er den vanligste typen, og kjennetegnes av at de er progredierende og nevrodegenerative. Disse sykdommene utvikler seg langsomt og gradvis, og fører til at unormalt mange hjerneceller skades og dør. Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil pasienter oppleve økende funksjonstap og redusert kognitiv funksjon (Skovdahl, 2020, s. 419).

Vanlige symptomer ved demens er svekket hukommelse og oppmerksomhet, redusert lærings- og orienteringsevne, apraksi og agnosi, samt APSD som agitasjon, uro, vrangforestillinger og hallusinasjoner (Skovdahl, 2020, s. 422-423). Det finnes ingen kurativ behandling for sykdommen, men visse legemidler kan virke dempende på hukommelsessvikt og atferdsforstyrrelser (Bertelsen, 2016, s. 334).

2.2 Smerte

2.2.1 Definisjon av smerte

Smerteopplevelsen er et resultat av en avansert fysiologisk prosess som omfatter perifere og sentrale nerver, ryggmargens bakhorn, hjernen, og oppadgående og nedadgående nervebaner. Opplevelsen av smerte påvirkes både av fysiske og psykiske faktorer, gener, tidligere erfaringer og personlige forventninger til sykdom og smerte (Häikiö, 2015, s. 11).

Smerte er en individuell multidimensjonal opplevelse, og hva hvert enkelt individ oppfatter som smerte avhenger av faktorer rundt oss (Häikiö, 2015, s. 11). Selv ved et identisk type traume vil smerten variere betydelig fra individ til individ. Disse forskjellene skyldes blant annet at mennesker har ulik smerteterskel og smertetoleranse (Stubhaug & Ljoså, 2008, s. 32). Smerteterskel er definert som intensiteten av stimuli en person tåler før det oppleves som smertefullt, mens smertetoleranse er varigheten eller intensiteten av smerte man tåler før det

oppleves uutholdelig. Smerteopplevelsen er altså individuell for alle mennesker og alltid subjektiv (Häikiö, 2015, s. 14).

Den subjektive opplevelsen ved smerte vektlegges også i to anerkjente definisjoner. Den amerikanske sykepleieren og pioneren innenfor smerteforskning Margo McCaffery sin definisjon lyder følgende: «Smerte er det som personer sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte.» (Torvik & Sandvik, 2020, s. 398). International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte som: «An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage.» (IASP, 2020). Begge definisjonene understøtter at det kun er vedkommende som opplever smerte som kan beskrive og definere sin smerteopplevelse. Definisjonene gjenspeiler et helhetlig menneskesyn, noe som er et viktig grunnlag for sykepleiernes kartlegging av smerte hos eldre (Torvik & Sandvik, 2020, s. 398). IASP sin definisjon presiserer også at: «Verbal description is only one of several behaviours to express pain; inability to communicate does not negate the possibility that a human or a nonhuman animal experiences pain.» (IASP, 2020). Dette er en viktig presisering som er spesielt relevant når det utøves sykepleie til pasientgrupper som ikke kan verbalisere at de har smerte, som for eksempel ved langtkommen demens (Torvik & Sandvik, 2020, s. 398).

2.2.2 Forekomst av smerte blant eldre med demens

I Norge er smerte en av de plagene som forekommer hyppigst blant eldre mennesker. Det er flere grunner til at eldre er spesielt utsatt for å utvikle smerte. Eldre pasienter har ofte høy grad av komorbiditet, og ved stigende alder øker risikoen for utvikling av smertefulle kroniske sykdommer (Torvik & Sandvik, 2020, s. 397). Studier viser at sykehjemsbeboere i gjennomsnitt har 5,1 diagnoser, og at så mange som 60-80% har smerte. De vanligste årsakene til smerte blant eldre er muskel- og skjelettsykdommer som artrose, osteoporose og bruddskader, nevrologiske sykdommer som Parkinsons og multippel sklerose, og nevropatisk smerte som følge av hjerneinfarkt (Sandvik, 2020). Det er ikke uvanlig at eldre opplever smerte fra flere steder samtidig (Häikiö, 2015, s. 8).

2.2.3 Smertepersepsjon hos eldre med demens

Både alderdom og demenssykdom kan trolig ha innvirkning på smertepersepsjon. Forskning viser at alderdom medfører en rekke strukturelle og funksjonelle forandringer i nervesystemet, samt svinn av hjernestrukturer som er viktig for prosessering av smerte. Konsekvensene av disse endringene for smerteopplevelsen blant eldre er et område det er forsket lite på, og funn

i studier av endringer i smertepersepsjon hos eldre har vært inkonsistente. Eksisterende resultater tyder blant annet på at smerteterskelen for trykksmerter reduseres med alder, mens smerteterskelen for varme øker (Jensen-Dahm & Waldemar, 2019, s. 158-159).

Blant eldre pasienter er det funnet redusert respons på smerte fra indre organer. Nedsatt følsomhet for viscerale smerter kan føre til at eldre har mildere symptomer enn normalt ved akutte smertetilstander. En konsekvens av dette er at eldre kan ha alvorlige tilstander som hjerteinfarkt eller ileus, uten at smerte foreligger som klinisk symptom (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399). Studier viser derimot økt følsomhet og risiko for utvikling av kronisk smerte hos eldre. Årsaken er at fysiologiske aldersforandringer reduserer evnen til tilpasning og finjustering i kroppens organer. Dette resulterer i en forlenget stimulans av nervesystemet ved vevsskade og inflammasjon (Häikiö, 2015, s. 13).

Det er fortsatt uvisst om demens har innvirkning på smertepersepsjon hos eldre, men flere av demenssykdommene fører til nevropatologiske forandringer i områder i hjernen som har betydning for oppfattelsen av smerte. Hvorvidt disse forandringene fører til endret smertepersepsjon blant eldre med demens er fortsatt uklart, men forskning tyder på at denne pasientgruppen kan ha en lavere smertetoleranse. Dette skyldes sannsynligvis kognitive faktorer, som for eksempel at kognitiv svikt kan føre til økt angst og vanskeligheter med å håndtere smertefulle stimuli (Jensen-Dahm & Waldemar, 2019, s. 162-163).

2.2.4 Konsekvenser av smerte

Uoppdagede smertetilstander eller smerte som ikke blir lindret effektivt kan føre til en rekke betydelige helsemessige konsekvenser. Smerte kan ha innvirkning på fysiske, kognitive og psykososiale funksjoner. Smerte disponerer for økt risiko for inaktivitet, immobilisering og sengeleiekomplikasjoner som pneumoni, decubitus og dyp venetrombose. Smerte kan medføre redusert ADL-funksjon, og føre til at den eldre ikke klarer å utføre daglige gjøremål lengre og tap av selvstendighet. Smerte kan også påvirke vedkommendes kognitive og emosjonelle tilstand i form av depresjon, delirium, og konsentrasjons- og søvnvansker (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399-401). Selve lidelsen ved å ha smerte påvirker flere faktorer enn det kroppslige. Når smerten påvirker dimensjoner som livskvalitet, sinnstilstand, bevegelsesfrihet og sosial kontakt, omfatter lidelsen mer enn den fysiske smerteopplevelsen (Häikiö, 2015, s. 17-18).

2.3 Smertekartlegging

2.3.1 Smertekartlegging av pasienter med langtkommen demens

Den kognitive svekkelsen som oppstår ved økende grad av demens påvirker både individets smertepersepsjon, evne til egenvurdering og vedkommendes evne til selvrapporing av smerte til omverden. Pasienter med sterkt redusert hukommelse kan ha vanskeligheter med å huske at de har det vondt og vurdere graden av smerte på egenhånd. Språklige problemer i form av afasi vil gjøre det utfordrende å forklare og uttrykke smerteopplevelsen. Manglende innsikt i egen funksjonssvikt kan også føre til at pasienter ikke erkjenner eller neglisjerer symptomer som for eksempel smerte (Jensen-Dahm & Waldemar, 2019, s. 161).

Selvrapporing av smerte er førstevalget ved smertekartlegging, og det bør alltid tilstrebes at eldre får rapportere selv om sin egen smerte så langt det er mulig (Häikiö, 2015, s. 28). Ved smertekartlegging av eldre med langtkommen demens er det derfor viktig å velge et egnet kartleggingsverktøy ut fra vedkommendes kognitive og funksjonelle evner (Torvik & Sandvik, 2020, s. 403). Forskning på evne til selvrapporing blant eldre med langtkommen demens viser at 60 % fortsatt er i stand til å bruke kartleggingsverktøy som en visuell analog skala, en verbal numerisk rating skala eller en ansiktsskala (Jensen-Dahm & Waldemar, 2019, s. 164).

Eldre med langtkommen demens og redusert evne til selvrapporing er en utsatt og sårbar gruppe. De er avhengige av at sykepleiere observerer, kartlegger og tolker deres smerteatferd. I møte med denne pasientgruppen kan det i noen tilfeller være nødvendig å bruke et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy (Häikiö, 2015, s. 28).

2.3.2 Observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy

Observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy baserer seg på observasjon av atferd som kan indikere smerte hos pasienten. Flere av disse bygger på «Smerteindikatorer av den gamle med demens» fra American Geriatrics Society (2002, sitert i Torvik & Sandvik, 2020, s. 405). Doloplus-2 og MOBID-2 er slike verktøy, som er utviklet for å kartlegge smerte hos eldre pasienter som ikke kan rapportere disse selv (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405-406).

