



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	26-02-2018 09:00	<b>Termin:</b>	2018 VÅR
<b>Slutt dato:</b>	26-04-2018 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	<b>Studiepoeng:</b>	12
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2018 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 512

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Smertelindring til personer med demens

**Antall ord \*:** 8763

**Navn på veileder \*:** Ellen Johanne Suendsbø

**Tro- og loverklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har Ja  
registrert oppgavetittelen  
på norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
vitnemålet mitt \*:**

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Smertelindring til personer med demens

Pain relief for persons with dementia

**Kandidatnummer: 512**

Bachelor i sjukepleie – studiestad Stord  
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap  
Ellen Johanne Svendsbø  
Innleveringsdato: 26.04.18

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## **SAMMENDRAG**

**Tittel:** Smertelindring til personer med demens

**Bakgrunn for valg av tema:** I dag har mer enn 77 000 mennesker demens i Norge. Det forventes at forekomsten av demens i Norge vil bli fordoblet rundt 2040. Utbredelsen av demens stiger kraftig med alder. Smertebehandling til eldre er ikke tilfredsstillende, spesielt blant dem med kognitiv svikt ifølge undersøkelser. Erfaringer viser at smertelindring til denne pasientgruppen kan være utfordrende på grunn av kommunikasjonsproblemer.

**Problemstilling:** Hvordan ivareta smertelindring til personer med demens på sykehjem?

**Oppgavens hensikt:** Hensikten med denne oppgaven er å få økt kunnskap om smertelindring til pasienter med moderat til alvorlig grad av demens.

**Metode:** Denne oppgaven er en litteraturstudie. Databasene SveMed+, CINAHL og PubMed ble brukt for å finne relevante forskningsartikler. Seks aktuelle forskningsartikler ble valgt for å belyse problemstillingen.

**Resultat/funn:** Forskning viser at kunnskaper om demenssykdom, smertekartleggingsverktøy og smertelindring er avgjørende for hvilken smertebehandling pasienten mottar. MOBID-2 smerteskala er pålitelig og valid, og er et godt verktøy å bruke for å kartlegge smerte hos pasienter med langkommen demens. Ifølge forskning er en smertegjenkjennings- og behandlingsprotokoll anbefalt for rutinemessig bruk for å bedre kvaliteten på smertebehandlingen.

**Oppsummering/konklusjon:** På grunn av kommunikasjonsvansker hos pasienter med langtkommen demens er smertevurdering og smertekartlegging utfordrende. For å ivareta smertelindring til personer med demens er det viktig med gode fagkunnskaper, godt tverrfaglig samarbeid, bruk av smertekartleggingsverktøy og klinisk skjønn. Kjennskap til pasienten er også viktig for å bedre tolke pasienten smertetegn.

**Nøkkelord:** Demens, smerte, sykehjem, smertekartleggingsverktøy, smertelindring, smertevurdering

## **SUMMARY**

**Title:** Pain relief for persons with dementia

**Background:** Today more than 77 000 has dementia in Norway. It is expected an incidence of dementia in Norway will be doubled by 2040. The prevalence of dementia increases significantly with age. The pain treatment given to elderly is not satisfactory, especially among those with cognitive impairment according to examinations. From experience, the pain relief for this group of patients can be challenging because of the communication problems.

**Question:** How to preserve pain relief to people with dementia at the nursing homes?

**Aims and objectives:** The purpose of this study is to get increased knowledge of pain relief in patient with moderate to severe grade of dementia.

**Method:** This is a literature study. The databases SveMed+, CINAHL and PubMed was used to find relevant research articles. Six relevant research articles were chosen to illuminate the topic question.

**Results:** Research articles shows that knowledge about dementia, pain mappings tool and pain relief is crucial in regard to which pain treatment the patient receives. The MOBID-2 pain scale is reliable and valid, and is a good tool to use when mapping the pain of a patient with severe dementia. According to research is a pain recognition and treatment protocol recommended for routine use, to improve the quality of pain treatment.

**Conclusion:** Because of communication difficulties in patients with severe dementia, the pain assessment and pain mapping are challenging. To preserve the pain relief of people with dementia, it is important with good knowledge of subject, good interdisciplinary co-operation, use of pain assessment tools and clinical judgement. Knowledge of the patient is also important for better to interpret the patient pain signs.

**Keyword:** Dementia, pain, nursing home, pain assessment tool, pain relief, pain assessment.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av og fokusområdet	1
1.2 Problemstilling	2
1.2.1 Avgrensinger og presisering av problemstillingen	2
1.3 Hensikten med oppgaven	2
1.4 Begrepsavklaring	2
1.4.1 Personer med demens	2
1.4.2 Sykehjem	2
1.4.3 Smerte	3
<b>2.0 TEORI</b>	<b>4</b>
2.1 Kari Martinsens omsorgsteori	4
2.2 Demens	5
2.3 Nonverbal kommunikasjon og demens	6
2.4 Smerter	6
2.6 Smerter hos personer med demens:	7
2.7 Smertekartlegging	8
2.8 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer	8
<b>3.0 METODE</b>	<b>10</b>
3.1 Litteraturstudie	10
3.2 Kvantitativ metode	10
3.3 Kvalitativ metode	10
3.4 Fremgangsmåte	11
3.5 Søk av artikler	11
3.5.1 Tabell - SveMED+	11
3.5.2 Tabell - CINAHL	12
3.5.3 Tabell - PubMed	14
3.6 Kildekritikk	15
3.7 Forskningsetikk	15
3.8 Metodekritikk	15
<b>4.0 RESULTAT</b>	<b>17</b>
4.1.1 Sammendrag av artikkel 1	17
4.1.2 Sammendrag av artikkel 2	18
4.1.3 Sammendrag av artikkel 3	19
4.1.4 Sammendrag av artikkel 4	19
4.1.5 Sammendrag av artikkel 5	20
4.1.6 Sammendrag av artikkel 6	21
4.2 Analyse	21
<b>5.0 DRØFTING</b>	<b>22</b>
Nonverbal kommunikasjon og språkvansker	22
Sykepleierens kompetanse og erfaringer	24
Smertekartlegging og smertevurdering	26

<b>6.0 AVSLUTNING</b>	<b>29</b>
<b>REFERANSELISTE</b>	<b>30</b>

**VEDLEGG 1: RESULTATTABELL**

**VEDLEGG 2: MOBID-2 SMERTESKALA**

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn for valg av og fokusområdet

Ifølge Nasjonalforeningen for folkehelsen (2018) har mer enn 77 000 mennesker demens i Norge. Ettersom levealderen i Norge forventes å øke viser beregninger at forekomsten av demens i Norge vil bli fordoblet rundt 2040. Utbredelsen av demens stiger kraftig med alder. Det antas at 1,6 prosent mellom 60 og 64 år har demens, og at 43 prosent av de personene som er 90 år eller mer har demens (Folkehelseinstituttet, 2015). Temaet i denne oppgaven er smertelindring til personer med demens. Demens er et syndrom og betegner en ansamling av ulike symptomer (Wyller, 2015, s. 285). Demens innebærer nedsatt hukommelsesevne og tankeevne, problemer med språket og problemer med å utføre dagligdagse gjøremål (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2018). Ettersom utbredelsen av demens forventes å stige, vil det derfor være viktig at sykepleiere har kunnskap innenfor smertelindring til personer med demens. I dag har man mer kunnskap om effektive analgetika og smerte, i tillegg til metoder for smertelindring. Selv om man har mye kunnskap om dette blir fremdeles personer som har smerter både under- og feildiagnostisert. Fremdeles opplever omtrent halvparten av pasientene at de ikke får nødvendig smertelindring (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010, s. 355). At eldre opplever smerte skjer hyppig, og de opplever både akutte og kroniske smerter. Det kommer frem i undersøkelser at smertebehandling til eldre ikke er tilfredsstillende, spesielt blant dem med kognitiv svikt (Torvik og Bjørø, 2015, s. 390). Dette kan tyde på at vi som helsepersonell trenger mer kunnskap om temaet.

Bakgrunnen for valg av tema er at erfaringer viser at smertelindring til denne pasientgruppen kan være utfordrende. I praksis oppleves det at personer med demens har vanskeligheter med å uttrykke om de har smerter, eventuelt hvor de har smerter og i hvilken grad de har smerter. Jeg har observert sykepleiere prøve og tolke tegn på smerte og prøve å smertelindre deretter. Jeg har opplevd at pasienter har fått for mye og for lite smertestillende i forsøk på å redusere smertene til pasientene. Motivasjonen for valg av tema er at erfaringer viser at pasienter med demens ikke er like godt smertelindret som andre pasienter uten demens. Formålet med denne oppgaven er å få økt kunnskap om smertekartlegging og smertelindring til pasienter med demens.

## 1.2 Problemstilling

Problemstillingen i denne oppgaven lyder som følgende:

Hvordan ivareta smertelindring til personer med demens på sykehjem?

### 1.2.1 Avgrensinger og presisering av problemstillingen

Hovedfokuset i oppgaven vil være på smertelindring til personer med demens. For at oppgavens omfang ikke skal bli altfor stort vil det være noen avgrensinger. Oppgaven vil være avgrenset til sykehjem, da det er på sykehjem jeg har mest erfaring som er relevant for problemstillingen. Jeg vil fokusere på personer med moderat og alvorlig grad av demens, uavhengig av hvilken type demenssykdom personen har. Det er ved moderat og alvorlig graden av demens jeg ser utfordringen, da det oppleves at pasientene har ulik grad av kommunikasjonsvansker. På grunn av oppgavens omfang vil oppgaven være avgrenset til å ikke omhandle pårørende til personer med demens, selv om pårørende er viktig. Oppgaven vil heller ikke fokusere på medikamentell behandling.

