



Kartlegging av smerter hos pasienter med demens  
- en reell utfordring

Kandidatnummer: 3 og 31  
VID vitenskapelige høgskole  
Oslo

Bacheloroppgave  
Bachelor i sykepleie  
Kull: BASP20

Antall ord: 11 444

25. mai 2023

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.

Nedlastning for privat bruk er tillatt.

## **Sammendrag**

**Tittel:** Kartlegging av smerter hos pasienter med demens – en reell utfordring.

**Introduksjon:** Mange eldre med en alvorlig grad av demens lever med smerter som følge av at smertesignalene ikke blir oppfattet av personene rundt. Sykepleieren har en viktig rolle i å observere og kartlegge pasientens smerter for å kunne gi riktig smertebehandling. Studier viser en markant økning i antall pasienter med demens innlagt på sykehus, som dermed gjør smertekartlegging av pasienter med demens på sykehus svært aktuelt.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier kartlegge smerte hos pasienter med demens på sykehus?

**Metode:** Litteraturstudie med analyse av fem forskningsartikler og annen faglitteratur.

**Resultat:** Flere av artiklene viser til funn som tyder på at sykepleierne synes at smertekartlegging er en omfattende oppgave. I en hverdag med høyt arbeidspres er dette noe som lett kan bli tilsidesatt. Det kommer i tillegg frem i flere av artiklene at kompetansen innenfor området bør økes. Det blir poengtert at det er utfordrende å identifisere smerter hos pasienter med demens. I tillegg mener flere sykepleiere at smerteevaluering- og behandling av pasienter med demens med fordel kan standardiseres med gitte rutiner og retningslinjer.

**Konklusjon:** Det viser seg å være flere utfordringer knyttet til smertekartlegging av denne pasientgruppen, inkludert kunnskapsmangel og tids- og arbeidspres blant sykepleierne. En viktig utfordring er å skille smerteatferd fra demensatferd, da feilaktig tolkning ofte fører til feilmedisinering. Smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 egner seg til bruk på denne pasientgruppen og bør benyttes i kombinasjon med sykepleierens teoretiske kunnskap, erfaring og intuitiv tenking.

**Nøkkelord:** Demens, smerter, smertekartlegging, smertelindring, MOBID-2, sykepleier, sykehus

## **Abstract**

**Title:** Pain Assessment in Patients with Dementia – a Real Challenge

**Introduction:** Many older adults with severe dementia experience pain that goes unnoticed by those around them. Nurses play a crucial role in observing and assessing the pain of patients in order to provide appropriate pain management. Studies have shown a significant increase in number of hospitalized patients with dementia, making pain assessment in this population highly relevant.

**Research Question:** How can nurses assess pain in patients with dementia in a hospital setting?

**Method:** Literature review involving analysis of five research articles and other relevant literature.

**Results:** Several articles indicate that nurses perceive pain assessment as a challenging task. In high-pressure work environment, this task can easily be overlooked. Furthermore, the articles highlight the need to enhance competence in this area. It is noted that identifying pain in patients with dementia is challenging. Additionally, several nurses believe that pain evaluation and treatment for patients with dementia can benefit from standardized protocols and guidelines.

**Conclusion:** There are several challenges associated with pain assessment in this patient group, including lack of knowledge and time among nurses. One important challenge is distinguishing pain-related behavior from dementia-related behavior, as misinterpretation often leads to incorrect medication. The pain assessment tool MOBID-2 is suitable for use in this patient group, and should be used in conjunction with the nurses' theoretical knowledge, experience, and intuitive thinking.

**Keywords:** Dementia, pain, pain assessment, pain management, MOBID-2, nurse, hospital.

## Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling .....	7
1.3 Avgrensning av problemstilling .....	7
1.4 Avklaring av sentrale begreper .....	8
1.5 Disposisjon av oppgaven .....	9
2 Teoretisk grunnlag.....	10
2.1 Vanlige symptomer ved demens .....	10
2.2 Smerter hos pasienter med demens .....	10
2.3 Demensatferd eller smerteatferd?.....	11
2.4 Kommunikasjon med pasienter med langtkommen demens .....	12
2.5 Sykepleieprosessen.....	13
2.6 Smertekartlegging hos pasienter med demens.....	14
2.7 Ulike aspekter fra Joyce Travelbees sykepleieteori.....	16
2.8 Lovverk.....	17
2.9 Etikk i sykepleie til pasienter med demens.....	18
3 Metode .....	21
3.1 Litteraturstudie som metode .....	21
3.2 Søkeprosess .....	22
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	24
3.4 Utvalg av artikler.....	24
3.5 Kildekritikk .....	25
3.6 Etske overveielser .....	27
4 Forskningsresultater.....	29
5 Drøfting.....	34
5.1 Sykepleierens observasjoner og vurderinger .....	34
5.2 Sykepleierens utfordringer .....	37
5.3 Sykepleierens etiske utfordringer .....	42
5.4 Smertekartleggingsverktøy.....	45
6 Konklusjon .....	49
Litteraturliste .....	51
Vedlegg.....	57

# 1 Innledning

I dette kapittelet vil vi først redegjøre for valg av tema for oppgaven. Videre forklarer vi oppgavens hensikt, før vi introduserer problemstillingen. Deretter vil vi presentere oppgavens avgrensninger, og til slutt avklare sentrale begreper.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Én av fem personer med en alvorlig grad av demens lever med smerter, som følge av at smertesignalene ikke blir oppfattet av personene rundt (Skovdahl, 2020, s. 436). Ifølge FHI lever det i dag om lag 101 000 personer i Norge med demens, et tall som forventes å dobles innen år 2050, grunnet eldrebølgen (Strand, 2021). Som en konsekvens av at folk lever lenger blir sykdomsbildet til den eldre mer kompleks, i tillegg til at forekomsten av demenssykdom øker (Helsedirektoratet, 2022). En engelsk studie fra 2018 viser en markant økning i antall pasienter med demens innlagt på somatiske avdelinger på sykehus allerede i tidsperioden 2008-2016 (Sommerlad et al., 2018, s. 938-939). I takt med at vi lever lengre øker også forekomsten av smerter, som et resultat av at smerter øker med alder (Zimmer et al., 2020, s. 1419).

I dag lever mange med smerter de kunne vært foruten, og studier viser at personer med demenssykdom er en spesielt sårbar gruppe når det kommer til dette (Häikiö, 2015, s. 46). Ifølge Häikiö, en forsker med doktorgrad i helsevitenskap og helsetjenesteforskning, får denne pasientgruppen mindre analgetika enn kognitivt friske pasienter. Häikiö skriver at denne gruppen blant annet har det vanskeligere med å rapportere om smerte (2015, s. 28). Faktorer som manglende språk, hukommelsessvikt, nedsatt evne til å kommunisere smerter samt redusert evne til å tolke smertesignaler, kan være årsaker til denne utfordringen. Dette kan igjen gjøre det vanskeligere for sykepleiere å fange opp pasientens smerter.

Sykepleieren er den helseprofesjonen som har mest pasientkontakt, og kan gjennom observasjoner innhente rikelig med informasjon tilknyttet pasientens helsetilstand (Torvik &

Sandvik, 2018, s. 401). Det mest elementære innenfor sykepleiefaget er fokuset på pasientens integritet og verdighet, hvor sykepleierens ansvar for å ivareta menneskets grunnleggende behov er en viktig del av det å utøve helhetlig omsorg (Kristoffersen et al., 2016, s. 24). Når pasienten selv ikke er i stand til å ivareta disse behovene, blir sykepleierens rolle desto viktigere. Helsepersonell har også gjennom lovverk en plikt til å yte forsvarlig omsorg og yrkesutøvelse i samsvar med profesjonens karakter (Helsepersonelloven, 1999, §4). En studie gjort på geriatrike pasienter ved sykehus og sykehjem på Østlandet, konkluderer med at smertebehandling til pasienter med demens er en reell utfordring og at sykepleierne har lite kjennskap til smertekartlegging av denne pasientgruppen (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 29). Det kan dermed tyde på at det er behov for en bredere kompetanse og bevissthet blant sykepleiere innenfor dette området.

## 1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Häikiö skriver at sykepleiere har et forbedringspotensial når det gjelder smertekartlegging og smertelindring til eldre personer, spesielt personer med demenssykdom (2015, s. 7). Vi ønsker med denne litteraturstudien å tilegne oss mer kunnskap på dette området, inkludert kunnskap om hvordan denne utfordringen kan forbedres. Vi håper funnene fra oppgaven vil komme til nytte i vårt fremtidig arbeid som sykepleiere.

Til vår litteraturstudie har vi på bakgrunn av det overnevnte formulert følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier kartlegge smerte hos pasienter med demens på sykehus?»

## 1.3 Avgrensning av problemstilling

For å avgrense oppgaven vil fokuset være på pasienter i aldersgruppen 65+ som har en alvorlig grad av demenssykdom, da denne pasientgruppen er sårbar for utilstrekkelig smertebehandling. Vi har valgt å fokusere på pasienter innlagt på somatisk sykehus. Vår forståelse er at det generelt er et større arbeidspress på sykehus kontra på sykehjem, og at

fokuset på den underliggende sykdommen, demens, til en viss grad blir glemt. Vi har i tillegg avgrenset forskningen til sykehus i industriland, da vi tar utgangspunkt i at forståelsen av demenssykdom, og helsetjenestene som tilbys, er tilnærmet lik i disse landene.

## 1.4 Avklaring av sentrale begreper

I denne oppgaven har vi valgt å omtale sykepleier som «hun» og pasienten som «han» for å skille de ulike rollene.

### **Alvorlig grad av demens:**

På dette stadiet av demens vil både fysiske og kognitive funksjoner være så svekket at pasienten har behov for kontinuerlig pleie og omsorg døgnet rundt (Aldring og helse, u.å.). Vi vil gjennom denne oppgaven benytte begrepene alvorlig grad av demens og langtkommen demens om hverandre.

### **Smerte:**

En subjektiv opplevelse av fysisk og psykisk ubehag, der opplevelsen avgjøres ut ifra smertestimuli, nervesystemet, gener, erfaringer og forventninger (Häikiö, 2015, s. 11).

### **Smertekartlegging:**

En sykepleieoppgave som innebærer innhenting av informasjon om pasientens smertetilstand (Torvik & Sandvik, 2020, 401).

### **MOBID-2:**

Smertekartleggingsverktøy tilpasset personer med demens. MOBID-2 står for Mobilisation–Observation–Behaviour–Intensity–Dementia (Husebo et al., 2014, s. 1419).

### **Analgetika:**

Det medisinske begrepet for smertestillende legemidler (SML, 2021).



## 1.5 Disposisjon av oppgaven

Oppgavens videre oppbygning er som følgende: teoretisk grunnlag for problemstillingen, metode, forskningsresultater, drøfting, konklusjon og litteraturliste.

## 2 Teoretisk grunnlag

I dette kapitlet vil vi gjøre rede for relevant teori som vi anvender for å belyse problemstillingen, og for å få en bedre forståelse for forskningen vi ser på. Vi vil først presentere teori om den eldre med demenssykdom. Videre vil vi ta for oss smerter hos pasienter med demens, deretter smertekartlegging av denne pasientgruppen. Vi vil i tillegg presentere utvalgte aspekter ved Joyce Travelbees omsorgsfilosofi. Deretter vil vi studere relevant lovverk og sykepleieetiske retningslinjer.

### 2.1 Vanlige symptomer ved demens

Begrepet «demens» innebærer flere ulike sykdommer som rammer hjernen og fører til redusert kognitiv funksjon hos tidligere kognitivt friske personer (Skovdahl, 2020, s. 422). Demens arter seg ulikt fra person til person, der symptomene avgjøres av alvorlighetsgrad og hvilken del av hjernen som rammes (Bertelsen, 2019, s.334; Skovdahl, 2020, s. 419). Alvorlighetsgradene inndeles i lett, moderat og alvorlig grad av demens (Skovdahl, 2020, s.422). På et generelt grunnlag har personer med demenssykdom ofte både kognitive og nevrologiske symptomer (Skovdahl, 2020, s. 422-423). De vanligste kognitive symptomene ved demens er svekket hukommelse og læringsevne, nedsatt orienteringsevne, svekket oppmerksomhet, agnosi (svikt i evnen til å forstå sanseinntrykk) og apraksi (handlingssvikt). De vanligste nevrologiske symptomene er psykotiske symptomer, stemningssymptomer, angstsymptomer, agitasjon og apati.

### 2.2 Smerter hos pasienter med demens

Mange eldre med demens lever med smerter de kunne vært foruten. Flere studier viser at blant personer med moderat til alvorlig grad av demens, opplever 43% til 60% av disse smerte i middels til stor grad (Torvik & Sandvik, 2020, s. 398). Eldre mennesker er ofte multimorbide med sykdommer og skader som medfører smerter, for eksempel hjerte- og lungesykdom, infeksjoner, kreft eller muskel- og skjelettsykdom (Ranhoff, 2020, s. 59 og 62).