Tabell 1. «Smerteindikatorer av den gamle med demens» fra American Geriatrics Society (2002, sitert i Torvik & Sandvik, 2020, s. 406)

Smerteindikatorer	
Ansiktsuttrykk	Mørkt, trist, fryktsomt, grimaser, rykning av panne, lukkede øyne, rask blinking.
Verbalisering	Slukking, jamring, stønning, Grytting, utrop, gjentatte monotone rop, grove rop, rop om hjelp.
Kroppsbevegelser	Rigid og anstrengt kroppsstilling, beskyttende kroppsbevegelser, uro, nervøse bevegelser, gyngende og rytmiske bevegelser, endringer i gangbart og kroppsbevegelser.
Endring i mellommenneskelig samhandling	Aggressiv, stridslysten, motsetter seg omsorg, redusert sosiale interaksjoner, sosialt uakseptabel oppførsel, forstyrrelse oppførsel, tilbakeholden eller reservert oppførsel.
Endring i aktivitetsmønster og rutiner	Matvegning, endret matlyst, økt hvilebehov, endring i søvn, økt vandring.
Forandring i mental status	Gråtetokter, tårer, forvirring, irritabilitet.

2.4 Sykepleiers funksjon og ansvarsområder

2.4.1 Sykepleiers funksjon og ansvarsområde i sykehjem

Sykepleiers funksjon og ansvarsområde i sykehjem omhandler både pasientnært arbeid og organisatorisk kompetanse som å lede pleieteamet, fagutvikling og kvalitetsarbeid (Hauge, 2014, s. 278). Sykepleier har ansvar for å observere endringer i pasientens helsetilstand, beslutte og iverksette tiltak, samt dokumentere funn og endringer som beskrives i 2.5 Sykepleieprosessen (Hauge, 2014, s. 271-272). Sykepleieobservasjoner er pasientnært arbeid som foregår i direkte kontakt med pasient og pårørende (Elstad, 2014, s. 26). Sykepleier står nærmest pasienten og har en unik mulighet til å observere vedkommende og tiltak som iverksettes over tid (Torvik & Sandvik, 2020, s. 401). Sykepleier har det overordnede ansvaret for å implementere nødvendige intervensjoner, eventuelt sammen med andre yrkesgrupper (Hauge, 2014, s. 271).

2.4.2 Sykepleiers kartleggende funksjon

Kartlegging av smerte er en selvstendig sykepleiefunksjon, som sykepleier selv kan igangsette ved mistanke om smerte hos pasienten. Sykepleier har en viktig rolle i å innhente data og informasjon om smerten, mulig årsak til smerten og hvordan den påvirker pasientens fysiske, kognitive og psykososiale funksjon (American Geriatrics Society, 2013, sitert i Torvik & Sandvik, 2020, s. 401). Det er ikke en selvfølge at den eldre pasienten selv vil rapportere om smerte, og dermed har sykepleier en viktig rolle i å aktivt spørre og observere etter tegn til dette. For å observere tegn til smerte er det grunnleggende at sykepleiere besitter kompetanse om observasjon av smerte, samt kunnskap om å tolke non-verbale smertetegn (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405-406).

2.4.4 Sykepleieteoretisk perspektiv

Sykepleieteoretikeren Florence Nightingale uttalte at: «Den viktigste praktiske leksen man kan gi sykepleiersker er å lære dem hva de skal observere, og hvordan de skal observere» (Nightingale, 1997, s. 149). Med dette mente Nightingale at den viktigste kompetansen en sykepleier innehar er å fange opp relevante endringer når de er under utvikling. Hva en sykepleier skal observere vil variere, men det er viktig å se etter særlige tegn og symptomer, samt observere det helhetlige kroppslige uttrykket for å fange opp endringer (Elstad, 2014, s. 24-25). Nightingale nevner flere eksempler på gode og dårlige observasjoner i boken «Notater om sykepleie». Hovedbudskapet er at observasjonene som gjøres må være nøyaktige, og ikke basert på antakelser. Videre fremhever hun at det er viktig at sykepleier kjenner til pasientens tidligere livshistorie og funksjon for å kunne oppdage klinisk forverring og funksjonsfall (Nightingale, 1997, s. 149-150).

2.5 Sykepleieprosessen

2.5.1 Bakgrunn

Sykepleieprosessen er en systematisk modell for sykepleiers arbeidsmetode og består av: datasamling, sykepleiediagnose, planlegging, implementering og evaluering (Rotegård et al., 2015, s. 246). Arbeidsmetoden baserer seg på å samle inn og benytte relevante og pålitelige data som utgangspunkt for å identifisere pasientens problemområder, sette ønskelige mål og iverksette tiltak. Videre evalueres og dokumenteres tiltak og funn for å skape kontinuitet i sykepleien (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21). Sykepleieprosessen har som intensjon å

tilrettelegge for at hver enkelt pasient kan ta mer ansvar for egenomsorg, samt skape et fundament for informasjon om pasientens behov for sykepleie (Ehnfors et al., 2015, s. 16).

2.5.2 Personsentrert omsorg

Sykepleieprosessen i praksis baserer seg på den enkelte pasients behov og verdier, samt relevant sykepleiekunnskap som er styrende for hvordan sykepleien planlegges og gjennomføres. Institute of Medicine (2003, sitert i Ehnfors et al., 2015, s. 19) har definert personsentrert omsorg som å dele makt og ansvar med pasienten, samt identifisere, respektere og vise hensyn til personens særegne verdier, valg, behov og livssituasjon. Dette innebærer en kontinuerlig dialog med pasienten, og at omsorgen som gis gjenspeiler personens behov, kultur og helsetilstand. (Ehnfors et al., 2015, s. 19). Personsentrert omsorg i demensomsorgen viser seg ved at helsepersonell fortsatt respekterer, og har en tanke om at personen fortsatt finnes, selv om personen blir mer og mer preget av demenssykdommen. Dette betyr at man fortsatt møter disse menneskene med respekt og kjærlighet, og ser behovet de har for nærhet, meningsfulle aktiviteter, glede og autonomi (Ehnfors et al., 2015, s. 21).

2.6 Etikk og juss

2.6.1 Ethiske og juridiske rammer for sykepleieutøvelsen

Sykepleieutøvelsen reguleres av lovverk, yrkesetiske retningslinjer og etiske prinsipper. Yrkesetiske retningslinjer presiserer blant annet at sykepleien skal være forankret i forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Sykepleier har et personlig ansvar for at egen sykepleieutøvelse er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Sykepleier skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, respektere pasientens integritet, fremme pasientens autonomi og bidra til å lindre lidelse og gi omsorgsfull hjelp (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Prinsippbasert etikk er meget sentralt i sykepleie, noe som gjenspeiles i de yrkesetiske retningslinjene. De fire etiske prinsipper er (Brinchmann, 2016, s. 85):

- Autonomi: plikten til å respektere andre autonome personers avgjørelser.
- Velgjørenhet: plikten til å ville andre godt.
- Ikke-skade: plikten til å ikke påføre andre skade.
- Rettferdighet: plikten til å dele ressurser likt, og til å behandle jevnbyrdige tilfeller likt.

Lovverk som Helsepersonelloven (1999) og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) regulerer sykepleieutøvelsen. Helsepersonelloven (1999) presiserer blant annet sykepleiers plikt til å utføre forsvarlig og omsorgsfull sykepleie. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) legges grunnlaget for retten til selvbestemmelse, samt andre pasientrettigheter som bidrar til å regulere sykepleieutøvelsen.

2.6.2 Kravet om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp

I Helsepersonelloven fremgår blant annet krav til sykepleiers yrkesutøvelse. Sykepleier skal i henhold til §4 utføre faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Sykepleier plikter å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand når dette er nødvendig. Kravet om omsorgsfull hjelp innebærer at hjelpen som gis skal være basert på respekt, innlevelse, omtanke og vennlighet. Sykepleier skal opptre slik at pasientens verdighet og behov for trygghet ivaretas, dette uavhengig av pasientens psykososiale situasjon (Molven, 2016, s. 146). Kravet om forsvarlighet retter seg både mot den enkelte sykepleier, men også mot helseforetakene som virksomhet. Helseforetakene, som i denne oppgaven er kommunen, må sørge for at forsvarligheten sikres via bemannings- og styringssystemer, rutiner og prosedyrer, og oppfølging av disse. Sykepleier har et personlig ansvar for at egen yrkesutøvelse er faglig forsvarlig, og må derfor kjenne egne faglige forutsetninger og begrensninger. I situasjoner hvor sykepleier mener at hjelpen som gis ikke er faglig forsvarlig på bakgrunn av strukturelle forhold må dette meldes til arbeidsgiver (Molven, 2016, s. 147-149).

3. Metode

3.1 Valg av metode

Metode beskriver fremgangsmåten som er benyttet for å innhente data og kunnskap med hensikt for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave og er skrevet i samsvar med LDHs retningslinjer for oppgaveskriving. En litterær oppgave bygger på innhentet data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2020, s.199).

Hvilke utfordringer møter sykepleier ved identifisering av smerte hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem?

Oppgavens problemstilling har sitt hovedfokus på utfordringer ved identifisering av smerte hos pasienter med langtkommen demens. For å belyse problemstillingen er det nødvendig å undersøke hvilke erfaringer, holdninger og kunnskap som allerede eksisterer blant helsepersonell og sykepleiere som jobber med pasienter med langtkommen demens. På bakgrunn av dette er studier med kvalitativt design mest passende til å besvare oppgavens problemstilling, og avgjørende i valget av databaser og søkeord (Helsebiblioteket, 2016a; Helsebiblioteket, 2016b).

3.2 Valg av databaser og søkeord

I forbindelse med innhenting av allerede eksisterende forskning og fagkunnskap ble det gjennomført et ikke-systematisk søk i databasene: SveMed+, CINAHL og PubMed.