## 1.3 Hensikten med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å få mer kunnskap om temaet smertelindring til personer med moderat til alvorlig grad av demens. Det vil bli brukt pensum, fagartikler, forskningsartikler og annen litteratur for å belyse og besvare problemstillingen i denne oppgaven.

## 1.4 Begrepsavklaring

### 1.4.1 Personer med demens

Dement kommer av de latinske ordene *de* som betyr uten, og *ment* som betyr sinn og vil direkte oversatt bety uten sinn (Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013, s. 18). Et perspektiv innen demens lar personen tre frem, selv om personen er syk. Ved å la vær å si ”demente” men heller si ”personer med demens” påpeker man at demens ikke er det eneste ved disse personene og fokuset er ikke bare på sykdommen (Smebye, 2008, s. 21-22).

### 1.4.2 Sykehjem

Sykehjem blir definert som en institusjon der det er tilbud om helsetjenester hele døgnet. Målet til sykehjemmene er å tilby pleie og omsorg som er individuell tilpasset og kvalitativ god, og som er et godt sted å bo. I tillegg er målet å ha et tilbud som gir riktig medisinsk behandling (Hauge, 2015, s. 265).



### 1.4.3 Smerte

Smerte blir beskrevet på denne måten: *”Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse”* (Berntzen, Danielsen & Almås, 2015, s. 357).

## 2.0 TEORI

I denne delen av oppgaven vil relevant teori bli presentert. I tillegg vil Kari Martinsen sin omsorgsteori bli gjort rede for.

### 2.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen er en viktig sykepleier innenfor omsorgsfilosofi. Hennes teori er basert på begrepet omsorg, og hun legger vekt på at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv (Kirkevold, 2001 s. 169). Hun mener at omsorg er et mål i seg selv når det utøves sykepleie. Mennesker som ikke er selvhjulpne er hun særlig opptatt av. Martinsen peker på tre ulike sider ved omsorgsbegrepet og mener at man ikke kan skille dem fra hverandre. De tre ulike sidene ved omsorgsbegrepet er: omsorgens relasjonelle side, omsorgens praktiske side og omsorgens moralske side (Kristoffersen, 2011, s. 248-250).

Omsorgens relasjonelle side bygger på at omsorg er basert på en relasjon mellom to eller flere mennesker. Hun mener at vi som mennesker er avhengig av hverandre. Denne avhengigheten ser man tydelig i situasjoner hvor sykdom eller lidelse er til stede. Den ene personen er i en slik situasjon at han trenger hjelpen som den andre er forpliktet å utøve. Omsorg innebærer blant annet at den som yter omsorg ikke venter noe tilbake for å yte omsorg. Denne formen for omsorg beskriver hun som ”generalisert gjensidighet” og mener det er basis for omsorgsyrket. For å kunne handle omsorgsfullt er en forutsetning å forstå den andres situasjon. Man får en forståelse for den andre sin situasjon ved å ha felles erfaringer. Når man forholder seg til felles erfaringer kan det føre til en felles forståelse som kan skape fellesskap og solidaritet (Kirkevold, 2001, s. 171). Det er nødvendig at sykepleieren er engasjert, og prøver å sette seg inn i pasientens situasjon. På denne måten vil sykepleieren se hva pasienten trenger. Livsytring er et fundamentalt begrep i yrkesmessig omsorg. Her kommer nestekjærligheten mellom ulike mennesker til uttrykk. I møte med pasienter må sykepleieren bruke sansene sine og være åpen for inntrykkene som pasienten gir (Kristoffersen, 2011, s. 254-255).

Omsorgens praktiske side bygger på at omsorg handler om praktiske handlinger og ikke bare grunnholdninger. I dagligdagse situasjoner blir det utført omsorg mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren utøver den sykepleie som pasienten trenger ut ifra hans eller hennes behov. Martinsen fremhever at handlingene er basert på en helhetsforståelse av situasjonen (Kirkevold, 2001, s. 173). Sykepleiere har kunnskaper om pasienten og fagkunnskap. Dette gjør sykepleierne bedre i stand til å utøve sykepleie på en hensiktsmessig og omsorgsfull måte

(Kristoffersen, 2011, s. 255-256). Ifølge Martinsen (2000, s. 32) må man som sykepleier være til stede med hele sin sansende kropp både i situasjonen og i øyeblikket. Man skal ikke ha tunnelsyn og kun fokusere på en ting, men heller se hele mennesket.

Omsorgens moralske side bygger på at man som sykepleier må handle moralsk (Kristoffersen, 2011, s. 256). Ifølge Martinsen er den moralske dimensjonen basert på at det mellommenneskelige forholdet er preget av avhengighet og makt. Når man utøver sykepleie som omsorg, må det utøves maktbruk som er moralsk ansvarlig. Man må særlig være oppmerksom på dette ved ansvar for de svake. Martinsen knytter også omsorg til nestekjærlighet. Det å handle moralsk innebærer å handle til pasientens beste (Kirkevold, 2001, s. 172).

Kunnskap basert på sanselig forståelse og kunnskap basert på begrepslig forståelse er to ulike typer kunnskap som Martinsen skiller mellom. Kunnskap basert på sanselig forståelse handler om kunnskapen som sykepleieren får via sanseinntrykk. Både sanser og ord kan gi uttrykk for denne type kunnskap. Gjennom sanselig kunnskap ser man hele personen. Kunnskapen man får gjennom begrepslig forståelse er klassifisert og fastlagt. Man ser situasjonen utenfra og på avstand, og vil derfor ikke se hele personen. Det generelle og allment kommer til uttrykk i begrepslig kunnskap. Martinsen mener at den erfaringsbaserte og praktiske kunnskap er sentral innen sykepleie (Kristoffersen, 2011, s. 257).

## 2.2 Demens

Demens er et syndrom og betegner en ansamling av ulike symptomer. Dersom man mistenker demens skjer utredningen gjennom to trinn. Det første trinnet er at det må vurderes om en demenstilstand foreligger eller ikke. Dersom personen har en demenstilstand går man videre til trinn to, som er at sykdommen som ligger til grunn forsøkes og diagnostiseres (Wyller, 2015, s. 285). Symptomene på demens utvikler seg i ulik grad fra person til person, avhengig av den underforliggende sykdommen. Sykdomsforløpet kan være kort og intens hos noen, mens det kan vare i inntil 20 år hos andre. Det finnes tre ulike grader av demens: mild grad, moderat grad og alvorlig grad. Ved mild grad av demens blir daglige aktiviteter påvirket. Når demenstilstanden har utviklet seg til moderat grad av demens klarer ikke personen seg uten hjelp fra andre. Ved alvorlig grad av demens har personen behov for pleie og overvåking kontinuerlig (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 411-412).

Ifølge ICD-10 er kriteriene som definerer demens følgende: En har svekket hukommelse, særlig hendelser som har skjedd i nyere tid, i tillegg til svekket kognitive funksjoner.

Personen har klar bevissthet, svekket emosjonell kontroll, og kan ha sviktende motivasjon og sosial atferd. Andre symptomer kan være emosjonell labilitet, irritabel, apati eller nyansert sosial atferd. Minst ett av disse symptomene må være til stede. Symptomene på demens må ha vart de i seks månedene eller mer. En må vurdere to kriterier for å utelukke at pasienten ikke har delirium, men demens. Dette gjelder kriteriene om at pasienten har klar bevissthet og at tilstanden har vart i mer enn seks måneder (Wyller, 2015, s. 286). Det ulike typene demens deles inn i degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekunder demens. Det finnes flere ulike typer sykdommer som forårsaker demens. Sykdommen Alzheimer utgjør 60-70% av demenstilfellene, vaskulær demens utgjør 20-25% av tilfellene og alkoholisk demens som utgjør cirka 15% (Wyller, 2015, s. 287).

### 2.3 Nonverbal kommunikasjon og demens

Kommunikasjon betyr at en gjør noe felles og skjer mellom to eller flere personer. Gjennom kommunikasjon utveksles det tegn og signaler, både verbale og nonverbale (Eide & Eide, 2017, s. 17). Nonverbale signaler er ofte vanskelig å fortolke og flertydige. Evnene våre til å tolke og observere nonverbale tegn varierer. Det er som regel ingen fasitsvar. Vi må derfor prøve oss frem, for deretter å lytte og gjerne prøve oss frem på nytt. Nonverbale tegn og signaler kan komme til uttrykk og formidles gjennom flere ulike kanaler på mange forskjellige måter. De ulike kanalene kan deles i syv: ansiktsuttrykk, blick, kropp, stemme, berøring, stillhet og ikke-ord, og tempo (Eide & Eide, 2017, s. 139-140).

Demenssykdommen fører til at kommunikasjonen blir utfordrende. Årsaken til det er forstyrrelser i språkfunksjonen som fører til at god kommunikasjon hemmes (Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013, s. 31). Når man jobber med personer med redusert kognitive evner er gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter viktig. Helsepersonell fortolker tegn og signaler hele tiden. Det er mulig at det vi ser og hører er uttrykk for noe annet enn det som blir oppfattet. Presise fortolkninger skjer sjeldent (Eide & Eide, 2017, s. 136).