Den vanligste årsaken til smerter hos eldre og personer med demens er sykdom i muskler og skjelett (Häikiö, 2015, s. 7-8). Personer med demens dør sjeldent av sin demensdiagnose, men av disse tilleggssykdommene (Häikiö, 2015, s. 6). Identifisering av smertene samt årsaken til smertene kan derfor være viktig for å kunne gi riktig behandling. For å identifisere den demenssyke pasientens smerter må sykepleier være oppmerksom på hva hun skal se etter. Hos denne pasientgruppen kan smerte vises gjennom verbale uttrykk som lyder og utrop, grimaser og ansiktsuttrykk, endring i bevegelses- og aktivitetsmønster eller endring i mental status (Häikiö, 2015, s. 24). Konkrete eksempler på smerteuttrykk hos en pasient med demens kan være urolighet, vandring, utagering, agitasjon, gråt, manglende matlyst eller nedsatt samarbeidsevne. Flere av disse tegnene opptrer gjerne samtidig.

Smerte er ikke kun et fysisk og psykisk ubehag i seg selv. Det kan ha både langsiktige og kortsiktige konsekvenser (Häikiö, 2015, s. 13 og 25-26). Häikiö skriver at konsekvensene av smerte igjen kan gi følger som akutt forvirring (delirium), underernæring, svekket livskvalitet, utfordringer i sosiale settinger, isolasjon og depresjon. På lengre sikt kan akutte smerter utvikle seg til kroniske smerter dersom de vedvarer ubehandlet over tid (Häikiö, 2015, s. 13). Dette vil spesielt være en utfordring for personer med en alvorlig grad av demens, da de oftere går med ubehandlet smerte.

### 2.3 Demensatferd eller smerteatferd?

Det kan være vanskelig å skille smerteatferd fra demensatferd hos personer med demens, fordi symptomene likner (Häikiö, 2015, s. 33). Typiske symptomer på demens som urolighet, agitasjon, roping og redselsfulle ansiktsuttrykk, blir ofte også forbundet med tegn på smerte. Hos en person med en alvorlig grad av demens vil slik atferd ofte være de eneste tegnene på smerteopplevelse. Smertens intensitet vil også være vanskelig å tolke kun ut ifra denne atferden (Häikiö, 2015, s. 33). En litteraturstudie som har utforsket sykepleieres kunnskap og holdninger rundt smertekartlegging hos pasienter med demens, underbygger påstanden om at det er vanskelig å skille mellom smerteatferd og demensatferd (Jonsdottir & Gunnarsson, 2020, s. 289). Sykepleierne mener at smertekartlegging av denne pasientgruppen dermed blir en utfordring, og kan resultere i feilaktig behandling. For å

forsøke å finne årsakene til slik utfordrende atferd, er det derfor viktig at sykepleieren observerer og kartlegger reaksjonsmønstre, situasjoner og forekomster (Skovdahl, 2020, s. 423).

Ved tvil om en pasient med en alvorlig grad av demens har smerter eller ikke, blir det blant annet foreslått prøvemedisinering gjennom å administrere smertestillende legemidler (Torvik & Sandvik, 2020, s. 407). Sykepleieren vil i forkant av medisineringsen kartlegge pasientens smerteatferd og deretter foreta en ny kartlegging etter administreringen. Ved å benytte seg av prøvemedisinering mener Torvik & Sandvik at sykepleieren kan oppdage om pasienter med en alvorlig grad av demens er smertepreget eller ikke. Det blir i tillegg nevnt at smerter hos pasienter med demens ofte blir feilaktig behandlet med psykofarmaka, da symptomene på smerten pasienten uttrykker blir mistolket som demensatferd. Sykepleierne i Jonsdottir og Gunnarsson sin litteraturstudie rapporterer om at de bruker denne prøvefeile-metoden, for å dempe urolig atferd (2020, s. 289).

## 2.4 Kommunikasjon med pasienter med langtkommen demens

Eldre med demens er avhengig av tilpasset kommunikasjon, da faktorer som manglende språk, nedsatt hukommelse og utagerende atferd, kan prege samtalen (Eide & Eide, 2017, s.326-327). Følelsen av trygghet og tilknytning til omsorgspersonene blir omtalt som viktige psykososiale behov for personer med kognitiv svikt. Denne pasientgruppen kan få økt behov for tilknytning enn kognitivt friske personer, da det å føle på nærhet til andre mennesker kan øke følelsen av trygghet (Skovdahl, 2020, s.434-435). Å etablere kontakt og en relasjon med en som har demens kan være tidkrevende, da det både krever kontinuitet, tilstedeværelse, og kompetanse (Eide & Eide, 2017, s.331). Det krever også en mer personorientert tilnærming, der det å tilpasse seg situasjonen, gripe øyeblikket, og handle raskt blir spesielt viktig. Det er i tillegg viktig å se personen bak sykdommen og ikke undervurdere personens evner når det kommer til språklig kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s. 327). I kommunikasjon med en person med demens hviler det et relasjonsetisk ansvar på den som kommuniserer med personen. Eide og Eide mener vi må gi den eldre bekreftelse på at det han ønsker å formidle blir oppfattet, enten verbalt eller nonverbalt. Det er viktig å prøve å

forstå hva personen med demens forsøker å formidle og å ikke bagatellisere. De påpeker at det som for noen oppleves som helt meningsløs kommunikasjon, likevel kan ha en mening.

«Fire gode vaner» er et kommunikasjonsverktøy som kan brukes i møte med enhver pasient, uavhengig av om han har demens eller ikke. Dette verktøyet har som hensikt å sikre effektiv medisinsk kommunikasjon, men fungerer vel så godt som et middel for å skape en god relasjon når en kommuniserer (Diakonhjemmet sykehus, 2012). «Fire gode vaner» består av følgende fire deler som skal følges trinnvis gjennom samtalen: «invester i begynnelsen», «utforsk pasientens perspektiv», «vis empati» og til slutt «invester i avslutningen». Det blir gjennom verktøyet blant annet oppfordret til å ta seg tid til å formulere seg med et språk pasienten forstår, se og lytte til verbal og nonverbal kommunikasjon, holde øyekontakt, være oppmerksom på ansiktsuttrykk og kroppsholdninger samt å bruke pauser.

## 2.5 Sykepleieprosessen

Sykepleierens fokus og funksjon er kort sagt å ivareta mennesket i sin helhet og dets grunnleggende behov gjennom en rekke situasjonsbestemte funksjonsområder (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Et overordnet mål for disse funksjonsområdene er å tilrettelegge for best mulig ivaretagelse av pasienten. Hvilke funksjonsområder som tas i bruk, hvor raskt en må handle, og i hvilken rekkefølge, avhenger av pasientens tilstand og behov i situasjonen (Kristoffersen et al., 2016, s. 17; Skaug, 2016, s. 338). To av disse funksjonsområdene er *behandling* og *lindring*. Sykepleieren har blant annet ansvar for å behandle årsaken til pasientens smerter og å lindre selve smertene. Det er imidlertid viktig å merke seg at det ikke alltid er mulig å fjerne smertene helt (Skaug, 2016, s. 343). I mange situasjoner, deriblant situasjoner som omhandler smerte, vil lindring av plagene være målet.

For å imøtekomme pasientens behov for å få lindret sine smerter, bør sykepleieren benytte seg av sykepleieprosessen som problemløsende metode (Skaug, 2016, s. 343-345).

Sykepleieprosessen innebærer datasamling, problemformulering, formulering av mål, formulering av sykepleietiltak, gjennomføring av tiltakene, evaluering av tiltakene og

eventuelt justering av tiltakene. Datasamling i møte med en pasient med demens og smerter omfatter observasjoner og kartlegging av pasientens smertetilstand, deriblant smertens intensitet, lokasjon og karakter. For å kunne formulere et problem må disse observasjonene så tolkes og vurderes. Alle sykepleievurderinger gjøres ved hjelp av både logisk-analytisk tenking, basert på sykepleiefaglig kunnskap, og intuitiv tenking, basert på erfaringsbasert kunnskap (Skaug, 2016, s. 339). Disse vurderingsprosessene påvirkes også av flere andre forhold, blant annet sykepleierens verdisyn, kjennskap til pasienten og kulturen og konteksten i situasjonen. Når sykepleieren har identifisert problemet, er målet å lindre pasientens smerter best mulig gjennom aktuelle tiltak, for eksempel ved å administrere analgetika. Etter pasienten har fått analgetika må sykepleieren evaluere effekten og eventuelt justere dose eller type i samarbeid med lege. Til slutt må prosessen rapporteres til andre involverte og journalføres. For å sikre at pasienten får god og regelmessig oppfølging og behandling må god kommunikasjon og et godt samspill mellom pleierne på sykehuset være på plass. Dette innebærer for eksempel en fullstendig rapport til andre pleiere mellom skiftene og grundig dokumentasjon av sykepleien for å sikre kvalitet og kontinuitet i arbeidet (Skaug, 2016, s. 339).

## 2.6 Smertekartlegging hos pasienter med demens

Sykepleieren har en viktig rolle i smertekartleggingen av pasienter, da det ikke er noen selvfølge at eldre mennesker uoppfordret forteller om sine smerter (Torvik & Sandvik, 2020, s. 401-402). De skriver at smerte blir ofte omtalt som det femte vitale tegnet, og krever regelmessig observasjon samt dokumentasjon av endringer, på lik linje med blodtrykk, puls, respirasjon og temperatur. Häikiö anbefaler at informasjonen om pasientens smerteopplevelse blir innhentet gjennom selvrapporing, så langt det lar seg gjøre (2015, s.28). Numeric Rating Scale (NRS) er et kartleggingsverktøy som blir mye brukt på kognitivt friske pasienter. Pasienten blir her spurt om smertens intensitet på en skala fra 0-10, der 0 representerer ingen smerte og 10 representerer verst tenkelig smerte. En forutsetning ved bruk av dette verktøyet er at pasienten er i stand til å forstå smerteskalaen og har evnen til å memorere tidligere smerteopplevelser (Torvik & Sandvik, 2020, s. 403). For at sykepleieren skal kunne fange opp ulike tegn på smerte hos en pasient med demens, finnes det ulike

kartleggingsverktøy som er tilpasset denne pasientgruppen. Eksempler på slike verktøy er Checklist of nonverbal pain indicators (CNPI), Doloplus-2 og MOBID-2 (Torvik & Sandvik, 2020, s.405-406). Felles for disse er at de skal fange opp smerteindikatorer gjennom sykepleierens observasjon av ulike atferdsmessige trekk, i motsetning til verktøy som tar utgangspunkt i selvrapportering av smerter.

De tre overnevnte verktøyene er anerkjent som gode verktøy for å kartlegge smerter hos pasienter med en alvorlig grad av demens. I tillegg er de testet ut i norsk sammenheng (Husebø, 2009, s. 1996). CNPI og Doloplus-2 er smertekartleggingsverktøy som er oversatt til norsk, mens MOBID-2 ble utviklet og utprøvd i et doktorgradsprosjekt ved Universitetet i Bergen. Videre i oppgaven har vi derfor valgt kartleggingsverktøyet MOBID-2 som utgangspunkt for vår problemstilling, da det i senere tid har vist seg å være pålitelig i flere forskningsprosjekter (Häikiö, 2015, s.31).

MOBID-2 er et skjema som er delt inn i kategoriene «smerteatferd» og «smerteintensitet» (vedlegg). Del 1 utføres gjennom aktiv mobilisering som en del av morgenstellet, hvor pasienten får beveget hele kroppen gjennom spesifikke bevegelser, som vil fange opp smerter relatert til muskulatur, skjelett og ledd (Torvik & Sandvik, 2020, s. 406). Mobiliseringen skal avsluttes umiddelbart dersom pasienten viser tegn til smerter, og pleieren krysser av på skjemaet ut ifra smerterelatert atferd på en skala fra 0-10, slik som i NRS-smerteskala. I del 2 er fokuset på smerter relatert til hode, hud og indre organer. Det blir brukt samme skala fra 0-10 som i del 1, og pleier blir oppfordret til å være oppmerksom på atferd som kan tyde på smerter relatert til blant annet forstoppelse, urinveier, infeksjoner og sår. Som siste steg i kartleggingen skal det gjøres en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet, basert på alle observasjonene. Smertekartleggingen utføres for å kunne sammenligne pasientens nåværende smerter med tidligere rapporterte eller observerte smerter (Häikiö, 2015, s.33). Det vil si at pasientens smerte kun skal sammenlignes med hans egen smerte, og ikke andre pasienters smerte.

Studier viser at bruk av tilpassede kartleggingsverktøy til pasienter med demens i liten grad er implementert som en del av rutinene til sykepleiere (Tsai et al., 2022). Tidspress og økt arbeidsbelastning blir nevnt som årsaker til at sykepleiere ikke benytter slike verktøy (Häikiö,

2015, s.37-38). MOBID-2 blir rapportert som et raskt og enkelt verktøy å bruke. Häikiö mener at dersom bruken av disse verktøyene innarbeides som en fast rutine, vil det kunne gjøre pasienten mer tilfreds og i tillegg gjøre sykepleierens arbeidshverdag enklere.