3.2.1 Valg av databaser

Tabell 2. Valg av databaser

Database	Begrunnelse
SveMed+	SveMed+ ble valgt på grunnlag av at databasen inneholder nordiske tidsskrifter (Helsebiblioteket, u.å). Forskningen har dermed større sjanse for å være overførbar til norske forhold.
CINAHL	CINAHL ble valgt på bakgrunn av at databasen i hovedsak refererer til engelskspråklig litteratur om sykepleie. Databasen inneholder mye kvalitativ forskning som var relevant for vår problemstilling (Helsebiblioteket, 2016b; Helsebiblioteket, u.å). Kvalitativ forskning kan bidra til

	å belyse sykepleieres allerede eksisterende kunnskap, erfaring og holdninger til smerte og smertekartlegging hos pasienter med langtkommen demens.
PubMED	PubMED ble valgt på grunnlag av at databasen inneholder sitering av artikler fra både MEDLINE og PMC (PubMed, u.å; Helsebiblioteket, u.å). Databasen består derfor av et stort antall internasjonale tidsskrifter og artikler, hvorav mange av disse er på engelsk.

3.2.2 Valg av søkeord

Søkeord ble funnet og valgt ved hjelp og bruk av PICO-skjema. PICO-skjema er mer egnet enn PICO for å svare på problemstillinger som kan besvares ved hjelp av kvalitativ forskning. Det ble derfor valgt å benytte PICO-skjema i arbeidet med å finne søkeord (Helsebiblioteket, 2016c).

Tabell 3. PICO-skjema

	P (patient/problem)	I (Phenomen of interest)	Co (context)
Problemstilling	Smerte Pasienter med langtkommen demens	Smertekartlegging Kunnskap hos sykepleier Livskvalitet	Pasienter på sykehjem
Søkeord	Pain Dementia Dementia patient	Pain assessment/Pain measurement Pain management Knowledge Nursing Quality of life	Nursing home patients Nursing homes

3.2.3 Inklusjonskriterier

Kun artikler som var publisert etter år 2011 ble inkludert for å finne ny og aktuell kunnskap, samtidig som litt eldre relevante artikler ikke ble filtrert bort på bakgrunn av alder. Det er valgt å begrense til artikler på kun nordiske språk eller engelsk for å unngå at viktig informasjon ble feiltolket. Kun forskning som omhandlet pasienter på sykehjem ble inkludert. Det er valgt å søke på demens og ikke bare langtkommen demens, for å få større bredde på søket. Det avgrenses ikke til kjønn, da demenssykdom kan ramme både kvinner og menn. Valgte artikler måtte være gjennomført i land som hadde kultur og samfunnsstruktur som var overførbart til norske forhold. Vitenskapelige artikler kjennetegnes med IMRaD-struktur, og det ble derfor vektlagt at inkluderte artikler skulle være oppbygd etter denne. Kun fagfelleurderte artikler er inkludert for å sørge for at de valgte artiklene er kvalitetssikret (Thidemann, 2019, s. 67).

Tabell 4. Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier
Språk: norsk, dansk, svensk eller engelsk
Publisert mellom år 2011-2021.
Demens
Pasienter som bor på sykehjem
Alle kjønn
Kultur og samfunnsstruktur som er overførbart til norske forhold.
Fagfelleverderte artikler
IMRaD-struktur

3.3 Litteratursøk

Før gjennomføringen av litteratursøket var det behov for å finne hvilke databaser, søkeord og avgrensninger som skulle benyttes i søket. Relevante databaser ble valgt på bakgrunn av de begrunnelsene som er nevnt i 3.2.1 Valg av databaser. Oppgavens problemstilling ble satt inn i en PICO-tabell for å finne frem til relevante søkeord, som vist i 3.2.2 Valg av søkeord. Videre ble artikler valgt ut på bakgrunn av de satte inklusjonskriteriene som vist i 3.2.3.

Søk nr. 1 ble gjort i SveMed+ for å finne nordisk forskning. Det ble søkt med funksjonen «Avancerad söking» og «MeSH-term» med søkeord kombinasjonen: «Dementia» AND «Pain» AND «Pain Management». Søket ble avgrenset til å kun inneholde artikler publisert etter år 2011. Databasen inneholder kun nordiske tidsskrifter, og det ble derfor ikke benyttet språk-filter. Søket gav totalt 7 treff, hvorav 2 artikler ble valgt på bakgrunn av de satte inklusjonskriteriene, og relevans. Flere artikler var ikke tilgjengelig online, og ble derfor ikke vurdert.

Søk nr. 2 ble gjennomført i databasen PubMed hvor det ble benyttet funksjonen «Advanced search». Søkeordene som ble benyttet var: «Dementia» AND «Pain» AND «Pain management» AND «Nursing» AND «Knowledge». Søket ble snevret inn og filtrert via kriteriene: artikler publisert mellom år 2011-2021, og på språkene norsk, dansk, svensk eller engelsk. Søket resulterte i 47 artikler, hvorav 7 sammendrag ble utvalgt og lest på bakgrunn av at artiklenes tittel hadde relevans for oppgavens problemstilling. Videre ble 5 fulle artikler gjennomlest, og 2 utvalgt i lys av oppgavens hensikt, og de gitte inklusjonskriteriene.

Søk nr. 3 ble gjort i databasen CINAHL ved å bruke søkeordene «pain measurement», «dementia» og «nursing home» enkeltvis, med inkludert «explode». Ved å benytte «explode» ble også alle underkategorier av søkeordet inkludert. «Pain measurement» ble ansett som et passende søkeord for problemstillingen, da det ifølge scope note er: «Scales, questionnaires, tests, and other methods used to assess pain severity and duration in patients to aid in diagnosis and therapy». Deretter ble søkeordene kombinert med funksjonen «SEARCH with AND». Søket ga opprinnelig 88 treff, men ved å begrense resultatet til å kun gjelde artikler publisert i tidsperioden 2011-2021 med utvalgte språk, ble treffet redusert til 46 artikler. Av disse leste vi 7 sammendrag og 4 hele artikler, før vi til slutt endte opp med å bruke 1 av artiklene fra søket.

Søk nr. 4 ble også gjennomført i databasen CINAHL. Det ble først søkt enkeltvis på søkeordene med «explode»: «Pain», «dementia», «Quality of life». Videre ble det benyttet funksjonen «SEARCH with AND». Dette søket ga i første omgang 6327 treff etter filtrering på årstall og språk. For å få søket mer presist og relevant for vår oppgave, ble det valgt å legge til søkeordet «Nursing Home patients» og «SEARCH with AND». «Nursing Home patients» inkluderer ifølge Scope note: «patients in all long term care facilities». Dette ga et resultat på 27 artikler med filtrering: år 2011-2021, og nordisk eller engelsk språk. Fra dette søket ble 3 artikler ansett som relevante i første omgang. Etter å ha lest sammendragene ble 2 fulle artikler lest og 1 benyttet. Den utvalgte artikkelen ble valgt på bakgrunn av at den var fra 2019 og gjennomført i Norge.

Tabell 5. Søkehistorikk.

Søkedato	Søk nr.	Database	Søkeord/kombinasjon	Antall treff	Leste sammen drag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
13/01/21	1	SveMed+	1. Dementia 2. Pain 3. Pain Management 4. 1 AND 2 AND 3	7	3	3	2	Jenssen, G-M., Tingvoll, W-A., Lorem, G. F. (2013). <i>Smertebehandling til personer med langtkommen demens.</i> Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). <i>Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.</i>
05/03/21	2	PubMed	1. Dementia 2. Pain 3. Pain Management 4. Nursing 5. Knowledge 6. 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	47	7	5	2	Burns, M. & McIlfrack, S. (2015). <i>Nurses' knowledge and attitudes towards pain Assessment for people with dementia in a nursing home</i>

								setting. Jonsdottir, T. & Gunnarsson, E.C. (2020). <i>Understanding Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review.</i>
05/03/21	3	CINAHL	1. Pain Measurement 2. Dementia 3. Nursing homes 4. 1 AND 2 AND 3	46	7	4	1	Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C. (2015). <i>Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia.</i>
09/03/21	4	CINAHL	1. Pain 2. Dementia 3. Quality of life 4. 1 AND 2 AND 3 5. Nursing home patients	27	3	2	1	Rostad, H. M. (2019). <i>Characteristics of nursing home residents with late-stage dementia and pain.</i>

3.4 Øvrig faglitteratur

For å besvare problemstillingen er det benyttet pensumbøker, samt andre relevante fagbøker som er funnet via søkemotoren Oria. I tillegg til relevante fagbøker er det i oppgaven anvendt fagartikler, samt andre kilder til relevant litteratur: lovverk, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, nasjonale faglige retningslinjer, planer og rapporter.

Fagbøker som *Sykdom og behandling* (Ørn & Bach-Gansmo, 2016), *Klinisk sykepleie 1* (Stubberud et al., 2016), samt *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (Kirkevold et al., 2014; Kirkevold et al., 2020) er sentrale pensumbøker innen sykepleierutdannelsen ved Lovisenberg Diakonale Høyskole. Disse ble benyttet for å innhente grunnleggende kunnskap og litteratur om smerte, og sykepleiekunnskap relatert til smerte hos

pasienter med langtkommen demens. Fagbøkene *Smerte: baggrund, evidens og behandling* (Werner et al., 2019) og *Smerte hos eldre og personer med demens* (Häikiö, 2015) ble valgt på bakgrunn av at de gir en grundig gjennomgang av smertefenomenet, samt oppdatert forskning og kunnskap om utfordringer relatert til kartlegging og behandling av smerte. I tillegg har vi benyttet fagartikkelen: *Slik vurderer du smerte hos personer med demens* til å ytterligere presentere dagsaktuelle utfordringer rundt kartlegging og behandling av smerte hos pasienter med demens. Artikkelen var av nyere dato, og viste til praktiske råd om smertevurdering hos vår pasientgruppe (Sandvik, 2020). Den ble derfor vurdert til å være aktuell for oppgaven.