### 2.4 Smerter

Smerte oppleves ulikt fra person til person. Det er ulike faktorer som påvirker om smertene reduseres eller forverres. Om to personer påvirkes av den samme faktoren, kan de oppleve smertene i varierende grad. Opplevelsen av smerte er subjektiv. Det er bare den som opplever smerten selv som kan vite hvordan det føles, eller hvor lenge den er tilstede og hvor intens smerten er. Dersom smertene er sterke kan det oppstå rask puls, blekhet og svette, forhøyet

blodtrykk, hurtig åndedrett og utvidete pupiller. Dette er symptomer fra det autoimmune nervesystemet (Berntzen, Danielsen & Almås, 2015, s. 357).

## 2.6 Smerter hos personer med demens:

Personer med demens og eldre med kognitiv svikt er utsatt for at smertevurderingen og behandlingen er mangelfull. Det er særlig utfordrende å vurdere smerter hos eldre med demens. I tidlig fase av sykdommen klarer de fleste å formidle smertene verbalt. Pasientens evne til å kommunisere verbalt svekkes etterhvert som demenstilstanden utvikler seg. Pasienten klarer til slutt ikke å rapportere om smertene sine verbalt til omverden lengre (Torvik og Bjøro, 2015, s. 398).

Ettersom språkevnen er svekket må atferd observeres som tegn på smerte. Smerte kan komme til uttrykk på flere måter gjennom atferd. Det er hentet en liste fra American Geriatrics Society (2002) med hyppige smerteindikatorer (Torvik og Bjøro, 2015, s. 398):

**Ansiktsuttrykk:** grimaser, rynkete panne og lukkede øyner.

**Verbalisering og vokalisering:** sukking, jamring, støning og grynting.

**Kroppsbevegelser:** beskyttende kroppsbevegelser, urolige og nervøse bevegelser.

**Forandringer i mellommenneskelig samhandling:** aggressiv, motsetter seg omsorg og tilbakeholden.

**Forandringer i aktivitetsmønster og rutiner:** Matvegning, lengre hvileperioder og økt vandring.

**Forandring i mental status:** gråtetokter, rennende tårer og irritabilitet.

(Torvik og Bjøro, 2015, s. 398).

Dersom det er tvil om personer med alvorlig grad av demens har smerte, er en mulighet å prøvemedisinere ved bruk av smertestillende. Man kan vurdere om smertestillende har noe effekt ved å kartlegge smertene før og etter inntak av medikamentet. Smertelindring og bedring av funksjonsstatus og livskvalitet er målet med smertebehandling hos gamle. Det finnes både medikamentell og ikke-medikamentell behandling av smerte (Torvik & Bjøro, 2015, s. 399). Et eksempel på ikke-medikamentell smertebehandling er musikkterapi. Når pasienten lytter til musikk brukes det som et tiltak for å mestre smerte. Virkningsmekanismen

til musikken antas å være at den avleder oppmerksomheten fra smertene (Torvik & Bjøro, 2015, s. 403).

## 2.7 Smertekartlegging

De pasientene som ikke lengre klarer å selvrappportere smerte er sårbare, og er avhengig av at deres ikke-verbale smertetegn observeres og tolkes av sykepleier. Det er viktig at helsepersonell som skal vurdere smerter hos pasientene kjenner dem, for at den observasjonsbaserte smertekartleggingen skal være best mulig. Det er også viktig at det nyttes smertekartleggingsverktøy (Torvik & Bjøro, 2015, s. 398). Det finnes ulike verktøy for å kartlegge smerter. Checklist of nonverbal pain indicator (CNPI), Doloplus-2 og Mobilisation-Observation-Behavior- Intensity-Dementia (MOBID-2) er tre ulike smertekartleggingsverktøy som finnes på norsk. For å kunne bedre identifisere og evaluere smerter hos personer med alvorlig kognitiv svikt blir det anbefalt at helsepersonell som skal kartlegge smerte gjør seg kjent med et av smertekartleggingsverktøyene (Wyller, 2015, s. 93).

MOBID-2 står for Mobilisation-Observation-Behavior-Intensity-Dementia-2 og er et verktøy for smertekartlegging av personer med demens (VEDLEGG 2). Smertekartleggingsverktøyet er tilrettelagt for helsepersonell som jobber på sykehjem. Årsaken til at det er utviklet et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy, er at personer med moderat til alvorlig grad av demens etterhvert ikke klarer å selvrappportere smertene sine verbalt. MOBID-2 kan deles inn i to deler. Den første delen består av smertekartlegging i bevegelse der en observerer om pasienten har smerter i muskulatur, skjelett og ledd. Den andre delen består av smertekartlegging av pasientens indre organer, i tillegg til hode og huden. Ved bruk av MOBID-2 smerteskala vurderer man smerteatferden og smerteintensiteten (Sandvik & Husebø, 2011).

Det er også viktig å bruke klinisk skjønn når en vurderer smerte hos personer som ikke lengre kan selvrappportere smerte, ettersom smerte kommer til uttrykk på forskjellige måter. Smertekartleggingsverktøy som er observasjonsbasert brukes på individnivå men er testet på gruppenivå (Torvik og Bjøro, 2015, s. 399).

## 2.8 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

Helsepersonelloven er sentral innen sykepleie. I Helsepersonelloven (1999) § 4 kommer prinsippet om faglig forsvarlighet frem, og bygger på at en skal gjøre det som er det beste for pasienten og som ikke skader: *"Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav*

*til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”* (Helsepersonelloven, 1999). Det kommer frem i Spesialisthelsetjenesteloven (1999) § 2-2 og Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §4-1 at kravet om forsvarlighet også gjelder primær og spesialisthelsetjenesten. Forsvarlighetskravet baseres på at hjelpen som gis skal være kunnskapsbasert (Movlen, 2016, s. 130-131).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er sentral og gjelder for alle sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011). Ifølge norsk sykepleierforbund (2011) sine yrkesetiske retningslinjer er en del av ansvaret til sykepleierne å holde seg oppdatert innen forskning og utvikling, i tillegg til å bidra til at ny kunnskap blir praktisert. I tillegg nevner retningslinjene at sykepleierne bør ivareta behovet for helhetlig omsorg hos den enkelte pasienten, og sørge for faglig forsvarlighet (Norsk sykepleierforbund, 2011).

## 3.0 METODE

Ifølge Dalland (2017) blir metode definert slik: *”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”*. For å både få ny kunnskap og for å etterprøve om påstander er sanne, holdbare og gyldige trenger vi forskjellige metoder.

Metoden beskriver hvordan en går frem når en skal få ny kunnskap eller etterprøve kunnskap. Den metoden man velger bør egne seg best til å belyse akkurat den problemstilling man har valgt (Dalland, 2017, s. 51).

### 3.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Litteraturstudie som metode handler om at man gjør et systematisk litteratursøk. Det er vanlig at systematiske litteraturstudier innen sykepleieforskning baseres på primærkilder, som for eksempel artikler eller rapporter. Det vil si at studien er gjennomført av personene som har skrevet artikkelen. Når man skal gjennomføre en litteraturstudie planlegges det å søke etter forskning som allerede finnes om det tema en skal skrive om. Litteraturstudien bør være å ha god gjennomgående struktur. Kravene til en litteraturstudie er at den må inneholde problemstilling, formål, søk, gjennomgang, analyse og diskusjon av materialet, i tillegg til en rapport (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62-63).

### 3.2 Kvantitativ metode

Resultatet som kommer frem ved å bruke kvantitative metoder er målbare enheter. Dataene blir ofte fremstilt i tabeller der en finner ulik informasjon ved å foreta regneoperasjoner. Den kvantitative metoden går i bredden og en er som regel ute etter noen få opplysninger om mange enheter. En kvantitativ undersøkelse innebærer et spørreskjema der svaralternativene er faste. Ved å bruke kvantitative undersøkelser får en frem det som er felles (Dalland, 2017, s. 52-53).

### 3.3 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode er en metode som blir brukt for å beskrive eller forstå noe som skjer, og en er ute etter meninger eller opplevelser (Christoffersen et al., 2015, s. 53). Kvalitativ metode går i dybden og er ute etter mange opplysninger om få enheter. Ved bruk av kvalitative undersøkelser får en frem det som skiller seg fra det som er felles, nemlig det spesielle. Målet med dataen som samles inn er å få en sammenheng og helhet (Dalland, 2017, s. 52-53).



### 3.4 Fremgangsmåte

I mitt litteratursøk har jeg søkt etter forskningsartikler ved å bruke søkeordene: sykepleie, smerte, demens, smertelindring, smertebehandling, smertevurdering og sykehjem. På engelske har jeg brukt søkeordene: dementia, nursing, pain, nursing home, pain management, pain relief, pain assessment. Jeg brukte ordene OR og AND for å få et bedre søkeresultat. Jeg har brukt disse databasene: CINAHL, PubMed (medline) og SveMed+. Disse databasene er viktige innenfor sykepleie (Christoffersen et al., 2015, s. 64).

### 3.5 Søk av artikler

#### 3.5.1 Tabell - SveMED+

Søkt i SveMed+ database 15.11.17			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
1	Dementia		1808
2	Pain assessment		965
3	Pain management		237
4	#1 AND #2 AND #3		10

**I søk nummer 4 ble disse artiklene valgt:** *Smertebehandling til personer med langtkommen demens* av Jenssen, Tingvoll & Lorem (2013) og *Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer* av Lillekroken & Slettebø (2013).