Häikiö mener at smertekartlegging ikke kun er sykepleierens ansvar (2015, s. 36-37). Videre skriver hun at pårørende kan være en god ressurs når det kommer til å gjenkjenne smerterelatert atferd hos pasienten med demens. De har fulgt pasienten gjennom sykdomsprosessen og har bedre forutsetninger for å vite hvordan pasienten oppfører seg når han ikke er smertepreget. Solheim beskriver også hvordan pårørende, på lik linje med pasienten og personalet, bør anerkjennes som viktige aktører i et såkalt «trekantfokus i demensomsorgen» (2015, s. 68). Hensikten er å sette personen med demens i sentrum. Når pasienten ikke kan uttrykke sine behov, kan pårørende utdype for sykepleier hvordan de oppfatter sin nære.

## 2.7 Ulike aspekter fra Joyce Travelbees sykepleieteori

Omsorgsfilosofien i sykepleiefaget er bygget på en rekke forskningstradisjoner som har sine utspring i forskjellige omsorgsteoretikere (Førland et al., 2018). En av de mest kjente omsorgsteoretikerne gjennom tidene er Joyce Travelbee. Vi mener at hennes erfaring og forskning er svært relevant i forhold til vår problemstilling «Hvordan kan sykepleier kartlegge smerte hos pasienter med demens på sykehus?». Kommunikasjon beskrives av Travelbee som et av sykepleierens viktigste redskaper. Hun mener at man kan innhente mye informasjon om pasientens tilstand dersom man er bevisst pasientens nonverbale kommunikasjon (Kristoffersen, 2016, s.34; Travelbee, 1999, s. 138). Gjennom observasjon kan sykepleieren og pasienten fange opp tegn fra hverandre som er med på å kommunisere de følelser en måtte ville uttrykke, enten disse er verbale eller non-verbale (Travelbee, 1999, s.139).

Travelbees påstand er at smerte som fenomen påvirker hele mennesket, både fysisk og følelsesmessig (Travelbee, 1999, s. 112-113). Smertesituasjonen pasienten opplever vil være subjektiv og dermed kreve en personlig tilnærming. Travelbee skriver at sykepleiere ofte kan



bruke en «mental målestokk» som tar utgangspunkt i sykepleierens oppfatning av hvor sterke smerter pasienten *bør* oppleve i en viss situasjon. Videre påstår hun at en slik praksis vil kunne frata pasienten dens subjektive opplevelse av situasjonen (1999, 115).

Travelbee skriver også om observasjon som en grunnleggende sykepleieferdighet og et viktig verktøy for å etablere en relasjon til pasienten (1999, s.143-144). Gjennom observasjon lærer sykepleieren pasienten å kjenne, da prosessen innebærer å fange opp individuelle sykdomstegn og sykepleiebehov, planlegge personsentrerte sykepleietiltak og forebygge komplikasjoner. Etter behandling vurderer sykepleieren effekten av tiltakene, journalfører dette og viderebringer informasjon til andre i pleieteamet. I dette understreker Travelbee viktigheten av at sykepleieren faktisk ser det syke mennesket, og ikke kun sykdomstegnene. Begrepet «pasient» innebærer en avhumaniseringsprosess, hvor sykepleiere kan miste sin medfølelse og medlidenhet så raskt et enkeltmenneske går over til å få denne merkelappen (Travelbee, 1999, s.64).

## 2.8 Lovverk

For å belyse både helsepersonellens juridiske plikter og pasientenes juridiske rettigheter når det gjelder sykepleie til pasienter med demens, vil det være aktuelt å referere til lovverk. Som nevnt innledningsvis er helsepersonelloven relevant, da den tar for seg de krav som stilles til helsepersonell for å ivareta pasientens sikkerhet og rettigheter (Helsepersonelloven, 1999). §4 i loven sier at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.» Loven tar også for seg plikten til å føre journal i §39, for å sikre kontinuitet i arbeidet, etterfulgt av kravene til journalens innhold i §40.

Pasient- og brukerrettighetsloven er også relevant, da den tar for seg pasientens overordnede rettigheter i møte med helsetjenesten. De overordnede rettighetene er retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til medbestemmelse og retten til å ikke bli krenket (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Blant

annet står det i §2-1a «Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud [...]» Det er viktig å poengtere at helsehjelp ikke skal ytes uten pasientens samtykke (§3). Pasienten har krav på at tilbud og beslutninger i størst mulig grad skal utformes i samarbeid med han. Det finnes særegne regler for pasienter som ikke er i stand til å forstå sitt eget beste grunnet, for eksempel, demenssykdom (§3-2; §3-3). §4-3 sier at «Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av [...], senil demens [...] åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.» I disse tilfellene har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke (§3-1).

## 2.9 Etikk i sykepleie til pasienter med demens

### **Yrkesetiske retningslinjer i sykepleie**

De yrkesetiske retningslinjene har som formål å veilede sykepleiere i profesjonen (NSF, u.å.). Grunnlaget for all sykepleie tar utgangspunkt i respekten for enkeltmennesket, og er bygget på barmhjertighet, verdighet og omsorg. I tillegg har sykepleieren et personlig ansvar for å holde seg faglig oppdatert om forskning og utvikling på området. Sykepleieren skal også ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, ved å sørge for at pasienten får en helhetlig omsorg.

### **De fire etiske prinsippene**

I sykepleien er det spesielt fire etiske prinsipper som står sentralt: autonomiprinsippet, ikke-skade-prinsippet, velgjørenhetsprinsippet og rettferdighetsprinsippet (Alvsvåg & Aadland, 2019, s.111). Autonomiprinsippet sier at alle har like stor verdi og rett til fri vilje (Alvsvåg & Aadland, 2019, s.112). Ikke-skade-prinsippet verner om den sårbare pasienten ved at helsepersonell er pliktige til å ikke påføre han unødig smerte. Velgjørenhetsprinsippet er rettet mot å lindre lidelse og handle til pasientens beste. Til slutt retter rettferdighetsprinsippet fokus på at alle som søker helsehjelp skal behandles basert på deres individuelle behov, uavhengig av situasjon eller bakgrunn.

## **Sykepleierens holdninger til den demenssyke pasienten med smerter**

I sin «Demensplan 2025» skriver Helse- og omsorgsdepartementet at det er mye stigma og negative holdninger tilknyttet personer med demens (2020, s. 29). Häikiö skriver at sykepleiere ofte har en tendens til å undervurdere smerter hos eldre pasienter kontra yngre pasienter (2015, s. 13-14). Da smerte er et subjektivt fenomen og kan eksistere uten målbare tegn, er det opp til sykepleieren å observere samt å vurdere de eventuelle smertene. Mangelen på målbare tegn kan gjøre at sykepleieren begynner å tvile på om pasienten egentlig har smerter (Danielsen et al, 2016, s.382). Häikiö påpeker at personer med en alvorlig grad av demens ikke vil være i stand til å «spille skuespill» når det kommer til smerter (2015, s.25). Helsepersonell må derfor ta alle personer som viser tegn til smerte på alvor, med eller uten demenssykdom.

## **Makt i sykepleie**

En sykepleier, har makt i kraft av å ha en rolle i et system og samtidig sitte på kunnskap (Ingstad, 2021, s.156). Kari Ingstad, sykepleier og professor i sosiologi, beskriver at makt ikke er noe mennesker har naturlig, men at det er en egenskap man blir tilskrevet gjennom ulike roller og posisjoner man har i samfunnet (2021, s.156). Det kan i noen tilfeller være nødvendig å bruke makt for å gi god pleie og behandling til pasienten. Dette forutsetter at sykepleieren bruker makten sin på en fornuftig måte, forstått som at hun handler ut ifra det som er til pasientens beste. Bruk av makt oppleves ubehagelig, både for den som utøver makten og for den som blir utsatt for den (Ingstad, 2021, s.157). Sykepleier kan oppleve maktbruk dersom grensen mellom frivillighet og tvang blir uklar, noe som kan både sette pasienten og sykepleieren i en sårbar posisjon (Ingstad 2021, s.162). Makt vil kunne oppleves tvetydig i møte med pasienter med en alvorlig grad av demens. Sykepleieren skal vise omsorg og gi riktig behandling, i tillegg til at pasienten skal stå i sentrum. Imidlertid vil ikke dette alltid være mulig å oppnå uten en form for makt. Ingstad beskriver at demensomsorgen dessverre blir et offer for denne tvetydigheten, hvor pasienter med demens blir satt i en avmektig posisjon der de står i fare for å miste sin autonomi (2021, s.161 & s.171). Makt inkluderer også bruk av hersketeknikker, deriblant usynliggjøring som innebærer å ignorere og overse det pasienten prøver å formidle (Ingstad, 2021, s.175). Det at pasienten har vanskeligheter med å uttrykke ønsker og behov, i kombinasjon med at de

behovene han har ofte er svært omfattende, gjør at pasienten vil kunne bli et offer for denne usynliggjøringen (Ingstad, 2021, s.175).

## 3 Metode

I dette kapitlet vil vi definere metode som begrep, og forklare hva som kjennetegner en litteraturstudie. Søkeprosessen vil bli beskrevet, og til slutt vil de utvalgte forskningsartiklene bli presentert og begrunnet ut ifra relevans for vår litteraturstudie.

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Metode kan defineres som et verktøy som kan være til hjelp for å følge en viss retning mot et mål (Dalland, 2020, s.56). Dalland beskriver at metode kan være en fremgangsmåte for å finne frem til ny kunnskap eller være til hjelp for å løse et problem. I denne oppgaven brukes litteraturstudie som metode. Thidemann beskriver en litteraturstudie som en systematisk metode, hvor man belyser et tema eller en problemstilling gjennom bruk av skriftlige kilder (2020, s.78). Denne metoden innebærer å gjøre rede for hvilken fremgangsmåte som er tatt i bruk ved datasamlingen.

Innenfor forskning benyttes det i hovedsak to ulike metoder for innsamling av data (Dalland, 2020, s.54-55). Den kvalitative metoden kjennetegnes ved at datasamlingen blir til gjennom en mer personlig og direkte kontakt med feltet som undersøkes. Denne metoden brukes når det er ønskelig å fange opp noens meninger, erfaringer, holdninger, tanker og forventninger til noe. Gjennom bruk av blant annet intervjuer og observasjoner kan forskeren innhente data som ikke er mulig å måle eller tallfeste, og forskeren er for eksempel interessert i å få svar på hva noe betyr eller hvordan noe foregår. En kvantitativ metode vil derimot kunne levere data i form av noe som er målbart. Med denne metoden benyttes det blant annet spørreskjemaer, og forskeren ønsker svar på for eksempel hvor ofte eller hvor mye noe forekommer. I tillegg til spørreskjemaer vil det også kunne brukes mer strukturerte og systematiske observasjoner og eksperimenter (Thidemann, 2019, s.76).

### 3.2 Søkeprosess

I begynnelsen av søkeprosessen brukte vi Oria som database for å prøve oss frem med søkeord og få en oversikt. Dette er en database vi er godt kjent med, da vi har benyttet den mye i tidligere arbeid på høyskolen. I utvalg av søkeord brukte vi PICO-skjema med synonymer på norsk og engelsk som vi fant ved hjelp av MeSH (Tabell 1). I det norske søket i Oria brukte vi søkeordene «smertelindring» og «demens», avgrenset med «fagfelleverderte tidsskrift» og fikk opp ett treff. Etter å ha gjort dette søket på norsk, gjorde vi tilsvarende søk på engelsk. Vi valgte ut søkeordene «pain management» og «dementia», deretter benyttet vi avgrensningene nevnt under tabell 2 og fikk opp 1423 treff i Oria. Det ble klart at det var nødvendig å avansere søkene på engelsk for å få færre søkeresultater og mer relevante artikler for vår problemstilling. Derfor benyttet vi oss av Cinahl og Medline videre i søkeprosessen. Begge er medisinske og sykepleierrettede databaser som tilbyr kvalitetssikret litteratur. Der kombinerte vi søkeordene med «or» og «and». Til slutt endte vi opp med søket som vist i tabell 2. Søkene i Cinahl og Medline ble utført i perioden 22/03-23 til 31/03-23.

Tabell 1: Stikkordsskjema (PICO)

AND				
	Sykepleier	Sykehus	Pasienter med demens 65+	Smertelindring
Synonymer (OR)	Sykepleie	Postoperativt	Alzheimer	Smerte
		Postoperativ avdeling Korttidsavdeling	Kognitiv svikt Kognitiv svekkelse	Smertekartlegging Smertebehandling MOBID-2
	Nurse Nursing	Hospital Postoperative Postoperative department Acute hospital	Dementia Alzheimer Cognitive decline, Cognitive impairment	Pain Pain management Pain control Pain relief Pain reduction Pain scale Pain mapping MOBID-2

## Systematisk fremstilling av søkeprosess

Tabell 2: søkematrise engelsk

Søkeord i Medline	Antall treff	Søkeord i Cinahl	Antall treff
1. Nurse*	403 388	1. Nurse*	579 858
2. Hospital*	1 925 665	2. Hospital*	661 403
3. Dementia	156 971	3. Dementia	77 878
4. Alzheimer*	198 253	4. Alzheimer*	52 105
5. Pain	856 986	5. Pain	364 490
6. Pain management	64 262	6. Pain management	34 280
7. Pain control	16 621	7. Pain control	18 988
8. Pain relief	36 959	8. Pain relief	26 613
9. Pain reduction	6605	9. Pain reduction	15 286
10. Pain scale	7293	10. Pain scale	13 707
11. Pain mapping	76	11. Pain mapping	45
12. MOBID-2	26	12. MOBID-2	11
13. 3 or 4	295 746	13. 3 or 4	110 561
14. 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12	856 986	14. 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12	365 263
15. 1 and 2 and 13 and 14	73	15. 1 and 2 and 13 and 14	84
16. 15 kombinert med avgrensningene**	4	16. 15 kombinert med kriteriene**	30

\* Inkluderer flere bøyninger av ordene.