Bøkene *Geriatrisk Sykepleie* (Kirkevold et al., 2014; Kirkevold et al., 2020) og *Klinisk sykepleie 1* (Stubberud et al., 2016) var også ansett som relevante å benytte sammen med *Notater om Sykepleie* (Nightingale, 1997) for å belyse oppgavens sykepleiefaglige relevans, samt sykepleiers funksjon og ansvarsområde. *Nasjonal faglig retningslinje for demens* (Helsedirektoratet, 2017) og andre nasjonale rapporter og planer, som *Demensplan 2020* (Helsedirektoratet, 2020) er anvendt for å understreke oppgavens og temaets samfunnsrelevans. *Sykepleie og Jus* (Molven, 2016) er en beskrivende bok med gode eksempler på hvordan relevant lovverk og jus angår sykepleiere i praksis. *Etikk i sykepleien* (Brinchmann, 2016) gir en grundig innføring i sykepleieetikk med mange gode eksempler. Begge disse bøkene benyttes i oppgaven sammen med relevant lovverk og yrkesetiske retningslinjer fra Norsk sykepleierforbund. Slik gjøres leseren kjent med etiske og juridiske rammer for sykepleieutøvelsen som angår oppgavens tema og problemstilling.

3.5 Kildekritikk

Oppgavens omfang og et ikke-systematisk søk kan ha medført at noe relevant litteratur ble utelatt under utvelgelsen. Funnene anses pålitelige på bakgrunn av at alle oppfyller inklusjonskriteriene om fagfelle vurdering og IMRaD-struktur. Det er vektlagt at artiklene ikke skal være eldre enn ti år. Grensen på ti år gir et større utvalg av artikler, og de noe eldre artiklene anses som like relevante som de som er nyere enn fem år. Dette på bakgrunn av at mange av de samme funnene går igjen uavhengig av alder.

De valgte artiklene er vurdert ved bruk av Helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler (Helsebiblioteket, 2016d). Alle de valgte artiklene har en klart formulert problemstilling og et passende design. De inneholdt en tydelig beskrevet metodedel, og var godkjent av ulike etiske forskningskomitéer. En artikkel har et kvantitativt forskningsdesign, men anses fortsatt som relevant å benytte i oppgaven da den underbygger viktig teori og funn fra de kvalitative artiklene. En annen artikkel hadde både deltakere fra spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette kan medføre at funnene i artikkelen ikke er like overførbare til denne oppgaven som har sitt hovedfokus på primærhelsetjenesten. En annen artikkel hadde også funn fra Nord-Korea, men det er vurdert til at dette ikke svekker artikkelens relevans da hovedtyngden av funnene var fra vestlige land. Ved valg at databaser ble det valgt å søke i SveMed+ på tross av at databasen ikke lenger oppdateres. Dette medfører en viss risiko for at nyere relevant nordisk forskning kan ha blitt utelatt ved søk i denne databasen.

3.6 Etiske vurderinger

Oppgaven er skrevet i henhold til LDHs regler og retningslinjer for oppgaveskriving. I samsvar med forskningsetiske normer og åndsverkloven som krever at det redegjøres for hvor fagstoff blir hentet fra, er APA 7th benyttet som referansestil (LDH, 2021; Forskningsetikk, 2019; Søk&Skriv 2021). For å unngå å feilaktig fremstille andres arbeid som eget blir det referert fortløpende i teksten gjennom hele oppgaven.

4. Resultater

4.1 Syntese av hovedfunn

Resultater fra studiene viser at sykepleiere ofte synes smertekartlegging og -lindring var vanskelig hos pasienter med demens (Lillekroken & Slettebø, 2013; Monroe et al., 2015; Jonsdottir & Gunnarsson, 2020). Videre viser funn at systematiske kartleggingsverktøy sjelden ble benyttet i praksis, og at mange deltakere mente at tradisjonelle kartleggingsverktøy ikke var egnet til denne pasientgruppen (Burns & McIlpatrick, 2015; Jonsdottir & Gunnarsson, 2020). Pasientgruppen ble ofte ansett som kompleks grunnet høy alder, komorbiditet og polyfarmasi. Pasientens autonomi og eventuell bruk av tvang i arbeid med pasientgruppen ble identifisert som et etisk dilemma (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Funn fra Jenssen et al. (2013) fremhever godt samarbeid, høy faglig kompetanse og gode kommunikasjonsevner blant personalet som sentralt i vurderingen av smerte. Pasienter som ikke var godt kjent av personalet stod i fare for dårligere smertebehandling enn pasienter som var kjent (Monroe et al., 2015). Videre viser funn at det ofte var stor usikkerhet rundt pasientgruppens smerter, noe som videre kunne medføre inadekvate intervensjoner. Mange sykepleiere synes det var vanskelig å skille mellom pasientenes demenssymptomer og symptomer relatert til smerter (Jonsdottir & Gunnarsson, 2020). Funn fra studien til Rostad et al. (2019) avdekket at to tredjedeler av de 112 deltakerne med demens opplevde smerter. Forekomsten av nevropsykiatriske symptomer som APSD var høyere hos pasienter med demens og smerter, enn hos de uten smerter. Bruk av antipsykotika var assosiert med tilstedeværelse av smerte hos pasienter med demens, og ble hyppig forskrevet til denne pasientgruppen (Rostad et al., 2019; Brorson et al., 2014, sitert i Jonsdottir & Gunnarsson, 2020).

4.2 Artikkelmatrise

Tabell 6. Artikkelmatrise

Nr	Forfatter/e	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Jenssen, G-M., Tingvoll, W-A. & Lorem, G. F. (2013)	Smertebehandling til personer med langtkommen demens	Geriatrisk sykepleie. 2013;(3).	Belyse hvilke erfaringer sykepleierne hadde med smertevurdering blant pasienter med langtkommen demens og språkvansker, samt hvilke utfordringer de møter på i vurderingen av smerteintensiteten blant pasienter med kognitiv svikt.	Kvalitativ metode med et fenomenologisk hermeneutisk utgangspunkt. Det ble gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer med fem kvinnelige sykepleiere i alderen 28-60 år fra ulike sykehjem i Norge. Inklusjonskriteriet for deltakelse var lang arbeidserfaring med demenspasienter.	Erfaringene tyder på at smertebehandling hos pasienter med langtkommen demens kan være utfordrende. Behandlingen kan være preget av både over- og underbehandling. Potensielle årsaker som vanskeliggjør smertelindring, vurdering og oppdagelse av smerte virker å være vanskeligheter med å tolke pasientens smerteuttrykk, manglende kunnskap om demenssykdommer, samt dårlig samarbeid blant personalet.
2	Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013).	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.	Vård i Norden 2013;109(33).	Å utforske sykepleierens erfaring med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.	Studien har et kvalitativt utforskende design. Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer basert på en semistrukturert intervjuguide med henholdsvis seks, fem og sju sykepleiere fra både spesialist- og primærhelsetjeneste.	Sykepleiere i studien synes det er utfordrende å kartlegge og behandle smerte hos pasienter med demens. Deltakerne mente at høy alder og komorbiditet kompliserte pasientens sykdomsbilde, i tillegg var redusert evne til å kommunisere smerte verbalt en barriere for god

					<p>nesten. Deltakerne var i aldersspennet 24-61 år, og med varierende arbeidserfaring fra 3-35 år innen geriatri og/eller demensomsorgen.</p>	<p>smertekartlegging og -lindring. Dette kunne medføre at pasienten ble både over-, under- og feilmedisinert. Deltakerne i studien benyttet sjeldent smertekartlegging sverktøy, og flere var i tvil om slike verktøy kunne benyttes hos denne gruppen. Deltakerne i studien opplyste om at de ofte stod overfor etiske problemstillinger ved behandling av smerte hos pasienter med demens.</p>
3	Burns, M. & McIlfrack, S. (2015).	Nurses' knowledge and attitudes towards pain Assessment for people with dementia in a nursing home setting.	International Journal of Palliative Nursing 2015;21(10).	Å utforske sykepleierens kunnskap om smertekartlegging hos pasienter med demens, samt å avdekke hvilke faktorer som kunne påvirke deres kunnskap og holdninger til dette. Studien ønsket også å identifisere sykepleiernes nivå av trening og utdanning gjeldende smerte og demens, samt utforske barrierer til effektiv smertekartlegging.	Kvalitativ metode. Tverrsnittstudie hvor et tredelt spørreskjema ble sendt til 96 sykepleiere ved totalt 17 sykehjem i Storbritannia. Kun sykepleiere som jobbet jevnlig med pasienter med demens ble inkludert i studien.	Funn fra studien viser at sykepleiere var klar over viktigheten av å observere atferd ved undersøkelse og identifiseringen av smerte hos denne gruppen. Sykepleiere som nylig hadde gjennomgått trening eller kursing i smerte hos pasienter med demens hadde større forståelse for smertelindring hos denne pasientgruppen. Deltakerne i studien vurderte tradisjonelle smertekartlegging sverktøy som lite egnet for pasientgruppen. De var kjent med verktøy tilpasset pasienter med

						demens, men informerte om at disse ble sjeldent brukt i praksis. Begrensede ressurser og tid, samt dårlig samarbeid og lite støtte fra sykehjemslegen ble identifisert som barrierer for god smertelindring hos pasienter med demens.
4	Jonsdottir, T. & Gunnarsson, E.C. (2020).	Understanding Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review	Pain Management Nursing. 2020.	Identifisere og utforske sykepleieres kunnskap og holdninger til smertevurdering hos eldre pasienter med demens, og hvordan dette kan påvirke smertevurderingen.	Systematisk litteraturgjennomgang med søk i Web of Science, MEDLINE, Scopus, PorQuest, PubMed og EBSV Ohost mellom Januar 2008 og Desember 2018. 10 studier møtte inklusjonskriteriene, og ble inkludert. Flertallet av studiene fokuserte på pasienter ved langtidssavdelinger. Studiene var fra ulike land med hovedsak vestlig kultur.	Funn viser at sykepleiere fant smertekartlegging og diagnostisering spesielt utfordrende hos pasienter med demens på grunn av manglende evne til presis selvrapping. Det var ofte stor uvisshet om pasientgruppens smerter. Identifisering av smerte var ofte avhengig av observasjon av atferd, og i flere tilfeller var det utfordrende for sykepleiere å skille mellom atferd relatert til smerte og atferd relatert til annen sykdom. Mangel på forståelse fra