### 3.5.2 Tabell - CINAHL

Søkt i CINAHL datatbase 06.03.18			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
S1	Dementia		36 849
S2	Pain		161 886
S3	Music		10 263
S4	(music) AND (S1 AND S2 AND S3)	Språk: Engelsk	18
S5	(music) AND (S1 AND S2 AND S3)	Alder: 65+ år	11
S6	(music) AND (S1 AND S2 AND S3)	Publiseringsdato: 2007-2017	8

**Valgte artikkel fra S6 fra CINAHL:** *Effect of music on pain for home-dwelling persons with dementia* av Park (2010)

Søkt i CINAHL 06.03.18			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
S1	Pain Recognition		1 283
S2	Dementia		36 856
S3	institution		29 018
S4	Treatment		493 378
S5	Reduce pain		7 636
S6	(reduce pain) AND (S1 AND S2 AND S3)		0
S7	(pain recognition) AND (S1 AND S2 AND S3)	2007-2017	13

**Valgte artikkel #7 fra CINAHL:** *Ability of the Pain Recognition and Treatment (PRT) Protocol to reduce expressions of pain among institutionalized residents with Dementia: A cluster randomized controlled trial* av Chen & Lin (2016).

### 3.5.3 Tabell - PubMed

Søkt i PubMed 07.03.18			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
#1	Dementia		180 470
#2	Pain assessment		132 325
#3	Pain management		105 570
#4	#2 OR #3		211 931
#5	Nursing homes		44 347
#6	Norway		125 317
#7	#1 AND #4 AND #5 AND #6	Humans  Publisert siste 5 år	19

**Valgte artikkel #7 fra PubMed:** *Pain assessment strategies in home care and nursing homes in Mid-Norway: A cross-sectional survey* av Torvik, Nordtug, Brenne & Rognstad (2015).

Søkt i PubMed 01.04.17			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
#1	Pain		725 535
#2	Dementia		181 086
#3	Mobilization- Observation- Behavior-Intensity- Dementia		8
#4	#1 AND #2 AND #3	Publisert siste 10 år	7

**Valgte artikkel #4 fra PubMed:** *Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia (MOBID-2) pain scale in a clinical setting* av Husebo, Strand, Moe-Nilssen, Husebo, & Ljunggren (2010).

### 3.6 Kildekritikk

Kildekritikk vil si at man må vurdere og karakterisere litteratur som er funnet. Man må også gjøre rede for kriteriene som er benyttet for valg av litteratur. Det første en må gjøre ved kildekritikk er å fastslå om kilden er sann eller ikke. Opprinnelsen til kilden må sjekkes for å finne ut om kilden er troverdig. Kilden må også vurderes om den er relevant for problemstillingen (Dalland, 2017, s. 158-159).

For å vurdere forskningsartiklene i oppgaven ble det brukt sjekklister hentet fra Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2014). Det finnes ulike typer studiedesign som krever at en bruker ulike typer sjekklister. Det er to overordnede spørsmål som kan stilles i starten av en kritisk vurdering. Det første er om problemstillingen i artikkelen er klart formulert, mens det andre er om det er brukt ett velegnet design for å svare på problemstillingen (Helsebiblioteket, 2016). Forskningsartikler er som regel tydelig strukturert og godt organisert. En anerkjent måte å disponere teksten på er ved bruk av IMRAD-strukturen. IMRAD-strukturen sier noe om hvor man finner ulik informasjon og står for følgende: innhold, metode, resultat, diskusjon (Thidemann, 2015, s. 30-31). Alle forskningsartiklene i oppgaven er disponert ved bruk av IMRAD-strukturen.

### 3.7 Forskningsetikk

Innenfor helsefagene må forskning gjøres etisk forsvarlig. Det finnes veiledende regler som gjelder helsepersonell som utfører studier som omhandler mennesker. Disse kan man finne i helsinkideklarasjonen. Deklarasjonens formål er å sørge for at pasienter er beskyttet mot eventuelle farer som forskningen innebærer. I tillegg står samtykke sentralt. Det er den Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som skal forhåndsgodkjenne forskningsprosjekter, generelle forskningsbiobanker og dispensasjon fra taushetsplikt. I Norge er det REK som vurderer etisk forsvarlighet i forskningsartikler. Dersom man skal utføre forskning innfor medisin og helsefag må REK kontaktes for å få godkjenning (Christoffersen et al., 2015, s. 44-45).

### 3.8 Metodekritikk

Hensikten med denne litteraturstudien er å få økt kunnskap om smertelindring og smertevurdering hos personer med moderat til alvorlig grad av demens. Problemstillingen har lenge vært klar, men har blitt endret på noe underveis i oppgaveskrivingen. Kari Martinsen omsorgsteori ble valg, fordi den ble sett på som relevant for oppgavens tema. Det ble brukt relevante søkeord når det skulle søkes etter artikler i de ulike databasene. Jeg opplevde

underveis at det var vanskelig å finne artikler med ulike synsvinkler. Jeg fant en del forskningsartikler, og iblant kunne det være vanskelig og velge hvilke som skulle tas med. Jeg bemerket meg fort at det var mest kvantitative forskningsartikler som omhandlet temaet. Det ble valgt seks ulike artikler som ble sett på som relevante for å belyse oppgavens problemstilling, både kvantitative og kvalitative. Det er mulig at konklusjonen i oppgaven hadde vært annerledes dersom flere eller andre artikler hadde blitt inkludert. Det er også mulig at mine erfaringer omkring smertelindring til personer med demens har påvirket hvilke artikler jeg har valgt å ta med. Når forskningsartikler skulle velges så jeg etter om de var etisk godkjent og hvem som hadde gjennomført studien. Jeg har vært kritisk til teorien jeg har brukt og hatt fokus på å bruke nyere litteratur og forskningsartikler. Så langt det lar seg gjøre har jeg brukt primærkilder. Der primærkilden ikke har vært tilgjengelig er sekundærkilder blitt brukt. Ved gjentakelse av kilder har jeg brukt egne ord for å unngå plagiater. Ved bruk av egne erfaringer har jeg anonymisert hendelser og ikke tatt med personopplysninger. Dersom jeg skulle gjort noe annerledes ville jeg avgrenset oppgaven litt mer helt i starten av skriveprosessen.

## 4.0 RESULTAT

I denne delen av oppgaven vil forskningsartiklene som er valgt for å belyse problemstillingen bli presentert. Det vil bli fokusert på hovedfunnene i artiklene som er aktuelle for problemstillingen i oppgaven. Det er gjort en kritisk vurdering av hver av artiklene ved å bruke ulike sjekklister hentet fra Folkehelseinstituttet.

### 4.1.1 Sammendrag av artikkel 1

#### **Smertebehandling til personer med langtkommen demens (Jenssen, Tingvoll & Lorem, 2013).**

Hensikten med denne studien var å undersøke erfaringer og utfordringer når det gjelder smertebehandling til personer med langtkommen demens og språkvansker. Bakgrunnen for denne kvalitative studien er at personer med demens er mindre smertelindret enn pasienter som er kognitiv friske, ifølge forskerne. Utvalget i studien var 5 kvinnelige sykepleiere som jobbet på sykehjem. Lang arbeidserfaring med personer med demens som sykepleier var inklusjonskriteriene. Det ble gjort flere funn som ble delt inn i tre kategorier. Det første hovedfunnet var at en strategi for smertebehandling var å prøve å feile ved bruk av smertestillende. Det førte til både over- og underbehandling av smerter. Sykepleierne opplevde at signaler kunne være vage og vanskelige å forstå noe som er en utfordring. Det kom frem i studien at i noen tilfeller ble pasientene satt på fast smertelindring fordi dem var redd for at tegn og uttrykk for smerte skulle bli oversett og mistolkes. Det var ingen av sykepleierne i studien som benyttet seg av smertekartleggingsverktøy. De var heller ikke kjent med at institusjonen som de jobbet på benyttet smertekartleggingsverktøy. Det andre hovedfunnet var at et godt samarbeid mellom personalet på avdelingen, pårørende og tilsynslegen var viktig for å ivareta behovet for smertelindring til pasientene med demens. Noen sykepleiere opplevde at de ikke ble hørt når de rapportert om pasientens smerter, mens andre opplevde at de ble hørt. Noen opplevde også at legen nektet å gi mer smertestillende. Dataene i studien peker på at mangel på rapportering og uenigheter rundt pasientens behov for smertelindring var noen konsekvenser av dårlig kommunikasjon mellom helsepersonellet. Det tredje hovedfunnet var at faglig kunnskap ble sett på som en forutsetning for god smertebehandling. Informantene mente at kunnskaper om medisiner, sykdommer, og gode kunnskaper om demens og sykdomsutviklingen var viktig. De mente at arbeidsplassen hadde for lite fokus og for lite tilrettelegging for kunnskapsutvikling. Studien konkluderte med at det var flere usikkerhetslementer når det kom til smertelindring til personer med demens. Eksempler på det er språkvansker og vansker med å tolke tegn og uttrykk. Mangel på faglig

basiskunnskaper og kunnskaper om demens, i tillegg til dårlig samarbeid kunne forsterke utfordringene. Kartleggingsverktøy, utveksling av erfaringer, samarbeid og kompetanseoppbygging blant helsepersonalet kan bidra til bedre smertebehandling.