\*\* Avgrensninger: Peer reviewed, English language, aged 65+, published date: start year 2013, end year 2023.

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasienter med demens	Pasienter uten demens
Alvorlig grad av demens	Mild til moderat grad av demens
Eldre pasienter 65+	Yngre pasienter
Fysiske smerter	Psykiske smerter
Akutte og kroniske smerter	Ikke-smerter
Sykehus	Sykehjem*
Artikler på norsk eller engelsk	Artikler på andre språk enn norsk eller engelsk
Betalt arbeid	Frivillig arbeid
Kvalitative og kvantitative metoder	Metastudier
Europa og andre industriland	Utviklingsland
Alle kjønn	I/A

\*Vi har valgt å inkludere én artikkel fra sykehjem

### 3.4 Utvalg av artikler

Etter søket på norsk i Oria satt vi igjen med kun én artikkel. Vi leste nøye gjennom artikkelen og valgte å inkludere denne, da det er en norsk studie som handler om smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens. Etter å ha gjennomført søkene i Medline og Cinahl (Tabell 2), satt vi igjen med totalt 34 artikler. Disse leste vi tittel og abstrakt til, og brukte visse inklusjons- og eksklusjonskriterier til avgrensning (Tabell 3). Vi valgte å ikke benytte Medline da tre av artiklene ikke samsvarte med de valgte kriteriene vi hadde satt, og den fjerde artikkelen fant vi også i Cinahl. Av de 30 artiklene i Cinahl ekskluderte vi 17 fordi de ikke var relevante for vår problemstilling, vurdert etter tittel og abstrakt. De resterende 13 artiklene leste vi gjennom og valgte å inkludere tre av disse som utgangspunkt for vår



oppgave: treff nr. 1, 6 og 9 i Cinahl (Tabell 4: artikkel nr. 1-3). Artikkel fem fant vi ved å gjøre søk med søkeordet «MOBID-2» i Cinahl med de tidligere nevnte avgrensningene (Tabell 4: artikkel 5). Da fikk vi opp åtte treff. Etter å ha lest gjennom abstraktene til disse åtte artiklene fant vi treff nr. 1 mest relevant, da denne er en norsk studie som undersøker anvendbarheten til MOBID-2 som smertekartleggingsverktøy til pasienter med demens.

Tabell 4: Utvalgte forskningsartikler

Artikkel nr.	Artikkeltittel, forfattere og årstall
1	<i>Documented nursing practices of pain assessment and management when commiunicating about pain in dementia care</i> Forfattere: Tsai, Y.I-P., Browne, G., og Inder, K-J. (2022)
2	<i>Facilitators, barriers, and solutions in pain management for older adults with dementia</i> Forfattere: Minaya-Freire, A., Ramon-Aribau, A., Pou-Pujol, G., Fajula-Bonet, M., og Subirana-Casacuberta, M. (2020)
3	<i>Hospital nurses management of agitation in older cognitively impaired patients: do they recognise pain-related agitation?</i> Forfattere: Graham, F., Beattie, E., og Fielding, E. (2022)
4	<i>Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer</i> Forfattere: Lillekroken, D. og Slettebø, Å. (2013)
5	<i>The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia</i> Forfattere: Husebo, B.S., Ostelo, R., og Strand, L.I. (2014)

### 3.5 Kildekritikk

For å forsikre oss om at de artiklene vi har funnet er troverdige, har vi kun brukt fagfelleverderte kilder. Flere av forskningsartiklene vi benytter oss av bruker en kvalitativ metode for datasamlingen. Ved gjennomgang av disse har vi vært bevisst på at kvalitative

studier ikke kan generaliseres da forskningen baserer seg på subjektive tanker og opplevelser. Imidlertid har de overførbarhet til liknende situasjoner.

To av forskningsartiklene vi har brukt er fra Australia. Selv om studiene er fra en annen verdensdel har vi konkludert med at artiklene har nok overføringsverdi til vår problemstilling. Australia er, på lik linje med Norge, et industriland som utmerker seg innenfor tilbudet av helsetjenester. Ifølge en rapport fra 2021 ligger Australia og Norge på topp over de landene i verden som er vurdert til å ha høyest kvalitet når det gjelder levering av helsetjenester (Schneider et al, 2021, s.3). Det er derfor grunn til å tro at pasienter med demenssykdom får tilnærmet lik behandling i disse landene.

Forskerne bak artikkelen om smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 har innhentet data fra norske sykehjem. Selv om vår problemstilling er rettet mot sykehus, har vi vurdert at denne studien likevel har overførbarhet til oppgaven. Dette smertekartleggingsverktøyet er ment til bruk på pasienter med demens. Pasientens lokasjon vil trolig ikke være avgjørende for verktøyets funksjon.

Vår mest brukte faglitteratur i vår litteraturstudie er en bok av Kristin Häikiö fra 2015 med tittel «Smerte hos eldre og personer med demens». I denne boken tar Häikiö for seg store deler av det vi fokuserer på i vår oppgave. Boken er riktignok åtte år gammel, men etter å ha lest den har vi grunn til å tro at teorien fortsatt er relevant, siden mye samsvarer med annen teori vi har lest.

Vi har valgt å inkludere Joyce Travelbee som omsorgsteoretiker i vår litteraturstudie. I «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» tar hun for seg temaer som er like relevant i dag som de var for 50 år siden. Vi har lest den norske utgaven av boken, som først ble utgitt på engelsk. Noe kan ha uteblitt i oversettelsen fra engelsk til norsk. Men siden boken er oversatt av fagfolk, er det grunn til å tro at språket er troverdig. Selv om Travelbee var psykiatrisk sykepleier er hun likevel relevant da vi mener det er en viss overførbarhet mellom pasienter med psykiske lidelser og pasienter med demens. Begge pasientgruppene er sårbare i møte med helsetjenesten og kan kreve tilpasset omsorg.

Vi har også sett på forskernes egne bemerkninger av styrker og svakheter i sine studier. Forskerne i flere av artiklene påpeker at tids- og arbeidspress på avdelingen kan påvirke sykepleierens beslutninger i smertebehandling av pasienter med demens. De beskriver videre at dette presset ikke ble tatt hensyn til i utførelsen av studien og derfor kan ha hatt en innvirkning på resultatene (Graham et al., 2022, s. 8-9; Minaya-Freire et al., 2020, s. 500). Artikkel nummer 1 bruker medisinske journaler til å innhente data. Forskerne mener at utilstrekkelig journalføring kan gi misvisende og upålitelige resultater siden studien er avhengig av at journalføringen gjenspeiler virkeligheten. Flere artikler påpeker at bruken av et begrenset antall sykepleiere som deltakere i studiene kan svekke funnenes troverdighet (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 32; Minaya-Freire, 2020, s. 500).

### 3.6 Ethiske overveielser

For å være bevisst de etiske aspektene ved forskningen vi har lest, har vi gjort oss kjent med Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2022). Den har som formål å bevare forskningsdeltakernes rettigheter i form av prinsippene «ikke-skade», «respekt for menneskets autonomi» og «velgjørenhet». En etisk utfordring med vår oppgave er at pasienter med demenssykdom er en sårbar gruppe å inkludere i forskning. Det kan diskuteres hvorvidt de tre overnevnte prinsippene er mulig å ivareta i forskning som involverer deltagere med langtkommen demens, grunnet deres mangel på samtykkekompetanse. I artikkelen om MOBID-2, der pasientene selv er deltakere i studien, har pårørende eller andre omsorgspersoner gitt sitt samtykke til forskningen. Selve forskningsmetoden er skånsom i den forstand at den baserer seg på observasjoner av pasientens atferd i forbindelse med lett mobilisering i naturlige situasjoner. Videre påpeker forskerne at de anså deltakelse i studien som fordelaktig for pasientene fordi de fikk tilpasset hjelp fra eksperter innenfor området. I tillegg fikk pasientene fortsette å bruke analgetika som allerede var ordinert (Husebo et al., 2014, s. 1428).

Gjennom skriveprosessen har vi fulgt VID Vitenskapelige Høgskoles standardiserte kriterier for akademisk oppgaveskriving i skrivestilen APA 7. Dokumentet presenterer blant annet

retningslinjene for korrekt referanseføring, noe som er med på å kreditere arbeidet til de  
anvendte kildene på rett måte.

## 4 Forskningsresultater

### Artikkel 1

Tittel	<i>Documented Nursing Practices of Pain Assessment and Management when Commiunicating About Pain in Dementia Care</i>
Forfattere	Tsai, Y.I-P., Browne, G., og Inder, K-J.
Årstall	2022
Tidsskrift	Journal of Advanced Nursing
Hensikt	Vurdere sykepleieres dokumenterte praksis i vurdering av smerter hos pasienter med demens på sykehus.
Metode	Studien benytter en kvantitativ metode med innhenting av medisinske journaler om sykepleieres rapportering av smerter. Opplysningene fra journalene gjaldt 100 pasienter over 65 år med demens, ved fire døgnavdelinger ved to ulike sykehus i Australia.
Resultat	Av de 100 pasientene med demens inkludert i studien, hadde 66% dokumentert smerte minst én gang i løpet av sykehusinnleggelsen. 58% av disse hadde en moderat til alvorlig intensitet på smertene. Studien rapporterer at bruken av smertekartleggingsverktøy varierte mellom sykepleierne, og at smertescore og administrert analgetika ikke nødvendigvis samsvarte. Av de som brukte smertekartleggingsverktøy benyttet 93% av sykepleierne et verktøy for selvrapporing, mens 7% brukte et verktøy som krevde observasjon av pasienten. Sykepleierne i studien sier at smerteevaluering av pasienter med demens er en nokså omfattende oppgave, som ofte blir nedprioritert i en hektisk arbeidsdag på sykehus.

## Artikkel 2

Tittel	<i>Facilitators, Barriers, and Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia.</i>
Forfattere	Minaya-Freire, A., Ramon-Aribau, A., Pou-Pujol, G., Fajula-Bonet, M., og Subirana-Casacuberta, M
Årstall	2020
Tidsskrift	Pain Management Nursing
Hensikt	Drøfte smertebehandling til eldre pasienter med demens og identifisere faktorer som både hindrer og bidrar positivt til dette, samt foreslå forbedringer.
Metode	Studien bruker en kvalitativ metode der data ble innhentet ved tre fokusgruppeintervjuer samt et skriftlig spørreskjema. Deltakere av studien var ti sykepleiere fra geriatrike sykehusavdelinger på et universitetssykehus i Spania. Forskningsmetoden vektlegger kunnskap og erfaringer hos fokusgruppene der sykepleierne selv fikk mulighet til å komme opp med forslag til forbedring innen smertebehandling til pasienter med demens.
Resultat	Studien presenterer flere punkter som positive i smertebehandlingen til eldre pasienter med demens. Sykepleierne mener at det å tilpasse smertekartleggingen til pasientens forutsetninger, og samarbeide tett med pasientens primærsykepleier, kan være fordelaktig. I tillegg poengterer de fordelene med å ha erfaring og/eller spesialisering innen feltet. På den andre siden presenterer studien flere faktorer som er til hinder for god smertebehandling. Punktene som blir nevnt er blant annet pasientens kognitive svikt som gjør det vanskelig å uttrykke og beskrive smerter, høyt arbeids- og tidspress, kunnskaps- og erfaringsmangel blant sykepleierne og kommunikasjonssvikt innad i pleieteamet mellom vaktene. Basert på funnene i resultat-delen har sykepleierne i studien kommet med forslag til forbedring: 1) Iverksette en undervisningsplan for å øke kunnskap og kompetanse hos sykepleierne og for å standardisere praksisen når det kommer til smerteevaluering- og behandling av pasienter med demens. 2) Undervisning om smerteevaluering- og behandling, demenssykdom, smerte, og

	farmakologi er viktig. 3) Etablering av et smertebehandlingsregister i pasientens journal som er lett tilgjengelig, spesifikt, og lett anvendelig. Dette kan særlig mellom skiftene, resultere i bedre planlegging og kontinuitet i smertebehandlingen.
--	---

### Artikkel 3

Tittel	<i>Hospital nurses management of agitation in older cognitively impaired patients: do they recognise pain-related agitation?</i>
Forfattere	Graham, F., Beattie, E., og Fielding, E.
Årstall	2022
Tidsskrift	<i>Age and Ageing</i>
Hensikt	Undersøke hvordan sykepleiere på sykehus behandlet agitasjon hos eldre pasienter med smerte og demens.
Metode	Studien benytter en kvalitativ metode der data ble innhentet ved hjelp av virtuell simulering (VR) og spørreskjema. Deltakere i studien var 274 autoriserte sykepleiere på medisinske og kirurgiske avdelinger ved ti offentlige sykehus i Australia.
Resultat	Etter simuleringen og intervjuene av sykepleierne om deres håndtering av agitasjon hos pasienter med demens, viste det seg at de fleste sykepleierne hadde vanskeligheter med å identifisere og behandle smerterelatert agitasjon hos pasientene. Forskningen avslørte at 95% av deltakerne i studien overså smerter hos pasientene og 89% administrerte antipsykotika istedenfor analgetika. Det ble dokumentert at 76% av sykepleierne administrerte antipsykotika til pasientene som førstevalg ved agitasjon. I tillegg administrerte 38% en ny dose antipsykotika dersom den første dosen ikke hadde tilstrekkelig effekt. Kun 4,7% anslo at atferden skyldtes smerter og administrerte dermed analgetika. Artikkelenes viktigste konklusjon er at mangel på kunnskap og erfaring med å skille symptomer på smerte hos pasienter med demens fra symptomer på selve demenssykdommen kan være en forklaring på forskernes funn.