						<p>annet helsepersonell, dårlig bemanning og mangel på tid var faktorer som hindret smertevurdering og -behandling.</p>
5	<p>Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C. (2015).</p>	<p>Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia</p>	<p>Archives of Psychiatric Nursing 2015;29.</p>	<p>Utforske hvilke beslutningsfaktorer sykepleiere på sykehjem anvender for å identifisere og vurdere smerte hos pasienter med demens.</p>	<p>En utforskende studie basert på gruppeintervju med fire fokusgrupper på totalt 29 deltakere, fordelt på to langtidsavdelinger. Deltakerne var «registered nurses» eller «licensed practical nurses». Inklusjonskriteriene var at alle deltakerne hadde klinisk erfaring og/eller ansvar for vurdering og behandling av smerte. Intervjuspørsmålene var semi-strukturerte og åpne.</p>	<p>Sykepleierne rapporterte vanskeligheter med å fastslå om en person med demens hadde smerte eller ikke. De uttrykte også utfordringer med å bedømme smerteintensitet. Pasienter som ikke var godt kjent av personalet var i større risiko for inadekvat smertelindring.</p>
6	<p>Rostad, H.M., Grov, E.K., Utne, I. & Halvorsrud, L. (2019).</p>	<p>Characteristics of nursing home residents with late-stage dementia and pain.</p>	<p>Sykepleien Forskning. 2019;14(79-184).</p>	<p>Undersøke forekomsten av smerter blant beboere på sykehjem med langtkommen demens. Studien ønsket også å identifisere karakteristika for pasienter med langtkommen demens og smerte ved å sammenligne kliniske og demografiske kjennetegn for</p>	<p>Kvantitativ beskrivende tverrsnittstudie med 112 sykehjemsbeboere fra 16 forskjellige sykehjem. Sykepleierne benyttet et standardisert skjema for å samle inn demografiske data. Godkjente kartleggingsverktøy ble brukt for å innhente</p>	<p>Kartleggingen viste at to tredjedeler av utvalget hadde smerter, og at disse hadde en høyere gjennomsnittsskår som indikerer økt forekomst av nevropsykiatriske symptomer og lavere livskvalitet. Funn fra studien viste også en sammenheng mellom smerte og økt</p>

				<p>en gruppe beboere med smerter opp mot en gruppe beboere uten smerter.</p>	<p>klinisk data om smerte, nevropsykiatriske og depressive symptomer, ADL-funksjon, agitasjon, somatisk helse og livskvalitet. Data om medikamentell behandling ble hentet fra beboernes medisinlister.</p>	<p>hjelpebehov for ADL, samt høyere prevalens av depressive symptomer.</p>
--	--	--	--	--	---	--

5. Drøfting

Hvilke utfordringer møter sykepleier ved identifisering av smerte hos pasienter med langtkommen demens i sykehjem?

Oppsummert viser resultater fra forskningen at sykepleier møter ulike utfordringer når de skal identifisere smerte hos pasienter med langtkommen demens. På bakgrunn av dette og oppgavens problemstilling deles drøftingen inn i hoveddelene faglige og etiske utfordringer. Resultater fra forskningen avdekket også utfordringer av strukturell karakter, men på grunn av oppgavens omfang velges det å ikke drøfte dette videre.

5.1 Faglige utfordringer

Resultater fra de presenterte forskningsartiklene viser at mange sykepleiere synes det er vanskelig å identifisere smerte hos pasienter med langtkommen demens. Pasientgruppen har ofte et sammensatt sykdomsbilde som kan gjøre kartleggingsprosessen kompleks (Lillekroken & Slettebø, 2013; Monroe et al., 2015; Jonsdottir & Gunnarsson, 2020). I dette kapittelet vil drøftingen belyse hva de ulike årsakene til dette kan være, og hvordan utfordringene påvirker identifiseringen av smerte hos denne pasientgruppen.

5.1.1 Utfordrende å identifisere smerte

Forskningen viser at mange sykepleiere synes det er utfordrende å identifisere smerte hos pasienter med demens. Smerter hos pasienter med mild til moderat demens ble sjeldnere rapportert enn hos pasienter som ikke hadde demens (Monroe et al., 2013, sitert i Monroe et al., 2015). Dermed kan det også tenkes at smerter hos pasienter med langtkommen demens blir sjeldnere rapportert enn hos kognitivt friske pasienter. Pasienter med langtkommen demens har ofte et varierende sykdomsbilde hvorav demenssykdommen medfører symptomer som svekket hukommelse, afasi, apraksi, samt APSD (Skovdahl, 2020, s. 422-423). På grunn av at pasienter med langtkommen demens ofte preges av mangelfullt språk og afasi kan det være utfordrende for sykepleier å diskutere og spørre pasienten om han har smerte, samt om smertens lokasjon, karakter og intensitet. På tross av manglende evne til å verbalisere smerte tilsier ikke dette at pasienten ikke har smerte. IASP's definisjon av smerte understreker at: verbalisering av smerte er kun en av flere ulike måter å uttrykke smerte på. Manglende evne

til å verbalisere smerte avviser ikke muligheten for at et menneske kan oppleve smerte (IASP, 2020).

Manglende verbalisering av smerte kan som nevnt medføre utfordringer med å identifisere og avdekke smerte hos denne pasientgruppen. Dette gjenspeiles i funn fra forskningen hvor det er gjennomgående at sykepleiere synes det er vanskelig å identifisere smerte hos denne pasientgruppen på bakgrunn av deres manglende evne til å verbalisere smerter og medvirke til selvrappotering av disse (Jonsdottir & Gunnarson, 2020; Monroe et al., 2015; Jenssen et al., 2013; Lillekroken & Slettebø, 2013). Videre viser også funn fra Jenssen et al. (2013) at sykepleier kan ha utfordringer med å lokalisere smerte. Demenspasienter kan ofte uttrykke ambivalente signaler om smerter, som kan være vanskelig å tolke. En deltaker i studien uttalte at hun en gang hadde hatt en kvinnelig pasient som hadde gitt uttrykk for smerte i ryggen hver gang hun lente seg bakover, men når sykepleieren spurte damen om hun hadde vondt i ryggen avkrefte pasienten dette.

Deltakere fra studien til Jenssen et al. (2013) uttalte at mennesker uttrykker smerte på en eller annen måte, men at problemet oppstår når symptomene og signalene på smerte er vanskelig å fange opp. Eldre pasienter har ofte redusert respons på smerte fra indre organer, noe som kan medføre at eldre pasienter kan ha alvorlige tilstander uten at det foreligger kliniske symptomer (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399). Deltakerne fra studien til Burns & McIlpatrick (2015) mente at det var muligheter for at smertepersepsjonen var annerledes hos pasienter med demens. Litteraturen viser at denne pasientgruppen muligens kan ha en lavere toleranse for smerte, økt forekomst av angst og vanskeligheter med å håndtere smertefull stimuli (Jensen-Dahm & Waldemar, 2019, s. 162-163). På bakgrunn av dette blir det desto viktigere at sykepleier greier å identifisere smerte hos denne pasientgruppen. Med tanke på at pasienter med langtkommen demens ofte er eldre pasienter som kan ha diffuse kliniske symptomer, vil dette sammen med manglende verbalisering bidra til at identifiseringen av smerte blir enda mer utfordrende for sykepleier.

5.1.2 Usikkerhet rundt smertens eksistens og forekomst

Rostad et al. (2019) fant at 50% av sykehjemsbeboere med langtkommen demens hadde smerter. Funn fra forskning viste at de fleste sykepleierne mente at pasienter med demens fortsatt opplever smerter, på tross av mulige endringer i psykologisk prosessering, persepsjon og tolking av smerte (Jonsdottir & Gunnarsson, 2020; Burns & McIlpatrick, 2015). Samtidig

viser også funn fra studien til Burns & McIlfratrick (2015) at rundt 50% av deltakerne som var sykepleiere anså smerte som en naturlig konsekvens av aldring. I Lillekroken & Slettebø (2013) påpekte deltakerne derimot at det er en myte at eldre tåler smerte bedre enn yngre, og at det er normalt å ha smerter når man blir gammel. Oppfatningen om at smerte er en naturlig følge av alderdom kan diskuteres, dette på bakgrunn av at det ofte finnes bakenforliggende somatiske årsaker til smertene (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399). Det kan tenkes at holdningen om at smerte er en naturlig del av alderdommen kan ha en negativ innvirkning på prioritering av kartlegging og behandling av smerte hos eldre.