### **Kritisk vurdering:**

Artikkelen er kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister for kvalitative studier. Etter å ha kritisk vurdert artikkelen til Jenssen et al (2013) kom jeg frem til at den har god kvalitet. Artikkelen ble inkludert fordi den er relevant for problemstillingen i oppgaven. Studien er gjort i Norge og er utført av to sykepleiere og en lektor. Teksten er disponert etter IMRAD-strukturen, og resultatene kommer tydelig frem. De etiske forholdene i studien er gjort rede for og studien ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. I henhold til helsinkideklarasjonen ble datamaterialet anonymisert. En svakhet med studien er at det kun er fem deltakere. Selv om det er få deltakere i studien, har forskerne gått i dybden når de analyserte intervjuene.

#### [4.1.2 Sammendrag av artikkel 2](#)

### **Effect of music on pain for home-dwelling persons with dementia (Park, 2010).**

Hensikten med studien var å undersøke effekten av musikk på smerter hos eldre pasienter med demens som bor hjemme. Det ble brukt et kvasiekperimentelt design og femten personer med demens ble inkludert i denne kvantitative studien. Utvalget ble rekruttert fra en støttegruppe for Alzheimers og en assistert boenhet i Iowa. Hovedfunnet viste at gjennomsnittlig smertenivå etter å ha hørt på musikk var betydelig lavere enn før de hørte på musikk. Studien konkluderte med at det tyder på at musikkintervensjon er viktig for å kontrollere smerte hos hjemmeboende personer med demens.

### **Kritisk vurdering:**

Metoden som er brukt i studien er noe utydelig. På grunnlag av at resultatet er fremstilt som tall, vurderes denne artikkelen som en kvantitativ studie til tross for studiens få deltakere. Problemstillingen i studien er klart formulert og det er gjort rede for utvalget som er med i studien. Datainnsamlingen var identisk for alle og ble gjennomført i Iowa av helsepersonell. Resultatet kommer klart frem og kan overføres til praksis. Etter å ha kritisk vurdert forskningsartikkelen vurderes den som god. Studien oppleves som relevant for problemstillingen, selv om pasientgruppen i denne studien er hjemmeboende personer med demens og ikke sykehjemsbeboere. Forskningsartikkelen er gjennomgått av en etisk komité i Iowa.



#### 4.1.3 Sammendrag av artikkel 3

##### **Ability of the pain recognition and treatment (PRT) protocol to reduce expressions of pain among institutionalized residents with dementia: A cluster randomized controlled trial (Chen & Lin, 2016).**

Hensikten med denne studien var å sammenligne effekten av en smertegjenkjennings- og behandlingsprotokoll i tillegg til grunnleggende smerteopplæring versus en kontrollgruppe som kun fikk grunnleggende smerteopplæring. Studien ble gjennomført for å forbedre smertebehandlingen, og for å redusere smerteutrykk blant personer med demens. I denne kvantitative studien deltok 195 beboere ves seks forskjellige demensavdelinger. I eksperimentellgruppen deltok 19 sykepleiere, mens 18 sykepleiere deltok i kontrollgruppen. Studiens hovedfunn var at det var betydelig mer ukentlig ikke-farmakologiske smertestrategier og ukentlig henvisning til smertebehandling i eksperimentellgruppen enn kontrollgruppen. Pasientene i eksperimentellgruppen viste betydelig mindre utrykk for smerte verbalt og gjennom atferd sammenlignet med kontrollgruppen. Det ble konkludert med at smerte gjenkjenning og behandlingsprotokollen er effektiv. Den ble anbefalt for rutinemessig bruk hos pasienter med demens, for å forbedre kvaliteten på smertebehandlingen.

##### **Kritisk vurdering:**

Det ble benyttet en sjekklister for vurdering av randomisert kontrollert studie for å kritisk vurdere forskningsartikkelen. Forskningsartikkelen vurderes som god. Formålet med studien kommer klart og tydelig frem. Randomiseringsprosedyren i studien blir vurdert som tilfredsstillende da det blir gjort rede for hvordan deltakerne er valgt. Frafallet i studien er oppgitt og begrunnet. Det ble benyttet et dobbelt-blindet design og deltakerne ble behandlet likt. Resultatet i denne studien kommer klart frem og det kan overføres til praksis. Studien er gjennomført i Taiwan av helsepersonell, og er etisk godkjent. Artikkelen ble valgt da den er aktuell for å belyse min problemstilling.

#### 4.1.4 Sammendrag av artikkel 4

##### **Pain assessment strategies in home care and nursing homes in Mid-Norway: A cross-sectional survey (Torvik, Nordtug, Brenne & Rognstad, 2015).**

Hensikten med denne studien var å undersøke bruk av smertevurderingsstrategier i hjemmesykepleie og sykehjem i Norge. Utvalget i denne kvantitative studien er sykepleier som jobbet på sykehjem og i hjemmesykepleien, der totalt 392 personer deltok. Hovedfunnet i denne artikkelen er at smertekratleggingsverktøy ikke blir brukt hyppig, verken i

hjemmesykepleien eller på sykehjem. Studien konkluderer med at det er nødvendig med mer regelmessig trening i bruk av smertevurderingsverktøy på sykehjem.

### **Kritisk vurdering:**

Problemstillingen i denne studien kommer tydelig frem. Tverrsnittstudie er en metode som er hensiktsmessig å bruke for å få svar på problemstillingen. Utvalget ble inkludert på en tilfredsstillende måte, og svarprosenten på 70% blir vurdert som høy nok. Studien benyttet et spørreskjema som ble vurdert som pålitelige, og datainnsamlingen er standardisert. Resultatet i studien kommer tydelig frem, og kan overføres til praksis. En svakhet er at funnene i studien ikke nødvendigvis er representative for andre sykehjem og hjemmesykepleie. Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata og ble gjennomført av helsepersonell i Norge. Etter å ha kritisk vurdert denne artikkelen anses den som god, og er relevant for min problemstilling.

#### **4.1.5 Sammendrag av artikkel 5**

##### **Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer (Lillekroken & Slettebø, 2013).**

Hensikten med studien var å undersøke sykepleiernes erfaringer omkring smertelindring og smertekartlegging til personer med demens. Det ble brukt kvalitative forskningsintervjuer hvor totalt 18 sykepleiere deltok i Norge. Det første hovedfunnet i studien er at sykepleierne må ta hensyn til pasientens høye alder, comorbiditet og polyfarmasi ved smertekartlegging og smertevurdering. Dette funnet vil ikke bli drøftet videre, på grunn av oppgavens fokus. Det andre hovedfunnet omhandler rutinene for smertelindring og smertekartlegging. Det kom frem at det ikke var noen rutiner for smertekartlegging eller smertelindring. Det ble sjeldent eller aldri benyttet smertekartleggingsverktøy. Informantene hadde kunnskap om noen verktøy for å kartlegge smerte, men var usikre på om de kunne brukes hos pasientgruppen. Noen sykepleiere ønsket retningslinjer om hvordan de skulle forholde seg til smertelindring. Andre sykepleier mente at smerte ikke kunne standardiseres. Det tredje hovedfunnet var at sykepleierne opplevde å stå ovenfor etiske dilemmaer når pasientens smerte skulle behandles. Deltakerne følte valget falt på tvangsbehandling som siste utvei når pasientene ikke ville ta smertestillende. Studien konkluderer med at smertekartlegging og smertevurdering er utfordrende hos denne pasientgruppen. For at smertelindring skal være vellykket er man avhengig av pasientens evne til å selvrappportere smertene. Når demenssykdommen gjør det vanskelig å formidle smertene verbalt, formidles behovet for smertelindring gjennom adferd og kroppsspråk. Det er aktuelt å øke kunnskapen om smertekartlegging og smertelindring til

pasientgruppen. I tillegg er det aktuelt med opplæring i bruk av smertekartleggingsverktøy som er observasjonsbaserte for effektiv smertevurdering og smertelindring. Det er også behov for mer kvalitativ forskning innenfor temaet.

#### **Kritisk vurdering:**

Etter å ha vurdert artikkelen ved hjelp av en sjekkliste for kvalitative studier, vurderes artikkelen som god. Det er klart formulert hva som er formålet med studien. Kvalitativ metode er hensiktsmessig i denne studien da ønsket er å belyse erfaringene rundt smertelindring og smertekartlegging. Både hensikten og resultatet kommer godt frem. I tillegg ble de etiske forholdene gjort rede for og artikkelen ble meldt og godkjent av Personvernombudet for forskning. Artikkelen er gjort i Norge av helsepersonell. Studien er aktuell for oppgavens problemstilling og ble derfor valgt.

#### **4.1.6 Sammendrag av artikkel 6**

##### **Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia (MOBID-2) pain scale in clinical setting (Husebo, B., Strand, L., Moe-Nilsen, R., Husbo, S. & Ljunggren, 2010).**

Hensikten med denne studien var å undersøke påliteligheten og validiteten til smerteskalaen MOBID-2. I denne tverrsnittstudien ble det gjennomført en test-retest hvor 28 pleiere og 77 pasienter deltok. Et av funnene i studien var at prevalensen av smerte var 81%. Mobilisering av beina var mest smertefullt. Det ble også ofte observert smerte i bekken og kjønnsorganer. Den totale smerteintensiteten ved MOBID-2 stemmer overens med det legen kom frem til gjennom kliniske undersøkelser og definerte smertevariabler. Studien konkluderer med at MOBID-2 smerteskala er tilstrekkelig pålitelig og valid. I tillegg er MOBID-2 tidseffektiv for sykepleiere å bruke for å evaluere smerte hos pasienter med alvorlig grad av demens.