#### Artikkel 4

Tittel	<i>Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer</i>
Forfattere	Lillekroken, D. og Slettebø, Å.
Årstall	2013
Tidsskrift	<i>Sykepleievitenskap</i>
Hensikt	Å utforske sykepleieres erfaringer med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens.
Metode	Studien benytter en kvalitativ metode der data ble innhentet ved hjelp av fokusgruppeintervjuer. Deltakere av studien var 18 sykepleiere ved geriatriske avdelinger ved to norske sykehus, samt sykepleiere ved en skjermet demensenhet på et kommunalt norsk sykehjem. Sykepleierne hadde ingen videreutdanning innenfor geriatri eller demensomsorg.
Resultat	Studien viser at smertevurdering og smertelindring til pasienter med demens er en utfordring. Deltakerne i studien beskriver at mangelen på smertekartlegging kan være årsaken til dette. Sykepleierne rapporterte at smertekartleggingsverktøy var noe de hadde lite kjennskap til og sjeldent benyttet i daglig praksis, fordi de hadde en oppfatning om at disse verktøyene ikke kunne brukes på denne pasientgruppen. Noen av deltakerne forteller at de brukte Visuell Analog Skala (VAS), men at dette først og fremst gjaldt pasienter med en mild til moderat grad av demens. I tillegg poengterer de at smertelindring er svært komplekst, noe som gjør at det er en utfordrende sykepleieoppgave i en allerede hektisk arbeidsdag. Som løsning på dette foreslår deltakerne at de selv bør ta ansvar for å øke sin kompetanse innenfor området, spesielt når det kommer til opplæring i bruk av tilpassede smertekartleggingsverktøy. Noen sykepleiere uttrykket at de savnet rutiner og standardiserte retningslinjer å følge. Andre mente dette kunne gjøre det utfordrende å gi individuell tilpasset behandling fordi smerte ikke kan standardiseres.



## Artikkel 5

Tittel	<i>The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia</i>
Forfattere	Husebo, B.S., Ostelo, R., og Strand, L.I.
Årstall	2014
Tidsskrift	<i>European Journal of Pain</i>
Hensikt	Undersøke påliteligheten og anvendbarheten til smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 på pasienter med demens og å studere pasientenes respons på smertebehandlingen.
Metode	Studien benytter en kvantitativ metode der data ble innhentet fra 352 pasienter med en alvorlig grad av demens. Studien fant sted ved 18 ulike sykehjem i Norge, og pasientenes smerter ble vurdert av sykepleiere ved hjelp av MOBID-2. Sykepleierne hadde på forhånd fått en grundig innføring i bruken av dette verktøyet.
Resultat	Studien forteller at MOBID-2 er et egnet verktøy for å kartlegge smerter hos pasienter med demens over tid, da verktøyet tar høyde for endringer i pasientens smerteintensitet. Artikkelen viser at reduksjonen i smertescore kan forklares ved pasientens reduserte agitasjonsnivå, mens en økning i smertescore kan knyttes til en økning i agitasjonsnivå. Studien viste at agitasjonsatferd som uro, negativitet og klaging kunne assosieres med en økt smertescore. Ved administrering av smertebehandling så man en reduksjon i smertescore, som igjen bidro til en reduksjon i agitasjonsatferd hos pasienten. Forskningen viser at en svakhet med MOBID-2 er at verktøyet ikke fanger opp hvilken type smerte pasienten har. Hvor flere smertetilfeller var mulig å relatere til muskel- og skjelettsystemet ved bruk av MOBID-2, var derimot smerter fra blant annet indre organer, hode og nakke vanskeligere å fange opp. For å komme frem til riktig behandling påpeker studien viktigheten av å gjenta smertekartleggingen. Dette gjøres for å eventuelt bekrefte en reduksjon i smertescore, eller oppdage at behandlingen pasienten ble satt på ikke var tilstrekkelig.

## 5 Drøfting

Hovedformålet med denne oppgaven er å utforske hvordan sykepleiere kan fange opp tegn på smerte hos pasienter med demens på sykehus gjennom bruk av kartleggingsverktøy. Ved å se nærmere på forskningsresultatene, sett opp mot teoretisk grunnlag og egne erfaringer, vil vi i dette kapittelet drøfte problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleier kartlegge smerte hos pasienter med demens på sykehus?»

For å svare på problemstillingen vil vi først drøfte viktigheten av sykepleierens observasjoner og vurderinger, for så å drøfte sykepleierens utfordringer. Deretter vil vi drøfte sykepleierens etiske utfordringer, og til slutt drøfte bruken av smertekartleggingsverktøy.

### 5.1 Sykepleierens observasjoner og vurderinger

Sykepleierens grunnleggende funksjonsområde *observasjon* er helt vesentlig for å kartlegge smerter. Uoppdaget smerte, eller ineffektiv smertebehandling som følge av utilstrekkelig smertekartlegging, kan ha alvorlige helsemessige følger, både på kort og lang sikt (Torvik & Sandvik, 2020). Travelbee (1999) skriver at observasjon bør benyttes for å lære pasienten å kjenne, og utføres for å gjøre kliniske vurderinger og bestemme hvilke individuelle sykepleietiltak som skal iverksettes. Ved å observere pasienten under dagligdagse rutiner, kan sykepleier innhente mye nyttig informasjon om hans smertetilstand, som danner grunnlaget for hvilken smertebehandling som skal administreres. Ved hjelp av logisk-analytisk tenking basert på sykepleieteoretisk kunnskap og intuitiv tenking basert på tidligere erfaringer, tolkes og evalueres observasjonene som er gjort (Skaug, 2016). Vi har erfart hvordan sykepleier benytter faglig kunnskap i kombinasjon med skjønn til å gjøre vurderinger og ta beslutninger, og har sett at hver enkelt sykepleier har en individuell tilnærming til smertekartlegging- og behandling. En sykepleier med bred erfaring vil kunne handle mer spontant ved bruk av skjønn i en situasjon hvor pasienten har smerter, mens en uerfaren sykepleier trolig vil ha en mer trinnvis og systematisk analytisk tilnærming (Skaug, 2016). Vi tror at en årsak til at mange eldre med demens ikke blir tilstrekkelig smertelindret

kan være at kartleggingen ikke blir gjort systematisk nok, og at atferd som agitasjon og uro ikke alltid kobles til smerter, grunnet manglende kompetanse og erfaring.

Etter vår mening vil sykepleierens observasjoner kunne gi et mer nøyaktig bilde av pasientens smertetilstand, dersom observasjonene er basert på allerede ervervet kunnskap og erfaring i kombinasjon med bruken av et slikt verktøy.

Når Travelbee (1999) skriver om viktigheten av å lære pasienten å kjenne, kan det synes som at det ikke bare handler om å tolke pasientens objektive uttrykk. For å kunne gi helhetlig omsorg må sykepleieren også utforske individet i den aktuelle konteksten og se *hele* mennesket, altså mennesket bak sykdommen og hans personlighet, i tillegg til symptomer og sykdomstegn. I sykehuspraksis har vi erfart at sykepleierne i en travel arbeidsdag har relativt kort tid til å knytte kjennskap til den enkelte pasient og hans historie. Flere av studiene påpeker tids- og arbeidspress som en barriere for helhetlig sykepleie (Tsai et al, 2022; Minaya-Freire et al., 2020; Lillekroken, 2013). Med liten tid til å knytte kjennskap til pasienten, kan det være vanskelig å fange opp for eksempel smerterelatert atferd, som avviker fra normalen. Derfor tror vi at en av de beste forutsetningene for å gjenkjenne smerteatferd hos pasienter med demens er å ha kjennskap til pasientens væremåte ved fravær av smerte. Dette gjør det lettere å vite når atferden avviker fra normalen. En annen måte å knytte kjennskap til pasienten, mener vi vil være å i størst mulig grad benytte samme sykepleier til samme pasient. For eksempel bør sykepleieren som er hos en pasient på kveldsvakt, få ansvar for den samme pasienten dagen etter. Vår erfaring er at dette er gunstig, da sykepleieren allerede er oppdatert på pasientens tilstand og behov, samt at det er større sannsynlighet for at pasienten gjenkjenner sykepleierens ansikt.

Når det kommer til å gjenkjenne smerteatferd og vite når pasientens atferd skiller seg fra hans habituelle væremåte, kan pårørende være en stor ressurs (Ranhoff, 2020). I tillegg er pårørende en uvurderlig støtte for pasienten fordi de representerer noe som er kjent og trygt. Dette bidrar til at pasienten med demens opplever en bedre forståelse og sammenheng i en ellers ukjent situasjon. Demensplanen 2025 foreslår et tettere samarbeid i med pårørende til personer med demens i helsetjenesten. Gjennom innspill fra pårørende er det funnet ut at de har et større behov for å bli sett, hørt og involvert i pasientens liv (Helse-

og omsorgsdepartementet, 2020). Flere pårørende understreker at de selv sitter inne med betydningsfull kunnskap og informasjon om sin nære.

Vi har lagt merke til at pårørende ikke blir trukket frem i forskningen som en ressurs når det kommer til smertekartlegging av pasienter med demens. Vår egen erfaring viser at det kan være flere grunner til dette: 1) Samhandling med pasientens pårørende er ikke innarbeidet som en standard rutine når pasienten blir innlagt på sykehus. 2) Pårørende blir sjeldent kontaktet for å få et større bilde av pasienten enn det som kommer frem i pasientens journal. 3) Besøk av pårørende blir ikke ansett som en viktig ressurs for å fange opp tegn på smerter hos pasienten. Pårørende må vite at helsepersonellet aktivt ønsker deres rapportering velkommen, fordi pårørende har bedre forutsetninger for å oppdage når pasientens atferd avviker fra normalen, som Ranhoff (2020) påpeker. Forskning viser at samarbeidet med pårørende også kan by på utfordringer. Deltakerne i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) nevner derimot at involvering av pårørende kan sette sykepleier i en vanskelig situasjon, da deres formening om pasientens smerter ikke nødvendigvis samsvarer med sykepleiers kliniske vurderinger. Selv om pårørendes meninger kan skape uenigheter, mener vi at samarbeid med pårørende stort sett er positivt for pasienten, sykepleierne og pårørende selv.

Kommunikasjon omtales av Travelbee (1999) som et av sykepleierens viktigste redskaper når det kommer til å skape et menneske-til-menneske-forhold. God kommunikasjon gir bedre forutsetninger for å oppfatte pasientens non-verbale kommunikasjon, og dermed også den demenssyke pasientens smerter. Travelbee understreker at pasienter kan fortelle oss mye uten å nødvendigvis gi verbalt uttrykk for det. Solheim (2015) beskriver at det er viktig at sykepleier går inn i kommunikasjon med gode intensjoner. Den demensrammede pasienten vil oppleve sykepleierens forsøk på å forstå som svært viktig. I praksis har vi derimot observert at sykepleiere ikke nødvendigvis prøver å forstå det pasienten forsøker å kommunisere, men tvert imot heller bagatelliserer. Vi tror dette kan skyldes knapphet på tid og ressurser i kombinasjon med sykepleierens mangel på overskudd og tålmodighet. Denne pasientgruppen krever en større tilstedeværelse, noe vi opplever at sykepleiere ofte mangler.

Travelbee (1999) poengterer at det sykepleieren føler og tenker overfor pasienten alltid vil kommuniseres gjennom sykepleierens kroppsspråk. Vi opplever at det kan være spesielt utfordrende å beholde et positivt kroppsspråk når pasienten, for eksempel, utagerer. Når pasienten utagerer understreker Simonsen & Helgesen (2021) at det likevel er viktig å vise ydmykhet. Dette samsvarer med det Eide & Eide (2017) beskriver, om at det er viktig å møte pasienten gjennom bekræftende og oppmuntrende nonverbal kommunikasjon. Videre sier de at dette er ekstra viktig i møte med pasienter med demens, da bruk av nonverbal kommunikasjon kan forsterke verbal kommunikasjon for å enklere få gjennomslag. I Minaya-Freire et al. sin studie (2020) benyttet deltakerne nonverbal kommunikasjon når de kommuniserte med pasienter med demens om smerte. Deltakerne benyttet en rolig og vennlig tone i møte med denne pasientgruppen for at pasienten skulle føle seg trygg og ivaretatt i en situasjon som kan oppleves skremmende. Dette er i tråd med de fire gode vaner som vektlegger det å tilpasse kommunikasjonen til pasientens forutsetninger, og være bevisst pasientens nonverbale kommunikasjon (Diakonhjemmet sykehus, 2012). Vi tror det er essensielt at sykepleieren viser trygghet overfor pasienten når en utfordrende atferd oppstår da dette vil kunne bidra til at situasjonen ikke eskalerer.