Funn fra forskning viser også at sykepleiere ofte er usikre på pasientens smerte, og om pasientens symptomer er indikatorer på smerte, samt smertens intensitet (Jonsdottir & Gunnarsson, 2020; Jenssen et al, 2013). Graden av usikkerhet rundt pasientens smerte var ofte relatert til individuelle karakteristika, og om tegnene til smerte var svært utydelige eller ikke. I følge Häikiö (2015) kan smerte defineres som en individuell multidimensjonalt opplevelse, og påvirkes både av fysiske og psykiske faktorer. Smerteterskel og -toleranse vil variere for det enkelte individ, og smerte vil alltid være en subjektiv opplevelse. Forskning viser at pasienter som ikke var kjent av personalet stod i fare for inadekvat smertebehandling, i motsetning til pasienter som var kjent (Monroe et al., 2015). Det kan tenkes at årsaken til dette kan være at i tilfeller hvor sykepleier ikke kjenner pasienten vil de heller ikke ha kjennskap til pasientens individuelle karakteristika og habituelle tilstand. Dette vil videre kunne medføre at sykepleier blir usikker på hvordan pasientens symptombilde skal tolkes.

Stor usikkerhet hos sykepleier medførte inadekvate intervensjoner i behandlingen av pasientens smerte (Jonsdottir & Gunnarsson, 2020). APSD som agitasjon, uro, vrangforestillinger og hallusinasjoner er vanlige symptomer ved demens (Skovdahl, 2020, s. 422-423). Dette kan medføre vanskeligheter og usikkerhet for sykepleier i vurderingen om pasientens symptomer kun er en del av demenssykdommen, eller om symptomene indikerer smerte.

5.1.3 Feiltolking av symptomer på smerte

Studien til Jonsdottir & Gunnarsson (2020) viser at smerte ofte ble mistolket som et psykologisk problem. Dette medførte at pasienten heller ble behandlet med antipsykotika enn smertelindrende medikamenter. På den andre siden fremkommer det i Rostad et al. (2019) at mange pasienter med langtkommen demens opplever psykologiske problemer, som

eksempelvis depresjon, uavhengig om de har smerter eller ikke. Konsekvensen av å feiltolke symptomer og behandle smerte som et psykologisk problem, eller omvendt, er at den underliggende tilstanden forblir ubehandlet, mens de synlige symptomene blir redusert. Samtidig fremkommer det gjennom forskningen at antipsykotika var assosiert med tilstedeværelsen av smerte, og at over en tredjedel av pasienter med demens fra studien til Barry et al. (2015, sitert i Jonsdottir & Gunnarsson, 2020) hadde fått forskrevet antipsykotiske legemidler. Det var mangel på ordinerings av regelmessige smertelindrende medikamenter, og vanlig praksis var ofte å heller forskrive smertelindrende som behovsmedisin. Samtidig ble det i Monroe et al. (2015) fremhevet at det var vanskelig for sykepleiere å skille mellom emosjonell og fysisk smerte. I tilfellene hvor det ble observert at pasienten hadde mye emosjonell smerte ville ikke smertelindrende medikamenter ha noen effekt. Dette er interessante funn som understreker at sykepleierne ofte hadde vanskeligheter med å tolke pasientens signaler.

I en annen studie fant de at sykepleiere ofte synes det var utfordrende å skille mellom tegn til smerte og angst (Brorson et al., 2014, sitert i Jonsdottir & Gunnarsson, 2020). Det er kjent at ubehandlede smerter kan ha innvirkning på både fysiske, kognitive og psykososiale funksjoner. Smerte kan ytterligere påvirke pasientens kognitive og emosjonelle tilstand og medføre depresjon, delirium, samt konsentrasjon- og søvnvansker (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399-401). Å skulle skille mellom tegn på smerte og tegn på angst kan være vanskelig, og pasienten kan være preget av både angst og smerte. På den ene siden kan smerte medføre angst, og angst kan slik være et symptom på smerte. På den andre siden kan angsttilstanden bli forverret av smertene i seg selv, samtidig som også demenssykdommen kan medføre angstlignende symptomer, som eksempelvis økt uro (Skovdahl, 2020, s. 422-423).

Personsentrert omsorg baserer seg på blant annet å ha kjennskap til pasientens livshistorie, og at sykepleier benytter seg av denne kunnskapen i hverdagen (Røsvik & Mjørud, 2011, s. 17). Denne kunnskapen kan hjelpe sykepleier til å forstå pasientens atferd og psykososiale reaksjoner. Når pasienten ikke lenger kan fortelle om eget liv selv kan sykepleier innhente viktig informasjon fra pårørende, eller andre kilder som eksempelvis et fotoalbum (Røsvik & Mjørud, 2011, s. 17). Pårørende er således en viktig ressurs i å fortolke og prøve å forstå pasientens atferd og reaksjoner.

For å sette dette i sammenheng med identifisering av smerte og kartlegging kan det beskrives med et fiktivt eksempel: En pasient med langtkommen demens vandrer urolig frem og tilbake i korridoren. Fra tidligere er det kjent at pasienten har jobbet som anleggsarbeider og er vant til å bruke kroppen. Familien omtaler pasienten som en aktiv mann som aldri brukte å sitte i ro. Sykepleier observerer at pasienten vandrer urolig og kan tenke seg til flere ulike årsaker som uro som en del av personens naturlige mønster, uro relatert til demens, uro på grunn av angst, eller smerte. Sykepleier igangsetter en kartlegging av tilstedeværelse av smerte hos pasienten, samt observerer etter tegn til smerte. Det viser seg til slutt at pasientens urolige vandring høyst sannsynlig ikke er tegn til smerte for øyeblikket. Dette i lys av kunnskapen sykepleier allerede besitter om at vedkommende alltid har vært en aktiv mann, og at andre sykepleieobservasjoner og systematisk kartlegging ikke avdekker ytterligere smerterelatert atferd.

Pasientens sammensatte symptom- og sykdomsbilde, sammen med sykepleiers utfordring i å tolke og fange opp pasientens signaler på smerte, kan medføre at pasientgruppen ikke får tilstrekkelig smertebehandling. Samtidig kan en feiltolkning av symptomer på bakgrunn av at sykepleier ikke besitter nok kunnskap om pasienten også føre til feilbehandling av symptomer på smerte som egentlig ikke er smerterelatert.

5.1.4 Sykepleiekunnskap om identifisering av smerte og kartleggingsverktøy

Sykepleiere i Jenssen et al. (2013) fremhevet at gode fagkunnskaper var sentralt når behovet for smertelindring skulle vurderes. Videre understreket de viktigheten av at beslutningsgrunnlaget i behandlingsteamet var basert på en felles faglig forståelse, godt samarbeid og faglig kunnskap. På tross av at gode fagkunnskaper var fremhevet som en sentral komponent i vurderingen av smerte, fremkommer det i flere av studiene at deltakerne har mangelfull kunnskap om systematiske kartleggingsverktøy. Videre viser forskning at slike verktøy sjeldent ble brukt for å vurdere tilstedeværelsen av smerte hos denne pasientgruppen. I studien til Jonsdottir & Gunnarsson (2020) viser det seg at mange av sykepleierne ikke hadde kjennskap til kartleggingsverktøy og at disse ofte ikke ble benyttet i praksis, til tross for at sykepleierne uttrykte at de hadde behov for slike verktøy. Samtidig ga de uttrykk for både skepsis og usikkerhet rundt anvendelsen og påliteligheten til verktøyene (Barry et al., 2012, Gilmore-Bykovskyi & Bowers, 2013, sitert i Jonsdottir & Gunnarsson, 2020). Det kan dermed tenkes at økt kunnskap om smertekartleggingsverktøy kan bidra til å redusere skepsis og tvil i bruken av slike systematiske kartleggingsverktøy.

Et annet interessant funn fra forskningen er at sykepleiers holdninger og kunnskap om smertekartlegging hadde sammenheng med om de nylig hadde mottatt trening på området. Manglende kunnskap og opplæring ble ansett som en sentral barriere til god smertekartlegging og lindring i studien til Blomqvist & Hallberg (2001 sitert i Jonsdottir & Gunnarsson, 2020). Studien til Jonsdottir & Gunnarsson (2020) viser videre at sykepleiere som hadde gjennomgått opplæring i kartlegging av smerter hos pasienter med demens i løpet av de siste to årene hadde en bredere forståelse for smerte hos denne pasientgruppen, og var tryggere på hvordan disse burde håndteres. Mange sykepleiere uttrykte et behov for økt kunnskap om smerte og identifisering, men nevnte at dette ikke var noe de fikk regelmessig tilbud om. I studien til Jenssen et al. (2013) mente flere informanter at sykehjem som arena hadde for lite fokus på kompetanseutvikling av personalet, noe som medførte at det var vanskelig å holde seg faglig oppdatert for sykepleierne. Å heve sykepleieres kunnskap om smerte og smertehåndtering vil være viktig for å kunne tilby eldre pasienter med langtkommen demens et verdig tjenestetilbud (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1a). Dette på bakgrunn av at sykepleier har det overordnede ansvaret for å implementere nødvendige tiltak, samt har en sentral rolle i ledelse av pleieteamet og fagutvikling (Hauge, 2014, s. 271-278).