#### **Kritisk vurdering:**

En sjekkliste for tverrsnittstudie ble brukt for å vurdere artikkelen. Hensikten og resultatet i studien kommer klart frem. Studien ble godkjent av Regional komiteer for medisinsk forskningsetikk, og ble gjennomført av professorer og helsepersonell i Norge. Artikkelen vurderes til å ha god kvalitet etter å ha kritisk vurdert den.

#### **4.2 Analyse av forskningsartiklene**

Det er valgt to kvalitative studier og fire kvantitative studier for å besvare problemstillingen. Tre av forskningsartiklene har et sykepleiefokus, mens to av dem har et pasientfokus. Artikkel nummer fire har fokus på både pasient og sykepleier.

## 5.0 DRØFTING

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte funnene i forskningsartiklene opp mot problemstillingen min, og se dette i lys av omsorgsteorien til Kari Martinsens.

### Nonverbal kommunikasjon og språkvansker

Vellykket smertelindring er avhengig av pasientens evne til å selvrappportere smerte (Lillekroken og Slettebø, 2013). Demens innebærer blant annet at en får problemer med språket, noe som fører til at kommunikasjonen blir utfordrende (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2018). Pasientens evne til å kommunisere verbalt svekkes etterhvert som demenstilstanden utvikler seg. Ifølge undersøkelser er smertebehandling til eldre ikke tilfredsstillende, spesielt blant gamle med kognitiv svikt som ikke klarer å selvrappportere smerter (Torvik & Bjørø, 2015, s. 390). Denne pasientgruppen er avhengig av at deres ikke-verbale smertetegn observeres og tolkes av sykepleier (Torvik & Bjørø, 2015, s.398). Forskning viser at sykepleiere syntes det er vanskelig og utfordrende å vurdere smerter hos personer med langtkommen demens, fordi signalene kan være vage og vanskelige å forstå (Jenssen et al, 2013). For det første uttrykker personer med demens smerte på forskjellige måter (Torvik & Bjørø, 2015, s. 399). For det andre tolker helsepersonell tegn og signaler forskjellig. Det er mulig at det vi ser og hører er uttrykk for noe annet enn hva det blir oppfattet som (Eide & Eide, 2017, 136). Dette ser jeg igjen i praksis da en sykepleier kan mene at en pasient er smertepåvirket, mens en annen gjerne ikke mener det. Martinsen mener at en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv er omsorg. Ifølge Martinsen er det å forstå den andre sin situasjon en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt. Dersom man har felles erfaringer kan det føre til felles forståelse og skape solidaritet og fellesskap (Kirkevold, 2001, s. 171). Det er derfor mulig at erfaringer hos helsepersonell har innvirkning på forståelsen og vurderingen av pasientens smerter. Dersom sykepleieren har erfaringer med for eksempel smerte kan hun være i bedre stand til å forstå pasienten når han befinner seg i en slik situasjon, ettersom sykepleieren gjenkjenner situasjonen.

Signaler som kommer til uttrykk gjennom nonverbal kommunikasjon kan være både flertydige og vanskelig å tolke. Det er som regel ingen fasitsvar (Eide & Eide, 2017, s. 140). Det er bare personen selv som opplever smerte som vet hvordan det føles (Berentzen, Danielsen & Almås, 2015, s. 357). Vi må derfor prøve oss frem, for deretter å lytte og gjerne prøve oss frem på nytt (Eide & Eide, 2017, s. 140). Dersom man er i tvil om pasienter med moderat til

alvorlig grad av demens har smerter, er et alternativ å prøvemedisinere ved bruk av smertestillende (Torvik & Bjørø, 2015, s. 399). Sykepleierne i studien til Jenssen et al (2013) brukte metoden prøve og feile for å smertelindre personer med langtkommen demens. Konsekvensen av dette var både over- og underhandling. En kan da reflektere over om denne metoden er god for å prøve og lindre smerte. Deltakerne i studien var bekymret for at den kognitive tilstanden hos pasientene skulle bli ytterligere redusert når behandlingen var basert på å prøve og feile. De vektla at pasienten ikke skulle lide unødvendig på grunn av smerter. Videre kom det frem at pasienter ble satt på smertestillende fast fordi sykepleierne var redd for at smerte skulle mistolkes og bli oversett (Jenssen et al, 2013). Det skjer sjeldent at fortolkninger er presise, og det er derfor mulig at signaler og tegn oppfattes som noe annet enn det som er ment (Eide & Eide, 2017, s. 136). Nonverbale tegn og signaler kan komme til uttrykk og formidles gjennom flere ulike kanaler på mange forskjellige måter (Eide & Eide, 2017, s. 140). Dette ser en igjen i praksis da det ofte kan oppleves som vanskelig å vurdere om pasientens atferd og kroppsspråk signaliserer behov for smertelindring. Pasienter som ikke lengre klarer å selvrapporere smerte er sårbare (Torvik & Bjørø, 2015, s. 398). Ifølge Martinsen er omsorg basert på en relasjon mellom to eller flere mennesker (Kirkevold, 2001, s. 171). Hun mener at omsorg er et mål i seg selv, og er særlig opptatt av de menneskene som ikke er selvhjulpne. I tillegg mener hun at vi som mennesker er avhengig av andre (Kristoffersen, 2011, s. 248). Det kommer tydelig frem i situasjoner der pasienten er avhengig av at sykepleier hjelper han med å ivareta behovet for smertelindring. Det er nødvendig at sykepleieren prøver å sette seg inn i pasientsituasjonen og er engasjert for å se hva pasienten trenger (Kristoffersen, 2011, s. 254). Som sykepleier skal man utføre omsorgsfull hjelp jfr. Helsepersonelloven §4 første ledd (Molven, 2016, s. 130). Yrkesetisk retningslinjer for sykepleiere sier også at sykepleiere bør ivareta behovet for helhetlig omsorg hos den enkelte pasienten (NSF, 2011). Det å lindre smerte kan bli sett på som omsorgsfull hjelp.

Musikkterapi er et tiltak som kan benyttes for prøve å ivareta smertelindring til personer med demens. Musikk brukes som et tiltak for at pasienten skal mestre smerte, ettersom musikk avleder oppmerksomheten fra smertene (Torvik & Bjørø, 2015, s. 403). Forskning viser at personer med demens som lyttet til musikk hadde lavere gjennomsnittlig smertenivå etter de hørte på musikk enn før (Park, 2010). Studien til Park (2010) konkluderer med at musikkintervensjon er viktig for å kontrollere smerte hos personer med demens. Når en skal behandle smerter bør en ha kunnskap om at smerte er subjektiv og oppleves forskjellig fra person til person. Det er ulike faktorer som påvirker om smertene reduseres eller forverres

(Berntzen, Danielsen & Almås, 2015, s. 357). Det er mulig at tiltak som fungerer på noen ikke fungerer på andre. Hvilke tiltak som oppleves som smertelindrende bør derfor vurderes fra person til person. Selv om pasientene i studien hadde lavere gjennomsnittlig smertenivå etter de hørte på musikk enn før, er det ikke sikkert at dette gjelder for andre pasienter. Av erfaring vet jeg også at musikk noen ganger oppleves som et tiltak som fungerer, mens andre ganger ikke.

### Sykepleierens kompetanse og erfaringer

Det kom frem i studien til Jenssen et al (2013) at mangel på faglig basiskunnskaper og mangel på spesifikk kunnskap om demens, kunne forsterke utfordringene når det kom til smertevurdering og smertebehandling. For å gjøre gode vurderinger av tilstanden til pasienten oppga informantene at en viktig forutsetning var faglig kunnskap. For å bedre forstå signalene til pasienten var det viktig at helsepersonellet hadde kunnskap som omhandlet medisiner, generelle sykdommer, demens og dens utvikling (Jenssen et al, 2013). Martinsen skiller mellom begrepslig og sanselig forståelse og kunnskap basert på begrepslig forståelse. Kunnskap om sykdom får en gjennom begrepslig forståelse, ettersom den er fastlagt og klassifisert (Kristoffersen, 2011, s. 257). Ifølge NSF (2011) sine yrkesetiske retningslinjer er en del av ansvaret til sykepleierne å holde seg oppdatert innen forskning og utvikling, i tillegg til å sørge for at ny kunnskap blir praktisert. I henhold til Helsepersonelloven (1999) § 4 første ledd skal helsepersonell utføre arbeid på en faglig forsvarlig måte. Forsvarlighetskravet baseres på at hjelpen som gis skal være kunnskapsbasert (Molven, 2016, s. 131). Dersom sykepleiere føler de har manglende kunnskap om for eksempel medisiner er det deres ansvar å sørge for ny kunnskap og holde seg oppdatert. Vider kom det frem at informantene opplevde at det ikke ble lagt til rette for faglig utvikling av personalet på arbeidsplassen, noe som førte til at det å holde seg oppdatert opplevdes som vanskelig (Jenssen et al., 2013). Forsvarlighetskravet gjelder også virksomheten, noe som betyr at hjelpen som sykehjemmet tilbyr også skal være faglig forsvarlig og kunnskapsbasert (Molven, 2016, s. 132). Det kan derfor være aktuelt at sykehjemmet har kurs i for eksempel smertebehandling til personer med demens. På denne måten tilrettelegger arbeidsplassen for faglig utvikling og øker sannsynligheten for at det vil bli utført hjelp som er kunnskapsbasert. Forskning viser at en forutsetning for god smertebehandling er faglige kunnskaper. Det er derfor nødvendig med kompetanseoppbygging blant personal som jobber med personer med demens (Jenssen et al., 2013).