## 5.2 Sykepleierens utfordringer

Mange personer med demens lever med ubehandlet smerte. Årsaksforklaringen viser seg å være svært kompleks der utilstrekkelig smertekartlegging er en del av dette. Både Lillekroken & Slettebø (2013) og Minaya-Freire et al. (2020) nevner pasientens nedsatte kognitive evner som en årsak til at pasientens smerter ikke blir tilstrekkelig kartlagt. De fleste deltakerne i studien til Lillekroken & Slettebø (2020) var enige i at det kan være vanskelig for sykepleieren å fange opp smerter hos en pasient med en alvorlig grad av demens, fordi denne gruppen har vanskeligheter med å uttrykke og beskrive sine smerter. Videre påpeker de at denne kommunikasjonssvikten kan resultere i over-, under-, eller feilbehandling. Minaya-Freire et al. (2020) sin studie rapporterte at sykepleierne i gruppeintervjuene hadde det vanskelig med å få svar på spørsmålene sykepleierne stilte pasientene om smerter. Dette fordi sykepleierne oppfattet at pasientene ikke var orientert om tid og sted, og ikke forstod spørsmålene. Sykepleierne måtte ofte stole på det pasientens ansiktsuttrykk fortalte dem. Vi

har selv opplevd denne utfordringen i en fallhendelse, hvor pasienten var eldre og hadde en demensdiagnose. Da vi spurte han om han hadde vondt noe sted svarte han nølende og var relativt taus, men bevegelsesvegringen og ansiktsuttrykkene hans ga uttrykk for smerte. Ved spørsmål om han kunne vise hvor han hadde vondt, fikk vi kun mumling til svar. I ettertid viste det seg at han hadde brukket lårhalsen. Dette eksempelet sier noe om hvor vanskelig det kan være å identifisere smerter i visse tilfeller, selv ved akutte og tilsynelatende intense smerter. Vi mener denne situasjonen understreker det faktumet at mange eldre med demens lever med ubehandlede smerter. Når det kan være krevende å identifisere akutte og alvorlige smerter som ved et lårhalsbrudd, kan vi tenke oss at det er desto vanskeligere å identifisere svakere og mer diffuse smerter.

Flere av artiklene beskriver smerteevaluering- og behandling av pasienter med demens som en svært utfordrende og omfattende oppgave som fort kan bli tilsidesatt i en hektisk sykehushverdag (Tsai et al., 2022; Minaya-Freire et al., 2020; Lillekroken & Slettebø, 2013). Deltakerne i studien til Minaya-Freire et al. (2020) rapporterte at det ble brukt liten tid på å vurdere smerter hos denne pasientgruppen, fordi sykepleierne hadde begrenset med tid til rådighet. Deltakerne nevnte også at de opplevde at smerteevaluering av pasienter med demens ikke ble sett på som en så viktig oppgavene og dermed ikke ble prioritert. I artikkelen til Lillekroken & Slettebø (2013) uttrykker deltakerne frustrasjon over at de verken hadde tid eller ressurser til å smerteevaluere- og behandle denne pasientgruppen, da dette ofte innebar å «overtale» pasienten med demens til å samarbeide. Vi har selv erfart at vi ofte bruker mye tid inne hos disse pasientene ved administrering av medikamenter. Mange pasienter forstår ikke hensikten med å ta medisinene, og enkelte spytter dem ut igjen. Vi tror at dette tids- og arbeidspresset er en konsekvens av et større samfunnsproblem. Helsetjenesten blir målt etter effektivitet, der vi ser at arbeidet er fordelt på for få ansatte. Denne arbeidsbelastningen går utover kvaliteten på omsorgen. Pasienter med demens blir dessverre et offer for dette.

Bekymring for bivirkninger fra bruk av analgetika blir i Lillekroken & Slettebø (2013) sin studie nevnt som en årsak til at sykepleierne var restriktive med å administrere disse legemidlene. Disse bekymringene viser seg å være reelle. Flere forskere har funnet at medikamenter som analgetika har en del bivirkninger, spesielt hos eldre (Lillekroken &

Slettebø, 2013; Häikiö, 2015). Økt falltendens, obstipasjon, og sedasjon er bivirkninger som ofte blir forbundet med bruk av analgetika (Torvik & Sandvik, 2020). Sykepleierne i Lillekroken & Slettebø (2013) sin studie sier at analgetika ofte kan føre med seg en økt grad av forvirring og en ytterligere svekket kognitiv funksjon hos eldre pasienter med demens. Dette kunne resultere i en større belastning for pasienten enn når de ikke administrerte analgetika. Deltakerne mener at ved administrering av smertelindring til eldre pasienter med demens bør man starte i lave doser for så å senere øke dosen slik at pasienten unngår uønskede bivirkninger. I praksis har vi erfart at eldre pasienter med demens ofte er trøtte og døsig på dagtid. Også deltakerne i studien til Lillekroken & Slettebø (2013) ser en sammenheng mellom økt forvirring og svekket kognitiv funksjon, og analgetika og beroligende legemidler. Dette tror vi blant annet kan skyldes bivirkninger av medikamenter. For å minimere risikoen for bivirkninger kan sykepleieren gjøre gradvise dosejusteringer, sørge for at det går nok tid mellom dosene, samt overvåke blodprøver, avføringsmønster, respirasjon og falltendens jevnlig (Häikiö, 2015, s. 36). Nortvedt & Nortvedt (2018) påpeker at risikoen for at pasienten skal utvikle en avhengighet ovenfor det smertestillende legemiddelet, eller at det skal få noen skadevirkninger, er minimalt. Videre sier de at det er viktig å ikke holde tilbake smertestillende, men administrere analgetika dersom de mener pasienten kan ha smerter. Dette kan føre til utilstrekkelig smertelindring som vil kunne ha større konsekvenser for pasienten enn det bivirkningene fra smertelindringen kan ha.

Flere forskningsartikler vi har valgt viser at erfarings- og kunnskapsmangel når det kommer til smertekartlegging, kan være en grunn til at tegn på smerter hos denne pasientgruppen blir misoppfattet eller ikke blir oppfattet i det hele tatt (Minaya-Freire et al., 2020; Graham et al., 2022; Lillekroken & Slettebø, 2013; Tsai et al., 2022). I artikkelen til Lillekroken & Slettebø (2013) kommer det frem at sykepleierne i studien sjelden eller aldri brukte smertekartleggingsverktøy. Spesielt sjeldent brukte de verktøy tilpasset personer med demens. Studien avslører at få av deltakerne hadde kjennskap til slike observasjonsbaserte verktøy. Deltakernes oppfatning var at kartleggingsverktøy ikke kunne brukes på denne pasientgruppen. Også i Tsai et al. (2022) sin studie kommer dette frem. De viser at kun et fåtall av sykepleierne som brukte smertekartleggingsverktøy, anvendte verktøy som krevde observasjon av pasienten. De aller fleste brukte selvrapporteringsverktøy som NRS, FACES-skala eller VAS. Disse resultatene peker i retning av at kunnskapsmangel når det kommer til

bruk av tilpassede smertekartleggingsverktøy til personer med demens, er en reell utfordring og en av årsakene til at denne pasientgruppen ikke fikk optimal smertelindring. Kun 37% av pasientene fikk revurdert sine smerter for å evaluere effekten av smertestillende.

Siden evaluering er et sentralt sykepleieransvar, mener vi dette er en oppgave det bør rettes større fokus på. Vi opplever at når sykepleieren administrerer analgetika til pasienter med demens, blir effekten av medikamentene i liten grad fulgt opp.

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det, «*sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis*» (NSF, u.å.). Flere av artiklene vi har studert viser at mangel på kunnskap og kompetanse blant sykepleiere er en vesentlig faktor som medfører svikt i smertebehandlingen av eldre pasienter med demens (Minaya-Freire et al., 2020; Graham et al., 2022; Lillekroken & Slettebø, 2013). Vi tror at bred faglig kompetanse er en forutsetning for at sykepleieren skal kunne kartlegge smerte og å utføre korrekt smertebehandling hos denne pasientgruppen. Flere av sykepleierne i Lillekroken & Slettebø (2013) sin studie sa de hadde manglende kunnskap om tilpassede smertekartleggingsverktøy for denne pasientgruppen. De oppga standardiserte retningslinjer og opplæring i bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy som mulige løsninger på denne utfordringen.

Flere av deltakerne i studien til Minaya-Freire et al. (2020) mener de har fått begrenset opplæring når det kommer til demens og smerte, og at mange praktiserer smertelindring av denne pasientgruppen feil. En av sykepleierne ga et eksempel der forordnet analgetika skulle gis, uavhengig av om pasienten hadde smerter eller ikke i det aktuelle øyeblikket. Sykepleieren nevner i tillegg at mange holder tilbake smertestillende, i slike situasjoner, fordi de mener det ikke er indikasjon for det. Deltakerne foreslår en undervisningsplan som inkluderer undervisning om smerteevaluering- og behandling, demenssykdom og smerte, og farmakologi for å øke kunnskap og kompetanse hos sykepleierne. Den manglende kunnskapen og kompetansen som blir nevnt i flere av studiene, samsvarer med våre egne erfaringer. Vi mener det har vært rettet lite fokus på teoretisk kunnskap om smerte og smertekartlegging til pasienter med demens i løpet av vår utdanning. Derfor mener vi at



undervisningsplanen foreslått i studien til Minaya-Freire et al. (2020) bør tas inn som en del av sykepleieopplæringen på avdelinger der sykepleiere møter denne pasientgruppen.

Studier viser at erfarings- og kunnskapsmangel er utbredt, også når det gjelder å gjenkjenne smerter hos agiterte pasienter med demens. Graham et al. (2022) sin forskning avdekker at de fleste sykepleierne som deltok i deres studie administrerte antipsykotika til pasienter med smerterelatert agitasjon. De aller fleste deltakerne overså smerter hos pasientene, og administrerte antipsykotika istedenfor analgetika. Kun et fåtall lyktes i å gjenkjenne smerter for så å administrere smertestillende. Disse funnene finner vi svært urovekkende, men likevel ikke helt overraskende. Vi har selv erfart hvordan beroligende midler ofte blir benyttet for å dempe agitasjon hos pasienter med demens, uten at smerte blir tenkt på som en mulig årsak. Simonsen & Helgesen (2021) påpeker at ved å administrere antipsykotika til pasienter som har en urolig atferd, vil dette kunne overskygge det faktiske problemet, som i noen tilfeller kan være smerter. I slike tilfeller mener vi sykepleier bør forsøke prøvemedisinering med analgetika, i tillegg til eller istedenfor antipsykotika.

En annen utfordring som forskning viser er mangelfull dokumentasjon av sykepleierens observasjoner og vurderinger (Minaya-Freire et al., 2020). Dette skal gjøres for å sikre god kvalitet, helhetlig omsorg, og kontinuitet i smertekartleggingen- og behandlingen (Grimsbø, 2016). Journalføring er en del av sykepleieprosessen som danner grunnlaget for arbeidet vårt som sykepleiere. Det sikrer faglig forsvarlighet. Mangel på dokumentasjon kan true pasientens sikkerhet. Plikten til journalføring er forankret i lovverk, med juridiske, faglige og etiske krav til journalens innhold (Helsepersonelloven, 1999, §39-40; Pasientjournalforskriften, 2019, §8). Deltakerne i Minaya-Freire et al. (2020) sin forskning foreslo at pasientens journal burde inneholde et smertebehandlingsregister, hvor eventuelle smerter dokumenteres for bedre planlegging og kontinuitet i pasientens smertebehandling mellom skiftene. Samme studie påpeker at dårlig kommunikasjon innad i pleieteamet er en faktor som kan svekke pasientenes smertebehandling. Det blir også nevnt at kontinuitet i smertekartleggingsarbeidet ble vanskelig å opprettholde, da pasientene hadde flere sykepleiere å forholde seg til i løpet av et døgn, og kommunikasjonen mellom sykepleierne ikke var tilstrekkelig. Dette mener vi peker i retning av at god journalføring og

kommunikasjon er spesielt viktig, for å bidra til at pleieteamet holdes oppdatert på pasientens smertetilstand.

### 5.3 Sykepleierens etiske utfordringer

Studien til Lillekroken & Slettebø (2013) viser at norske sykepleiere mener pasienter med demens er en utfordrende pasientgruppe, og at smertelindringen ofte medfører etiske utfordringer. De trekker blant annet frem mangel på tid og ressurser som årsaker til at etiske utfordringer kan oppstå. Videre sier de at tids- og ressursmangel kan medføre over-, under- eller tvangsbehandling. Sykepleierne i studien ga uttrykk for at verdiene de hadde ikke samsvarte med den tvangsbehandlingen de utførte da pasienten motsa seg smertelindring. Vår oppfatning er at sykepleiere i slike tilfeller, blir satt i situasjoner der deres egne verdier blir tilsidesatt for at pasientens grunnleggende behov for behandling og lindring skal bli dekket. Deltakerne i studien til Lillekroken & Slettebø (2013) fortalte i tillegg at pasientens autonomi ofte kunne bli tilsidesatt i slike situasjoner fordi sykepleierne mente de handlet ut ifra pasientens beste, og ikke nødvendigvis etter pasientens eget ønske. Sykepleierne sa at de hadde plikt til å lindre pasientens smerter selv om dette gikk på bekostning av pasientens autonomi.