5.1.5 Sykepleiers identifisering av smerte

Et gjennomgående funn i flere studier var at sykepleiere baserte sin smerteevaluering og identifikasjon av smerte på observasjon av atferd (Chang et al., 2011, Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013, sitert i Jonsdottir & Gunnarsson, 2020; Burns & McIlfatrick, 2015). Det er derfor interessant at sykepleiere var skeptiske til bruken av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy, da disse også bygger på blant annet atferd og atferdsendringer. Observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy er verktøy som er utviklet for å fange opp smerte basert på observasjon av atferd som kan indikere smerte (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405). Flere av skjemaene som er tilgjengelige i Norge, som MOBID-2 og Doloplus-2, bygger på «Smerteindikatorer av den gamle med demens», som er utviklet av American Geriatrics Society, Tabell 1 (2002, sitert i Torvik & Sandvik, 2020, s. 405). Her inngår flere av de samme atferdsendringene som sykepleiere fra studien til Burns & McIlfatrick (2015) identifiserte: agitasjon, redusert appetitt, redusert mobilitet, endring i ansiktsuttrykk og vokalisering. Funn fra forskningen viser at sykepleiere i hovedsak baserer sin smertevurdering på den individuelle sykepleiers intuisjon, som var utviklet gjennom deres kliniske arbeidserfaring (Chang et al., 2011, sitert i Jonsdottir & Gunnarsson, 2020). Det kan tenkes at

systematisk bruk av kartleggingsverktøy vil kunne gi en mer objektiv vurdering av smerte, som ikke vil være påvirket av den enkelte sykepleiers kliniske erfaring, kunnskap og holdninger i like stor grad. Ifølge Rostad et al. (2019) vil systematisk smertekartlegging av denne pasientgruppen kunne bidra til mer effektiv og individuelt tilpasset behandling og sykepleie.

Ifølge studien til Jonsdottir & Gunnarsson (2020) var den hyppigste metoden for identifisering av smerte basert på relasjon mellom pasient og sykepleier, samt sykepleiers kjennskap til pasienten og vedkommendes atferdsmønster. Funn fra Monroe et al. (2015) viste at kjennskap til pasienten kan bidra til lettere å identifisere pasientens smerte. En deltaker i studien uttalte at en sykepleier som kun jobbet en dag i uken ikke ville ha like god kunnskap om pasientenes habituelle tilstand i forhold til de faste ansatte som hadde arbeidet lenge på avdelingen. Dette på bakgrunn av at den førstnevnte sykepleieren da ikke hadde sett alle stegene av demenssykdommen som pasienten hadde gjennomgått. Kjennskap til pasientens tidligere livshistorie og funksjon har også blitt fremhevet som en sentral del av sykepleiers observasjonskompetanse av Nightingale (1997). Kjennskap til pasienten kan anses som en sentral del av personsentrert omsorg, som omhandler å ivareta den enkelte pasients behov og verdier (Institute of Medicine, 2003, sitert i Ehnfors et al., 2015, s. 19). Et hjelpemiddel i utøvelsen av personsentrert omsorg er sykepleieprosessen. Denne prosessen er et verktøy som skal bidra til å skape flyt og kontinuitet i sykepleien (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21). Å kjenne pasienten kan altså bidra til å lettere tolke pasientens smerteatferd i følge forskningen. Personsentrert omsorg kan også som omtalt tidligere medvirke til å redusere feiltolking av pasientens signaler og symptomer.

5.2 Etske utfordringer

Sykepleiere møter ofte etiske problemstillinger i sitt arbeid med pasienter med langtkommen demens og smerte. Etske problemstillinger som ble identifisert i gjennomgangen av utvalgt forskning var blant annet mangelen på systematisk kartlegging i behandlingen av smerte hos pasienter med demens (Gilmore-Bykovsky & Bowers 2013, sitert i Jonsdottir & Gunnarsson, 2020). Et annet etisk dilemma som ble identifisert var pasientenes reduserte forståelse for håndtering av smertene og manglende samarbeid i behandlingsprosessen (Burns & McIlpatrick, 2015). Videre i dette kapittelet vil de to identifiserte etiske dilemmaene drøftes i lys av faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie.

5.2.1 Manglende systematisk kartlegging

I litteraturstudien til Jonsdottir & Gunnarsson (2020) fremkom det at sykepleier i noen tilfeller igangsatte intervensjoner mot smerte uten å først ha kartlagt pasienten. Tiltakene ble igangsatt for å prøve å gi symptomlette uten å i første omgang ha gjennomført en systematisk smertekartlegging. Videre kom det fram at det heller ikke ble forsøkt å ivareta pasientens mulighet til selvrapportering i studien. Det kan diskuteres om en slik tilnærming til undersøkning av smerte er i tråd med Helsepersonelloven (1999) og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). I henhold til Helsepersonelloven (1999, §4) skal sykepleier utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Kravet om forsvarlighet retter seg både direkte mot sykepleier, men også mot sykehjemmet og kommunen som helseforetak. Helseforetakene skal sørge for at forsvarlighet sikres gjennom kvalitetssikringssystemer, rutiner og prosedyrer (Molven, 2016, s. 147-149). Samtidig har sykepleier et personlig ansvar for at egen yrkesutøvelse er faglig forsvarlig både i henhold til Helsepersonelloven (1999) og yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019).

I studien til Lillekroken & Slettebø (2013) uttalte sykepleiere at de sjelden benyttet smertekartleggingsverktøy, og flere oppga at de mest sannsynligvis ikke hadde noe slikt på arbeidsplassen sin. Manglende rutiner og prosedyrer ved kartlegging av smerte, som eksempelvis manglende bruk av observasjonsbaserte og systematiske smertekartleggingsverktøy, kan anses som brudd på kravet om forsvarlighet. Å identifisere smerte gjennom en ikke-systematisk kartlegging kan øke risikoen for at pasientens smerte ikke blir avdekket, eller medføre at pasienten blir over- eller underbehandlet for sine smerter (Lillekroken & Slettebø, 2013). Eldre pasienter har økt risiko for bivirkninger, på grunn av blant annet fysiologiske endringer relatert til alderdom og polyfarmasi. Spesielt kan overbehandling med smertelindrende medikamenter gi en negativ innvirkning på eldre pasienter. For pasienter med kognitiv svikt kan overbehandling medføre en ytterligere reduksjon i kognitiv funksjon, samt økt forvirring, falltendens og sedasjon (Lillekroken & Slettebø, 2013). En slik utprøving av ulike intervensjoner uten kartlegging kan antas å øke risikoen for feilbehandling, som videre kan anses som ikke faglig forsvarlig sykepleie. Videre kan det drøftes om en slik «prøve-og-feile» metode er omsorgsfull sykepleie.

I henhold til Helsepersonelloven (1999) skal sykepleien være basert på omsorgsfull helsehjelp. Med dette menes det at hjelpen som gis skal være basert på respekt for den

enkelte, samt omtanke og vennlighet. Sykepleier skal opptre slik at pasientens verdighet og trygghet ivaretas, uavhengig av pasientens psykososiale situasjon (Molven, 2016, s. 146). Som nevnt kan det diskuteres om «prøve-og-feile» metoden uten bruk av systematisk kartlegging er omsorgsfull hjelp. På den ene siden er en slik tilnærming ikke faglig forsvarlig, og kan heller ikke anses som omsorgsfull hjelp på bakgrunn av at pasientens integritet og autonomi ikke blir ivaretatt. På den andre siden er igangsetting av intervensjoner uten kartlegging ment godt fra sykepleiers ståsted da de gjorde dette i et forsøk på å lindre lidelse. Lindring av lidelse er en grunnleggende etisk forpliktelse hos sykepleier som kan tolkes ut fra prinsippene om ikke-skade- og velgjørenhetsprinsippet (Brinchmann, 2016, s. 85). Samtidig kan det å behandle smerte uten å gjennomføre en kartlegging som nevnt medføre over-, under- eller feilbehandling. Dette kan i verste fall påføre pasienten flere plager enn nødvendig heller enn å lindre smertene, og være et brudd på de fire etiske prinsipper. Videre kan man diskutere om å igangsette intervensjoner uten å i det hele tatt forsøke å ivareta pasientens mulighet til selvrapporing er forsvarlig og omsorgsfull sykepleie.

5.2.2 Manglende ivaretagelse av selvrapporing og samarbeid

Å gi pasienten muligheten til selvrapporing viser respekt og ivaretagelse av pasientens integritet og autonomi. Sykepleier plikter i henhold til yrkesetiske retningslinjer og de fire etiske prinsipper å respektere pasientens autonomi og integritet. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er pasientens rett til selvbestemmelse og rett til informasjon nedfelt. Her fremkommer det blant annet at sykepleier skal tilrettelegge så langt det lar seg gjøre for at pasienten skal kunne være delaktig i egen behandling. Samarbeid med pasienter med langtkommen demens kan by på flere utfordringer. Demenssykdommen forårsaker skader i hjernen, som videre medfører redusert kognitiv funksjon med blant annet svekket hukommelse, oppmerksomhet og redusert lærings- og orienteringsevne (Skovdahl, 2020 s. 419-423). Sykepleiere i studien til Burns & McIlpatrick (2015) identifiserte manglende samarbeid på bakgrunn av redusert forståelse for håndtering av smertene som et dilemma i kartleggingen av smerte og behandling. Studien til Rostad et al. (2019) understreker også at pasienter med langtkommen demens kan ha redusert evne til logisk tenking og beslutningstaking.