Det kom frem i studien til Jenssen et al (2013) at godt tverrfaglig samarbeid og tett samarbeid med pasienten er avgjørende for at smertekartleggingen og smertebehandlingen skal være god. Sykepleierne i studien har ulike erfaringer når det kom til det å samarbeide med tilsynslegen. På den ene siden oppga noen sykepleiere at mangelfull behandling til pasienter med demens var en konsekvens av samarbeidsproblemer med legen. De opplevde at vurderingene deres ikke alltid fikk aksept, og legen nektet å gi mer smertestillende. På den andre siden opplevde noen sykepleiere at samarbeidet med tilsynslegen var godt, og sykepleierne og tilsynslegen hadde forståelse for hverandres synspunkter. Det førte til at pasientgruppen fikk bedre smertebehandling (Jenssen et al., 2013). Dette viser hvor tilfeldig smertebehandlingen kan være. Videre kom det frem at mangelfull dokumentasjon om pasientens smerte førte til at det var uenigheter omkring behovet pasienten hadde for smertelindring (Jenssen et al., 2013). Det er mulig at bedre dokumentasjon hadde ført til et mer helhetlig bilde av smertene til pasienten. I praksis har jeg opplevd at pasientens smerter ikke ble dokumentert fordi det ikke ble gjort noe med smertene. Det kan virke som at det ikke blir gjort noe med pasientens smerter fordi helsepersonell er usikre på hvilke tiltak man bør sette i gang. Dersom det er tvil om pasienten har smerter eller ikke er det aktuelt å samarbeide med pårørende (Jenssen et al., 2013).

Som nevnt tidligere kom det frem i undersøkelser at smertebehandling til eldre med kognitiv svikt ikke er tilfredsstillende, noe som kan tyde på at noe må endres i praksis (Torvik & Bjørø, 2015, 390). Et alternativ kan være å innføre noen rutiner for smertebehandling. Det kom frem i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) at det ikke var noen rutiner for behandling av smerter. Dette kan føre til at smertelindrende tiltak virker tilfeldig. I studien til Park (2010) er det testet ut en smertegjenkjennings- og behandlingsprotokoll sammen med grunnleggende smerteutdanning (Chen & Lin, 2016). Det kom frem i studien til Chen & Lin (2016) at smertegjenkjennings- og behandlingsprotokollen var effektiv. I tillegg ble den anbefalt for rutinemessig bruk hos pasienter med demens, for å forbedre kvaliteten på smertebehandlingen. Det viste seg blant annet at eksperimentellgruppen hadde mer ukentlige ikke-farmakologiske smertestrategier enn kontrollgruppen. Det kan derfor være et alternativ å bruke denne i praksis. Et annet alternativ kan være å innføre noen felles retningslinjer for smertelindring. Det å ha felles retningslinjer for smertelindring var et tema i artikkelen til Jenssen et al (2013). På den ene siden hadde mange sykepleiere i studien et behov og ønske om felles retningslinjer for å gi optimal smertevurdering og smertelindring (Jenssen et al.,

2013). På den andre siden mente noen av sykepleierne i studien til Jenssen et al (2013) at smerte ikke kan standardiseres og ønsket derfor ikke felles prosedyre for smertevurdering. For det første er det mulig at det å ha noen felles retningslinjer kan føre til at smertelindrende tiltak ikke virker tilfeldig. For det andre har jeg erfart at smerte kommer til uttrykk på forskjellige måter og er vanskelig å standardisere.

Sykepleierne i studien til Lillekroken & Slettebø (2013) erfarer at de står ovenfor etiske dilemmaer når pasienter med demens skal bli smertebehandlet. Det ene etiske dilemma var at sykepleierne ofte stod ovenfor et valg om å enten ivareta pasientens behov for smertelindring eller pasientens autonomi. De opplevde at valget falt på smertelindring med tvang som en siste utvei, dersom pasientene opplevdes som tydelig smertepåvirket og ikke ville ta imot smertestillende. Kari Martinsen mener at omsorg handler om at man som sykepleier skal handle moralsk. Hun knytter omsorgsbegrepet til nestekjærlighet. Det å handle moralsk vil si å handle til pasientens beste ifølge Martinsen (Kirkevold, 2001, s. 172). Ifølge helsepersonelloven (1999) § 4 første ledd skal man som helsepersonell utøve sykepleie som er faglig forsvarlig, som er til det beste for pasienten og som ikke skader. (Molven, 2016, s. 130). Her kan man reflektere over om det er til pasientens beste at pasientens autonomi eller pasientens smerter blir ivaretatt. Informantene i studien mente at smertelindring med tvang var til pasientens beste (Lillekroken & Slettebø, 2013). Den moralske siden ved omsorg er også basert på avhengighet og makt, noe som Martinsen mener det mellommenneskelige forholdet er preget av. Ved ansvar for de svake som er avhengig av andre bør en særlig være oppmerksom på maktbruken. Det bør utøves maktbruk som er moralsk ansvarlig (Kirkevold, 2001, s. 172). En kan reflektere over om det brukes makt som er moralsk ansvarlig ved bruk av tvang for å ivareta smertelindring til pasienter med demens.

### Smertekartlegging og smertevurdering

På grunn av kommunikasjonsvansker hos pasienter med demens kan det være vanskelig å vurdere smerter hos dem. Det anbefales at helsepersonell som skal kartlegge smerte hos denne pasientgruppen gjør seg kjent med et av smertekartleggingsverktøyene. Et verktøy for å kartlegge smerter hos personer med demens er MOBID-2 smerteskala (VEDLEGG 2). Ved bruk av MOBID-2 blir smerteatferden og smerteintensiteten til pasienten vurdert (Wyller, 2015, s. 93). I studien til Husebo et al (2010) kom det frem at MOBID-2 smerteskala er tilstrekkelig pålitelig og valid. Ved kliniske undersøkelser og smertevariabler kom legen frem til den samme totale smerteintensiteten som MOBID-2. Videre kom det frem at MOBID-2



smerteskala er tidseffektiv for sykepleierne å bruke. På den ene siden er MOBID-2 et godt smertekartleggingsverktøy å bruke ved smertekartlegging av pasienter med demens og kommunikasjonsvansker. Ved bruk av MOBID-2 er det mulig at pasientene får en mer lik vurdering av smertene sine når alle bruker det samme kartleggingsverktøyet. På den andre siden bør det ikke kun benyttes smertekartleggingsverktøy når en vurderer smerte. Bruk av faglig skjønn bør også benyttes. For at smertekartleggingen skal være best mulig er det viktig at helsepersonell som vurderer smertene kjenner pasienten (Torvik og Bjørø, 2015, s. 399). Martinsen mener man får kunnskap gjennom sanseinntrykk. Man vil se hele personen gjennom sanselig kunnskap (Kristoffersen, 2011, s. 257). Helsepersonell som kjenner pasienten vil gjerne legge merke til forandringer som skjer i pasientens adferd. Det kom frem i studien til Lillekroken & Slettebø (2013) at behovet for smertelindring formidles gjennom adferd og kroppsspråk. Adferd som observeres er ansiktsuttrykk, verbal og vokalisering, kroppsbevegelser, forandringer i mellommenneskelig samhandling, forandringer i aktivitetsmønster og rutiner, og forandringer i mental status (Torvik & Bjørø, 2015, s. 398). Pasienten kan oppleve symptomer fra det autoimmune nervesystemet dersom pasienten har sterke smerter. Det kan oppstå rask puls, blekhet og svette, forhøyet blodtrykk, hurtig åndedrett og utvidete pupiller (Berntzen, Danielsen & Almås, 2015, s. 357). Der er derfor aktuelt å observere disse symptomene. Ifølge Martinsen (2000, s. 32) må man som sykepleier være til stede i situasjonen og i øyeblikket. Martinsen mener at man må se hele mennesket som person når man utøver sykepleie og ikke ha et tunnelsyn. Når man vurderer smerte ved hjelp av smertekartleggingsverktøy, i tillegg til å observere endringer i adferd og symptomer fra det autoimmune nervesystemet, har man mer fokus på hele mennesket. Dersom man bare bruker et smertekartleggingsverktøy for å vurdere smerte kan det virke som at sykepleieren har et tunnelsyn som kun fokuserer på det som verktøyet ser etter. Martinsen fremhever at handlingene som utføres er basert på en helhetsforståelse av situasjonen (Kirkevold, 2001, s. 173).

Selv om det anbefales å bruke smertekartleggingsverktøy, viser forskning at det ikke er det som blir praktisert (Wyller, 2015, s. 93). Det kom frem i studien til Torvik et al (2015) at smertekartleggingsverktøy ikke blir brukt hyppig på sykehjem. I studien til Jenssen et al (2015) kom det frem at ingen av sykepleierne benyttet seg av smertekartleggingsverktøy. Sykepleierne var heller ikke kjent med at institusjonen benyttet seg av det. Det er mulig at det ikke blir benyttet smertekartleggingsverktøy fordi helsepersonell ikke har de tilgjengelige eller ikke ser nytten med å bruke det. En annen årsak til at det ikke blir brukt kan være fordi

det blir sett på som utfordrende å vurdere smerter hos personer med demens (Lillekroken & Slettebø, 2013). I studien til Lillekroken og Slettebø (2013) kom det frem at sykepleierne har kunnskap om noen smertekartleggingsverktøy, men var usikker på hvilke kartleggingsverktøy som kunne benyttes hos pasientgruppen. Martinsen mener at omsorg ikke bare handler om grunnholdninger men også praktiske handlinger. Det blir utført omsorg gjennom praktiske handlinger i dagligdagse situasjoner (Kirkevold, 2001, s. 173). En måte å vise omsorg på ved praktiske handlinger kan være å kartlegge og vurdere smertene ved bruk av smertekartleggingsverktøy. Det er nødvendig med mer trening i bruk av smertekartleggingsverktøy på sykehjem (Torvik et al., 2015). Dersom helsepersonell føler seg trygg i bruk av smertekartleggingsverktøy er det mulig at det blir brukt hyppigere.