Deltakerne i Lillekroken & Slettebø (2013) sin studie mente det vil kunne være en utfordring for sykepleieren å behandle en pasient som har mistet samtykkekompetansen sin. Spørsmålet om bruken av tvang blir en reell faktor som kan føre til at sykepleieren stiller seg kritisk til egne behandlingstiltak. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 (1999) understreker at pasientens samtykkekompetanse kan bortfalle dersom pasienten har demens. Nortvedt & Nortvedt (2018) mener at autonomi forutsetter at pasienten har selvinnsikt i egen sykdom og forstår informasjonen som blir gitt. Videre beskriver de at administrering av analgetika enkelt vil kunne forsvares dersom pasienten ikke er i stand til å ta kompetente avgjørelser. §4-2 og §4-6 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier at sykepleieren kan beslutte å gi pasienten analgetika uten at pasienten har uttrykt ønske om det direkte. I et slikt tilfelle dersom det er av lite inngripende karakter, er til pasientens beste, og dersom pasienten tilsynelatende uttrykker aksept for det uten å nødvendigvis gi verbalt uttrykk for det, ved et

såkalt stilltiende samtykke. I tillegg til lovverk sier de yrkesetiske retningslinjene i sykepleie at sykepleiere, blant annet, har et ansvar for å lindre lidelse gjennom å yte omsorgsfull hjelp (NSF, u.å.). Vi har selv erfart at sykepleiere av og til administrerer analgetika uten at pasienten har uttrykket direkte samtykket til det, fordi sykepleierens observasjoner og vurderinger tilsier at pasienten er smertepreget. Vår oppfatning av en slik situasjon er at sykepleieren vurderer tiltaket som lite inngripende og til pasientens beste. Med dette tatt i betraktning, i tillegg til at pasienten ikke motsier seg hjelpen, blir situasjonen vurdert til at pasienten gir sitt stilltiende samtykke til å motta smertestillende.

En annen etisk utfordring er sykepleierens negative holdninger. Dette sier Häikiö (2015), er en barriere for effektiv smertekartlegging- og behandling. Eksempler hun gir er at noen sykepleiere mener at eldre ikke føler på samme smerteintensitet som yngre pasienter, og at denne pasientgruppen ofte «klager» mer. Litteraturstudien til Jonsdottir & Gunnarsson (2021) er med på å bekrefte denne barrieren. De mener at pasienter med demens kan ha en frastøtende væremåte i form av aggressivitet, agitasjon, og utagerende atferd på grunn av smerter. Vår oppfatning er at slik atferd kan vekke sterke følelser og negative holdninger hos sykepleieren. Dette kan gjøre at det føles utfordrende å skulle gi av seg selv og hjelpe pasienten med, for eksempel, å kartlegge hans smerter. Vi har også erfart at mangel på overskudd og tålmodighet blant sykepleierne kan gjøre at denne pasientgruppen blir underkjent. Terskelen for å ta alarmer fra disse pasientene kan bli høyere. Ofte ser vi himling med øynene og sukking fra sykepleiere på vaktrommet når disse pasientene ber om hjelp, spesielt når tilkallingen er gjentakende. Vi vet ikke hvor mye pasienter med demens oppfatter av negative holdninger. Uavhengig av dette mener vi holdninger er uakseptable i møte med syke og sårbare mennesker og bør unngås for at sykepleieren skal imøtekomme pasientens behov for smertekartlegging- og behandling. Dessuten samsvarer ikke slike holdninger verken med Travelbees mellommenneskelige sykepleieteori eller de yrkesetiske retningslinjene i sykepleie. Begge har blant annet fokus på respekten for enkeltmennesket og dets individuelle og subjektive opplevelse av smerte (Travelbee, 1999; NSF, u.å.). Funnene fra Jonsdottir & Gunnarsson sin studie (2021) viser at identifisering av egne holdninger kan føre til økt bevissthet og en mer positiv holdning til pasienten.

Kristoffersen & Nortvedt (2016) påpeker at sykepleieren er pliktig til å opptre profesjonelt i situasjoner der pasientens atferd vekker sterke følelser hos henne. Videre poengterer de at pasient-sykepleier -relasjonen ikke skal baseres på en emosjonell og subjektiv tilknytning. Dessuten har ikke sykepleier noe valg om å hjelpe pasienten, for eksempel, med smertekartlegging- og behandling. Som sykepleier er man etisk og juridisk pliktet til å yte helsehjelp som samsvarer med personens hjelpebehov, uavhengig av pasientens identitet eller personlig tilknytning til vedkommende (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1b; Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Kristoffersen & Nortvedt (2016) poengterer at det imidlertid er viktig å merke seg at profesjonell omsorg også krever en viss grad av personlig involvering, for at omsorgen skal bli menneskelig. Dette må skje på et nivå hvor en ikke mister kontroll over egne reaksjoner. Nortvedt & Nortvedt (2018) skriver at den personen som har vondt vil være avhengig av at andre tar smertene på alvor gjennom å se, forstå og lindre personens smerte. Det å hjelpe pasienten ved å få kartlagt og lindret hans smerter vil bidra til å beskytte personens verdighet og forsterke fellesskapet mellom sykepleieren og pasienten (Nortvedt & Nortvedt, 2018). Den profesjonelle omsorgsrollen sykepleieren skal ha er inkludert i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie og i de fire etiske prinsippene (NSF, u.å.; Alvsvåg & Aadland, 2019).

Vår oppfatning er at negative holdninger blant sykepleiere skyldes flere faktorer. Etter å ha lest forskning på dette området har vi grunn til å tro at negative holdninger delvis er en konsekvens av kunnskapsmangel. Solheim (2015) skriver at fordommer baserer seg på tanker og oppfatninger som er fattet på forhånd. Disse kan være et resultat av mangelfull og/eller feilaktig kunnskap. Som tidligere nevnt, mener Häikiö (2015) at eldre med langtkommen demens ikke er i stand til å «spille skuespill», noe som er en utbredt misoppfatning. I tillegg kan oppfatninger om at denne pasientgruppen er «vrang» og «vanskelig», fordi de krever ekstra tid og ressurser, skyldes kunnskapsmangel om demens og smerter. Videre skriver Häikiö at en pasient som agiterer, er urolig, eller vandrer, tilsynelatende viser symptomer på demens, ikke pasientens personlighetstrekk. For øvrig kan disse uttrykkene også være symptomer på smerter hos den demenssyke pasienten som ikke kan uttrykke sine smerter verbalt. Dette samsvarer med vår erfaring, da mange sykepleiere har utfordringer med å skille demensatferd fra smerteatferd. Etter å ha fordypet oss i dette

temaet tror vi utbredelsen av negative holdninger tilknyttet pasienter med demens og smerter kan reduseres ved hjelp av økt kunnskap.

Ingstad (2021) beskriver at holdningene sykepleier har kan avgjøre hvilken pleie og omsorg pasienten får. At smertekartlegging av pasienter er en bevisst handling og et valg sykepleieren tar, setter henne i en maktposisjon. Vi har selv erfart hvilken makt en sykepleier har når det kommer til smertelindring av pasienter. Ekstra smertestillende blir ofte gitt til de pasientene som roper høyest, mens de pasientene som ikke er i stand til å kommunisere sine smerter ofte blir mer eller mindre oversett. Ingstad (2021) nevner at dersom sykepleieren bevisst ignorerer eller går forbi en pasient som uttrykker misnøye, misbruker hun makten sin ved å usynliggjøre pasienten. En sykepleier som er bevisst makten hun har i en slik situasjon kan velge å gå inn til denne pasienten og undersøke hva denne misnøyen *egentlig* handler om. Et eksempel kan være å utføre smertekartlegging. Vår oppfatning er at makt er et ord som lett forbindes med noe negativt. Ofte hører vi om makt som blir misbrukt. Men sykepleieren kan velge å bruke denne makten på en konstruktiv måte. Ingstad (2021) poengterer at sykepleierens makt kan være en forutsetning for at pasienten mottar god pleie og omsorg.

#### 5.4 Smertekartleggingsverktøy

I en litteraturstudie av Tsai et al. (2018) ble smertekartlegging- og behandling av eldre pasienter med demens på sykehus undersøkt. De hevder at de fleste sykehusavdelinger har tilgang til smertekartleggingsverktøy. Utfordringen ligger i at det sjeldent benyttes *tilpassede* verktøy for personer med demens. Torvik & Sandvik (2020) sier at smertekartleggingsverktøy som brukes på pasienter med langtkommen demens alltid vil være observasjonsbasert i den forstand at sykepleieren må evaluere smerte på vegne av pasienten. Sykepleierne i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) forteller at de benytter et observasjonsbasert «uroskjema» for å dokumentere pasientenes atferd gjennom døgnet. Det nevnes også at sykepleierne mente at dette uroskjemaet kunne tilpasses slik at det også kunne benyttes til smertekartlegging, noe som på dette tidspunktet ikke ble gjort. Dette kan tyde på at sykepleierne fanger opp endringer i pasientens *atferd* og dokumenterer dette, men at

atferden ikke alltid blir koblet til mulige smerter. I Simonsen & Helgesen (2021) sin artikkel forteller sykepleierne at de benytter flere ulike kartleggingsmetoder for å registrere pasientens utfordrende atferd i et forsøk på å finne et mønster. Det kommer frem at disse metodene først benyttes når de ikke er i stand til å identifisere årsaken til denne atferden. Vi tror derfor at systematisk og rutinemessig bruk av et slikt verktøy vil kunne bidra til at smerter identifiseres tidligere.

Artikkelen til Tsai et al. (2018) viser at sykepleierne generelt mente at deres evne til å observere og tolke pasientens smertesignaler ble utviklet gjennom erfaring, og at mange derfor bevisst valgte å unngå å bruke smertekartleggingsverktøy. I samme studie blir det presisert at sykepleierne foretrakk å bruke skjønn, sunn fornuft og egne erfaringer fremfor å stole på resultatene fra slike instrumenter. Flere av deltakerne i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) uttrykket skepsis til bruken av slike verktøy fordi de mener at smerte ikke kan standardiseres, og at prosedyrene dermed må tilpasses hver enkelt pasient basert på sykepleierens egne vurderinger. Dette mener vi er oppsiktsvekkende siden sykepleieren skal arbeide kunnskapsbasert. Dette er en del av de yrkesetiske retningslinjene. Häikiö (2015) nevner at økt kunnskap om smerte kan gjøre sykepleiere mer bevisst og dermed øke sjansen for at smerter blir oppdaget. Sykepleierne i studien til Minaya-Freire et al. (2020) forteller at en standardisert praksis rundt smertekartlegging kan bidra til kvalitetsforbedring, ikke bare når det gjelder til å lindre pasientens smerter, men også for å bedre arbeidsrutinene blant sykepleierne. Med bakgrunn i dette kan det tenkes at praksisen rundt bruken av smertekartleggingsverktøy med fordel kan standardiseres, men at denne standardiseringen ikke må frata sykepleieren muligheten til å bruke intuitiv tenking og erfaring til å vurdere hvilken sykepleie som skal gis.

Flere av studiene påpeker at sykepleierne ikke benytter smertekartleggingsverktøy på pasienter med demens på daglig basis (Tsai et al., 2022; Lillekroken & Slettebø, 2013; Minaya-Freire et al., 2020). Sykepleierne i disse tilfellene er kjent med selvrapporteringsverktøy som NRS (Torvik & Sandvik, 2020). Det kommer frem i Tsai et al., (2022) sin studie at de aller fleste sykepleierne benyttet selvrapporteringsmetoder i møte med pasienter med demens og smerte, mens kun et fåtall brukte observasjonsbaserte verktøy. Studien til Lillekroken & Slettebø (2013) viser at noen av deltakerne benyttet

selvrapporteringsverktøy, men at pasientens grad av demens var avgjørende for om det ble brukt i hvert enkelt tilfelle eller ikke. Dette tror vi kan skyldes at sykepleierne har begrenset med tid til å utføre en fullstendig kartlegging av pasienten, og heller velger selvrapporteringsverktøy da det er mindre omfattende. Der selvrapportering ikke lar seg gjøre er MOBID-2 et smertekartleggingsverktøy som er tilpasset kognitivt svekkede pasienter. Husebo et al. (2014) viser at bruken av MOBID-2 fanger opp endringer i pasientens smerteintensitet, og vil derfor kunne være med på å bekrefte om behandlingen som gis har effekt eller ikke. Mangelfull selvrapportering hos pasienter med demens vil ikke bare dreie seg om smerter, men også om evnen til å gi tilbakemelding på effekt og eventuelle bivirkninger legemidler har. Vi mener et verktøy som MOBID-2, som er responsiv på å fange opp disse endringene, vil kunne være til hjelp for at sykepleieren skal lykkes med å lindre pasientens smerter.