Uro, vrangforestillinger og hallusinasjoner hos pasientgruppen kan bidra ytterligere til å vanskeliggjøre samarbeid mellom pasient og sykepleier. Til tross for dette viser faglitteraturen at opp mot 60% av pasienter med kognitiv svikt fortsatt kan selvrappore sine smerter

(Jensen-Dahm & Waldemar, 2019, s. 164). Noen sykepleiere i studien til Lillekroken & Slettebø (2013) uttalte at de av og til benyttet seg av VAS-skala, men at denne var avhengig av graden av demens. Derimot mente sykepleiere i flere studier at de fleste demenspasienter ikke kunne benytte seg av selvrapporing (Burns & McIlfatrick, 2015; Jonsdottir & Gunnarsson, 2020). Å ivareta selvrapporing kan anses som en form for integritetsbevarende og personsentrert sykepleie. Det er viktig å vise hensyn til den enkelte pasients særegne verdier, valg og behov (Ehnfors et al., 2015, s. 19). Dette står også sentralt i sykepleiers yrkesutøvelse. I henhold til yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier respektere pasientens integritet og ivareta vedkommendes verdighet (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Selvrapporing er gullstandard i smertekartlegging, og det bør tilstrebes å legge til rette for dette så langt det lar seg gjøre (Häikiö, 2015, s. 28). Samtidig er sykepleierens observasjoner helt sentrale i tillegg til pasientens selvrapporing av smerte. Fra egen klinisk erfaring er det opplevd at visse demenssykdommer kan medføre repeterende språklig atferd. Dette kan antas å medføre at pasienten kommer med utsagn om eksempelvis egne smerter som ikke er korrekte. Pasienter kan gjentagende si at de har smerte i ryggen uten at dette nødvendigvis stemmer. På den andre siden kan disse signalene fortsatt tyde på at pasienten har smerte, men at den muligens ikke er lokalisert til ryggen. Det vil derfor være sentralt med både sykepleieobservasjoner, et passende systemisk kartleggingsverktøy og selvrapporing for å sikre aktuelle data om pasientens smerte.

6. Avslutning

Formålet med denne bacheloroppgaven var å belyse hvilke utfordringer sykepleier møter på ved identifisering av smerte hos pasienter med langtkommen demens på sykehjem. Sykepleier har en sentral rolle i kartleggingen av smerte hos denne pasientgruppen. Identifisering og kartlegging av smerte er en selvstendig sykepleiefunksjon. Sykepleier står nærmest pasienten, og har dermed en særegen mulighet til å observere pasienten og de tiltak som iverksettes over tid (Torvik & Sandvik, 2020, s. 401). Sykepleieteoretiker Florence Nightingale trekker frem at den viktigste praktiske kunnskapen man kan gi en sykepleier er å lære dem hva de skal observere og hvordan (Nightingale, 1997, s. 149). Identifiseringen av smerte hos pasienter med langtkommen demens stiller høye krav til sykepleiers faglige kunnskaper og observasjonsevner.

Oppgaven fremhever sentrale utfordringer av både faglig og etisk karakter ved identifiseringen av smerte hos denne pasientgruppen. Pasienter med langtkommen demens er en usedvanlig sårbar pasientgruppe fordi de ofte ikke evner å formidle sin egen smerte verbalt til omverdenen (Sandvik & Torvik, 2020, s. 405). De er derfor avhengige av at sykepleier besitter tilstrekkelig kunnskap om identifiseringen av smerte. Å avdekke tilstedeværelsen av smerte hos pasientgruppen ble betegnet som utfordrende for sykepleiere på bakgrunn av flere ulike årsaker. Mangelfullt språk, tilstedeværelse av APSD, diffuse symptomer og reduserte samarbeidsevner hos pasienten ble trukket frem som spesielt utfordrende. Videre avdekker oppgaven at pasientens symptomer ofte kunne være vanskelige å tolke. Nevropsykiatriske symptomer som APSD og smerte ble ofte forvekslet eller feiltolket, noe som videre resulterte i inadekvat behandling (Jonsdottir & Gunnarsson, 2020). Gode fagkunnskaper ble fremhevet som sentralt i vurderingen av smerte hos pasienter med langtkommen demens, men sykepleiere følte at behovet for økt kunnskap ikke ble anerkjent. Manglende kunnskap om identifisering av smerte hos pasientgruppen førte til mangelfull systematisk kartlegging av smerte og bruk av kartleggingsverktøy. Videre belyser oppgaven flere etiske dilemmaer. Funn fra forskningen viser at prosessen med å identifisere smerte hos pasientgruppen ikke alltid var faglig forsvarlig og omsorgsfull sykepleie.

Forekomsten av demenssykdom vil fortsette å øke i de kommende årene. I lys av dette vil det derfor være viktig at fremtidens sykepleiere besitter kunnskap om identifisering av smerte hos

denne pasientgruppen. Bevisstgjøring av hvilke utfordringer sykepleiere står overfor i møte med denne pasientgruppen kan medvirke til at flere pasienter med langtkommen demens får avdekket og lindret sine smerter.

Litteraturliste

- Aldring og helse. (u.å). *Demenskartet*. Hentet 15. februar 2021 fra <https://demenskartet.no/>
- Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 321-341). Gyldendal akademisk.
- Brinchmann, B. S. (Red.). (2016). *Etikk i sykepleien*. (4. utg). Gyldendal akademisk.
- Burns, M. & McIlfatrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain Assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10). [10.12968/ijpn.2015.21.10.479](https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479)
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg). Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerte. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-423). Gyldendal akademisk.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2015). *Nye VIPs-boken*. Cappelen Damm akademisk.
- Elstad, I. (2014). *Sykepleietenking*. Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2021, 23. februar). *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge: Demens*. Hentet 9. mars 2021 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Forskningsetikk. (2019). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet 11. mars 2021 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Häikiö, K. (2015). *Smerte hos eldre og personer med demens*. MEDLEX Norsk Helseinformasjon.
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265-283). Gyldendal akademisk.
- Helsebiblioteket. (u.å). *Alle databaser*. Hentet 9. mars 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>
- Helsebiblioteket. (2016a). *Forskningsmetode*. Hentet 9. mars 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/forskningsmetode>

- Helsebiblioteket. (2016b). *Kjernespørsmål*. Hentet 9. mars 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/kjernesporstal>
- Helsebiblioteket. (2016c). *PICO*. Hentet 9. mars 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016d). *Sjekklistor*. Hentet 11. mars 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje om demens*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/lindrende-behandling-til-personer-med-demens#virksomheter-skal-legge-til-rette-for-at-personer-med-demens-tilbys-tilpasset-lindrende-behandling-gjennom-hele-sykdomsforlopet-praktisk>
- Helsedirektoratet. (2020). *Demensplan 2020 - Et mer demensvennlig samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om Helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- IASP. (2020, 16. Juli). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. Hentet 18. Januar 2021 fra <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>
- Jensen-Dahm, C. & Waldemar, G. (2019). Smerte hos eldre og pasienter med demens. I M. U. Werner, N. B. Finnerup & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerte: baggrund, evidens og behandling* (4. utg., s. 156-167). FADL's Forlag.
- Jenssen, G-M., Tingvoll, W-A. & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk Sykepleie*, 5(3). <https://sykepleien.no/sites/default/files/electronic-issues/pdf/1361701.gen-ext.pdf>
- Jonsdottir, T. & Gunnarsson, E. C. (2020). Understanding Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review. *Pain Management Nursing*. [10.1016/j.pmn.2020.11.002](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.002)

- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2020). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2014). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- LDH. (2021, 25. Februar). *Oppgaveskriving*. Lovisenberg Diakonale Høgskole. Hentet 11. mars 2021 fra <https://ldh.no/bibliotek/oppgaveskriving#retningslinjer-for-oppgaveskriving>
- Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Nordic Journal of Nursing Research*, 33(3). [10.1177/010740831303300307](https://doi.org/10.1177/010740831303300307)
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. (5. utg.). Gyldendal Juridisk.
- Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5). [10.1016/j.apnu.2015.05.007](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007)
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Universitetsforlaget.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-41). Gyldendal akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- PubMed. (u.å). *PubMed Overview: About the content*. Hentet 9. mars 2021 fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
- Rotegård, A. K., Solhaug, M. & Grov, E. K. (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 244-268). Cappelen Damm akademisk.
- Rostad, H. M., Grov, E. K., Utne, I. & Halvorsrud, L. (2019). Characteristics of nursing home residents with late-stage dementia and pain. *Sykepleien Forskning*, 14(79184). [10.4220/Sykepleienf.2019.79184en](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184en)
- Røsvik, J. & Mjørud, M. (2011). *VIPS-manualen: personsentrert omsorg for*

personer med demens. Aldring og Helse.

- Sandvik, R. K. N. M. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, 108(80594), Artikkel e-80594.
[10.4220/Sykepleiens.2020.80594](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80594)
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 416-439). Gyldendal akademisk.
- Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.). (2016). *Klinisk sykepleie 1* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Stubhaug, A. & Ljoså, T. M. (2008). Hva er smerte? I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 22-46). Gyldendal akademisk.
- Søk&Skriv. (2021, 26. januar). *Korleis skal ein referere?: Opphavsrett*. Hentet 11. mars 2021 fra <https://sokogskriv.no/kjeldebruk/korleis-skal-ein-referere.html#kva-skal-refererast>
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg). Universitetsforlaget.
- Torvik, K. & Sandvik, R. K. N. M. (2020). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 397-413). Gyldendal akademisk.
- Werner, M. U., Finnerup, N. B. & Arendt-Nielsen, L (Red.). (2019). *Smerte: baggrund, evidens og behandling* (4. utg.). FADL's Forlag.
- Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (Red.). (2016). *Sykdom og behandling* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.