MOBID-2 er imidlertid et smertekartleggingsverktøy tilpasset bruk på sykehjem. Likevel mener vi at skjemaet også kan være et nyttig verktøy for sykepleiere på sykehus. Husebo et al. (2014) sin studie om MOBID-2 viser at verktøyet er designet for å enkelt kunne benyttes i daglige rutiner, gjennom standardiserte bevegelser. Samtlige studier påpeker at smertekartleggingsverktøy ikke benyttes på grunn av det høye arbeidspresset på avdelingen (Minaya-Freire et al., 2020; Lillekroken & Slettebø, 2013; Tsai et al., 2022). Tsai et al. (2022) nevner at bruken av disse verktøyene ofte nedprioriteres i en travel hverdag, da sykepleiernes oppfatning er at smertekartlegging av pasienter med demens er en omfattende oppgave. Husebo et al. (2014) påpeker derimot at bruken av verktøyet MOBID-2 tar rundt fem minutter. De blir oppfordret til å bruke verktøyet i forbindelse med morgenstellet. Vi mener derfor at tids- og arbeidspress ikke trenger å være en barriere for bruk av MOBID-2 som smertekartleggingsverktøy.

Til tross for at MOBID-2 ansees å være et godt smertekartleggingsverktøy til bruk på pasienter med demens, konkluderer Husebo et al. (2014) med at det er vanskeligere å fange opp smerter relatert til indre organer, hode og nakke enn muskel- og skjelettsmerter. Husebo et al. (2014) trekker frem at smerter fra sentralnervesystemet er de smertene som er mest underbehandlet, fordi disse smertene sjeldent fanges opp. Smerter fra muskler og skjelett er derimot enklere å fange opp ved bruk av MOBID-2. Som tidligere nevnt er muskel-

og skjelettplager den vanligste årsaken til smerter hos eldre. Dette mener vi gir en desto større grunn til å bruke MOBID-2 på pasienter med demens, så lenge smerter fra andre deler av kroppen ikke utelukkes basert på smertescoren kartleggingen gir. Häikiö (2015) presiserer at smertekarleggingsskjemaer ikke kan brukes som den eneste fasiten på smerter, da det alltid vil være en risiko for at atferden som registreres ikke er smerterelatert, eller at kartleggingen ikke fanger opp smerter som faktisk eksisterer. Husebo et al. (2014) anbefaler at det gjennomføres et standardisert opplæringsprogram før verktøyet tas i bruk. Personalet må bli innforstått med hensikten og bruken av MOBID-2. Et slikt opplæringsprogram krever at avdelingslederen setter av tid og ressurser til det, noe vi mener bør prioriteres selv om sykehushverdagen allerede er travel.



## 6 Konklusjon

Sykepleierens ansvar for å kartlegge og lindre pasientens smerter, er stadfestet i både lovverk og i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie. Ut ifra forskningen vi har analysert har vi sett at det finnes flere utfordringer knyttet til smertekartlegging av sykehuspasienter med demens. Utfordringene nevnt i forskningen knyttes i stor grad til kunnskapsmangel blant sykepleiere, i tillegg til tids- og arbeidspresset som gjør det vanskelig for sykepleieren å gi helhetlig omsorg. En spesielt viktig faktor, som både forskning og vår egen erfaring viser, er sykepleierens utfordringer med å skille smerteatferd fra demensatferd. Det å forveksle disse fører svært ofte til at det blir administrert antipsykotika istedenfor analgetika når pasienten viser smerterelatert agitasjon. Forskningen viser også at pasientens pårørende kan være en viktig ressurs som kan hjelpe sykepleiere å gjenkjenne pasienter med demens sin smerteatferd.

Økt kunnskap kan også bidra til å bryte ned sykepleierens negative holdninger til denne pasientgruppen. Slike holdninger kan stå i veien for god smertekartlegging- og behandling. Det viser seg at bruken av smertekartleggingsverktøy kan være hensiktsmessig i møte med disse utfordringene. Manglende kunnskap rundt verktøy for smertekartlegging- og behandling ser ut til å være grunnen til at bruken av disse verktøyene er lite utbredt. MOBID-2 er et velegnet verktøy som viser seg å være lite inngripende for både sykepleieren og pasienten. Det er responsiv på å fange opp smerter og endringer i smertetilstand hos pasienter med demens. Verktøyet er spesielt egnet til å identifisere smerter relatert til muskler og skjelett, som er den vanligste årsaken til smerter hos eldre. Det blir imidlertid presisert at verktøyet ikke er like responsiv på smerter fra indre organer, hode og nakke. Forskning vi har brukt understreker viktigheten av at sykepleiere bruker teoretisk kunnskap, egne erfaringer, og intuitiv tenking ved vurdering av pasientens smertetilstand. Vi mener at ved bruken av MOBID-2 er disse egenskapene viktig for å unngå at de mer skjulte smertene ikke blir oppdaget. Videre er vi overbevist om at bruken av smertekartleggingsverktøy med fordel kan standardiseres uten at det behøver å ta vekk sykepleierens mulighet til å tenke selv. Vi skulle gjerne sett at det settes fokus på smertekartlegging- og behandling av denne pasientgruppen, både på sykepleieutdanningen og på arbeidsplasser, for å skape endring.

Når det er sagt, tror vi ikke økt kunnskap ene og alene vil være løsningen på problemstillingen. Det trengs en endring i hvordan helsetjenester driftes for å redusere arbeidspresset sykepleierne opplever i dag. I tillegg vil økt kunnskap blant sykepleiere kun være nyttig dersom den bygger på jevn tilstedeværelse og vilje til å skape relasjon. Eldre pasienter med demens fortjener å bli sett og tatt på alvor. Et verdig tjenestetilbud til *alle* pasienter, ikke bare de kognitivt friske, må man både kunne forvente og selv jobbe aktivt for.

## Litteraturliste

Aldring og Helse (u.å.). *Alzheimer sykdom*. Hentet 12. april 2023 fra

<https://www.aldringoghelse.no/demens/fakta-om-demens/alzheimers-sykdom/>

Alvsvåg, H., & Aadland, E. (2019). *Profesjonsetikk i sjukepleie*. Samlaget.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal.

Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D-G.Stubberud, R.

Diakonhjemmet sykehus (2012). *Fire gode vaner for effektiv medisinsk*

*kommunikasjon*. [https://diakonhjemmetsykehus.no/Documents/4%20gode%20vaner/%28C%29%20Fire%20gode%20vaner%20for%20effektiv%20medisinsk%20kommunikasjon\\_samleark%2Crev.pdf](https://diakonhjemmetsykehus.no/Documents/4%20gode%20vaner/%28C%29%20Fire%20gode%20vaner%20for%20effektiv%20medisinsk%20kommunikasjon_samleark%2Crev.pdf)

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal.

Førland, O., Alvsvåg, H., & Tranvåg, O. (2018). Perspektiver på omsorgsforskning. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 4(3), 196–214. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-02>

Graham, F., Beattie, E., & Fielding, E. (2022). Hospital nurses' management of agitation in older cognitively impaired patients: do they recognise pain-related agitation?. *Age and ageing*, 51(7), afac140. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac140>

Grimsbø, G. H. (2016). Digitale tjenester i pasientomsorgen. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 311-335). Gyldendal akademisk.

Grønseth & H, Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s.381-427). Gyldendal akademisk.

Häikiö, K. (2015). *Smerter hos eldre og personer med demens*. MEDLEX norsk helseinformasjon.

Helsedirektoratet. (2022). *En aldrende befolkning*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsloppsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/folkehelse-gjennom-livsloppet-eldre/en-aldrende-befolkning>

Helsepersonelloven, Pub. L. No. LOV-1999-07-02-64 (1999). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

Husebo, B. S., Ostelo, R., & Strand, L. I. (2014). The MOBID-2 pain scale: Reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *European Journal of Pain*, 18(10), 1419–1430.

Husebø, B. S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskrift den norske legeforening*. 129: 1996-8. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0660>

Ingstad, K. (2021). *Sosiologi: i helsefag og sykepleie* (2. utg.). Gyldendal.

Jonsdottir, T., & Gunnarsson, E. C. (2021). Understanding nurses' knowledge and attitudes toward pain assessment in dementia: a literature review. *Pain Management Nursing*, 22(3), 281–292.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 89-138). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 17-80). Gyldendal akademisk.
- Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden*, 33(3), 29–33.
- Minaya-Freire, A., Ramon-Aribau, A., Pou-Pujol, G., Fajula-Bonet, M., & Subirana-Casacuberta, M. (2020). Facilitators, Barriers, and Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia. *Pain Management Nursing*, 21(6), 495–501.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.003>
- Nortvedt, P., & Nortvedt, F. (2018). Smerte : fenomen og etikk (p. 131). Gyldendal.
- NSF (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleieforbund. Hentet 21. april 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal* (FOR-2019-03-01-168). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-01-168>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ranhoff, A-H. (2020). Delirium (akutt forvirring). I M, Kirkevold, K. Brodtkorb & A, Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3.utg., s. 458-471). Gyldendal.
- Ranhoff, A-H. (2020). Den gamle pasienten. I M, Kirkevold, K. Brodtkorb & A, Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3.utg., s. 53-81). Gyldendal.

Ranhoff, A-H. (2020). Den akutt syke gamle. I M, Kirkevold, K. Brodtkorb & A, Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3.utg., s. 232-244). Gyldendal.

Sandvik, R. K. N. M. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien*.  
DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80594>

Schneider, E. C., Shah, A., Doty, M. M., Tikkanen, R., Fields, K. & Williams II, R. D. (2021).  
*Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*.

Simonsen, M., & Helgesen, A-K. (2021). *Utfordrende atferd hos personer med demens er krevende for sykepleiere*. *Sykepleien*.

Skaug, E-A. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.A. Skaug & G.H Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon bind 1*. (3.utg., s.337-376). Gyldendal akademisk.

Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M, Kirkevold, K. Brodtkorb & A, Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (3.utg., s. 416-441). Gyldendal.

Solheim, Kirsti-V. (2015). *Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. 3.utg. Universitetsforlaget.

SML (2021, 24. februar). *Analgetika*. <https://sml.snl.no/analgetika>

Sommerlad, A., Perera, G., Singh-Manoux, A., Lewis, G., Stewart, R., & Livingston, G. (2018). Accuracy of general hospital dementia diagnoses in England: Sensitivity, specificity, and predictors of diagnostic accuracy 2008–2016. *Alzheimer's & Dementia*, 14(7), 933–943. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.02.012>

Strand, H. (2021, 23.februar). *Demens*. Folkehelse rapporten.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

The Commonwealth Fund. [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider\\_Mirror\\_Mirror\\_2021.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf)

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Torvik, K. & Sandvik, R. K. N. M. (2018). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 397-415). Gyldendal.

Travelbee, J. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. In K. M. Thorbjørnsen (Ed.), *Interpersonal aspects of nursing*. Universitetsforlaget.

Tsai, I.-P., Jeong, S. Y.-S., & Hunter, S. (2018). Pain Assessment and Management for Older Patients with Dementia in Hospitals: An Integrative Literature Review. *Pain Management Nursing*, 19(1), 54–71. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.10.001>

Tsai, Y. I.-P., Browne, G., & Inder, K. J. (2022). Documented nursing practices of pain assessment and management when communicating about pain in dementia care. *Journal of Advanced Nursing*, 78(10), 3174–3186. <https://doi.org/10.1111/jan.15251>

Wogn-Henriksen, K. (2015). Om å forstå personen med demens. I K., V., Solheim. *Demensguiden*. (2. utg., s. 90-102). Universitetsforlaget.

World Medical Association (2022, 6. september). WMA declaration of helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Zimmer, Z., Zajacova, A., & Grol-Prokopczyk, H. (2020). Trends in Pain Prevalence among Adults Aged 50 and Older across Europe, 2004 to 2015. *Journal of Aging and Health*, 32(10), 1419–1432. <https://doi.org/10.1177/0898264320931665>



## MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_ Tid: \_\_\_\_\_ Avdeling: \_\_\_\_\_

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

### Smerteatferd



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

**Smertelyd**  
«Aul»  
Stønner  
Ynker seg  
Gisper  
Skriker

**Ansiktsuttrykk**  
Grimaserer  
Rynker pannen  
Strammer munnen  
Lukker øynene

**Avvergereaksjon**  
Stivner  
Beskytter seg  
Skyver fra seg  
Endringer i pusten  
Krymper seg

### Smerteintensitet

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

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

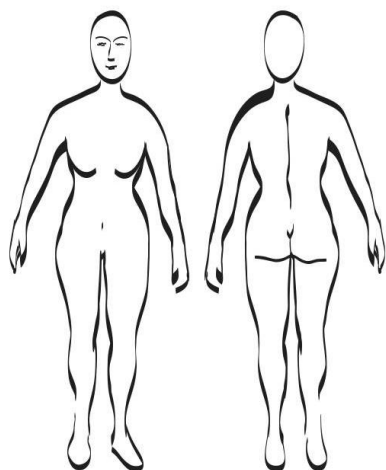
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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

APPENDIKS

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

### Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)



### Smerteintensitet

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

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

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10