På den ene siden har jeg ikke opplevd at det har blitt brukt smertekartleggingsverktøy for å vurdere smerte hos pasienter med demens. Det kan være flere årsaker til dette. Noe av årsaken tror jeg kan være at det er mangel på kunnskap blant personalet om hvordan en skal bruke det og hvilke verktøy som er nyttige og gode. En annen årsak er muligens at smertekartleggingsverktøy ikke er tilgjengelige når sykepleieren trenger det. På den andre siden har jeg opplevd at helsepersonell har observert og vurdert endringer i adferden til pasienten for å oppdage smerte, i tillegg til å bruke skjønn. Det kan virke som at det oppleves enklere å bruke klinisk skjønn, enn å finne frem et smertekartleggingsverktøy for å vurdere pasientens smerte. Når man vurderer smerter ved bruk av verktøy som observasjonsbaserte smerteskala, bør man ha kunnskap om at verktøyet brukes på individnivå, men er testet på gruppenivå (Torvik & Bjøro, 2015, s. 399).

## 6.0 AVSLUTNING

Smertelindring til pasienter med demens er utfordrende, spesielt når pasienten ikke klarer å selvrappportere smerte. Mangel på faglig basiskunnskaper og kunnskaper om demens kan forsterke utfordringene. Forsking viser at prøving og feiling ved bruk av smertestillende blir brukt for å prøve å ivareta smertelindring til pasienter med demens. Dette førte til både over- og underbehandling. Studiene viser at det er mangel på kunnskap blant helsepersonell, og det er derfor et behov for å øke kompetansen blant helsepersonell. Det er aktuelt at sykehjemmet legger bedre til rette for fagutvikling, for å øke kompetansen blant de ansatte på sykehjemmet. For å ivareta smertelindring hos personer med demens er det viktig med gode fagkunnskaper, godt tverrfaglig samarbeid, bruk av smertekartleggingsverktøy og klinisk skjønn. Kjennskap til pasienten er også viktig for å kunne bedre tolke pasienten smertetegn.

Smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 er tilstrekkelig pålitelig, valid og tidseffektiv å bruke. En smertegjenkjennings- og behandlingsprotokoll er anbefalt for rutinemessig bruk for å bedre kvaliteten på smertebehandling ifølge forskning. Det er også aktuelt å bruke musikk for å prøve å lindre pasientens smerte. Mer kvalitativ forskning er nødvendig omkring oppgavens tema.

## REFERANSELISTE

- Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, D. (2015). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.G, Stubberud, R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4.utg., s.355-398). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Chen, Y., & Lin, L. (2016). Ability of the pain recognition and treatment (PRT) protocol to reduce expressions of pain among institutionalized residents with dementia: A cluster randomized controlled trial. *Pain Management Nursing*, 2016; 17(1): 14-24. doi: <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1016/j.pmn.2015.08.003>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Folkehelseinstituttet. (2015). Demens. Hentet 14.november 2017 fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/demens---folkehelse rapporten-2014/>
- Folkehelseinstituttet (2014) Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler. Hentet 26.03.2018 fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Gjerstad, L., Fladby, T. & Andersson, S. (2013). *Demenssykdommer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hauge, S. (2015). Sykepleie i hjemmet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 265-283). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Helsebiblioteket (2016). Sjekkliste. Hentet 29.03.18 fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4)

Husebo, B., Strand, L., Moe-Nilssen, R., Husebo, S., & Ljunggren, A. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia (MOBID-2) pain scale in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2):380-91. doi: [10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x)

Jenssen, G.-M., Tingvoll, W.-A., & Lorem, G. F. (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. *Geriatrisk Sykepleie*, 2013(2), 26-34. Hentet 12.11.17 fra:

[https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3\\_vitensk.\\_artikkel\\_smertebehandling\\_2406.pdf](https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3_vitensk._artikkel_smertebehandling_2406.pdf)

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s.208-280). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden*, 33: 29-33. Hentet fra

<https://oda.hioa.no/nb/smertekartlegging-og-smertelindring-hos-pasienter-med-demens-utfordringer-og-dilemmaer/asset/dspace:6636/1056931.pdf>

Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Nasjonalforeningen for folkehelsen (2018, 5.februar). Hva er demens? Hentet 2.mars 2018

fra: <http://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>

- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 3.mars 2018 fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Park, H. (2010). Effect of music on pain for home-dwelling persons with dementia. *Pain Management Nursing*, 2010; 11(3): 141-147. doi: <http://dx.doi.org/galanga.hvl.no/10.1016/j.pmn.2009.05.004>
- Sandvik, R. K. & Husebø, B. S. (2011) Måler smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, Doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0162>
- Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2015). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 408-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Smebye, K. L (2008). Å møte personer med demens. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (1.utg., s. 13-26). Oslo: Akribes AS
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_2)
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Torvik, K., Nordtug., Brenne I., Rognstad, M. (2015). Pain assessment strategies in home Care and nursing homes in Mid-Norway: A cross-sectional survey. *Pain Management Nursing*, 16(4):602-8. doi: [10.1016/j.pmn.2015.01.001](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.01.001).
- Torvik, K., & Bjøro, K. (2015). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 390-407). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

## VEDLEGG 1 – Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Jenssen, G. M., Tingvoll W. A. & Lorem, G. F. (2013) "Smertebehandling til personer med langtkommen demens"	Hensikten med studien var å få frem erfaringer og utfordringer når det kom til smertelindring til personer med langtkommen demens.	Kvalitativ metode som hadde et fenomenologisk hermeneutisk utgangspunkt. Det legges vekt på menneskers erfaringer i denne tilnærmingen. Halvstrukturerte individuelle forskningsintervju ble benyttet for å samle inn data. En intervjuguide ble brukt som støtte. Lengden på intervjuene var 30-60 minutter.	5 sykepleiere som jobbet på sykehjemsavdeling. Sykepleierne var i alderen 28-60 år. Lang jobberfaring med demenspasienter var inklusionskriteriene. Sykepleierne ble rekruttert fra ulike sykehjem i Nord- Norge.	Sykepleierne i studien opplever at smertevurdering er vanskelig og utfordrende hos pasienter med langtkommen demens, på grunn av vage og vanskelige smertetegn. En metode som ble brukt for å smertelindre pasienter med langtkommen demens, var å prøve og feile ved bruk av smertestillende. En viktig del av smertebehandlingen er et godt tverrfaglig samarbeid, i tillegg til godt samarbeid med pasienten. For at smertebehandlingen skal

				være god er faglig kunnskap en viktig forutsetning.
Heeok, P. (2010). "Effect of Music on Pain for Home-Dwelling Persons with Dementia"	Hensikten med studien var å undersøke effekten av musikk på smerter hos hjemmeboende personer med demens.	Kvantitativ metode med et kvasiekperimentelt design. I tillegg ble en praktisk prøve benyttet. Datainnsamlingen foregikk over 8 uker. Det ble brukt fire ulike instrument for å samle inn data.	15 personer med demens deltok i studien. Inklusjonskriteriene var følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasienten måtte ha diagnosen demens.</li> <li>- Pasienten måtte bo hjemme.</li> <li>- Være over 60 år.</li> <li>- Ha evne til å utrykke foretrukke musikk.</li> <li>- Ha et tilgjengelig familiemedlem som kunne spille av musikk.</li> </ul> Pasientene ble rekruttert fra en støttegruppe for	Gjennomsnittlig smertenivå etter å ha hørt på musikk var betydelig lavere enn før de hørte på musikk.



			Alzheimers og en assistert boenhet i Iowa.  Pasienten og deres pårørende samtykte å delta i studien.	
Chen, Y. & Lin, L. (2016). "Ability of the pain recognition and treatment (PRT) protocol to reduce expressions of pain among institutionalized residents with dementia: A cluster randomized controlled trial".	Hensikten med studien var å sammenligne effekten av en smertegjenkjennings- og behandlingsprotokoll koblet sammen med grunnleggende smerteopplæring versus kun grunnleggende smerteopplæring. Studien ble	Kvantitativ metode. Det ble benyttet en dobbelt-bindet randomisert kontrollstudie. Datamaterialet ble samlet inn ved hjelp av ulike dataark og screeningprogram.	195 beboere ved seks forskjellige dementavdelinger deltok. 19 sykepleiere deltok i eksperimentellgruppen og 18 sykepleiere deltok i kontrollgruppen. Alle sykepleierne jobbet ved spesialavdelinger for personer med demens.	Eksperimentellgruppen hadde betydelig mer ukentlig ikke-farmakologiske smertestrategier og ukentlig henvisninger til smertebehandling enn kontrollgruppen. Deltakerne i eksperimentellgruppen uttrykte smerte betydelig mindre verbalt og gjennom adferd enn deltakerne i kontrollgruppen. Funnene i studien viser at smertegjenkjennings- og behandlingsprotokollen er effektiv og er anbefalt for

	gjennomført for å forbedre smertebehandlingen gjennomført av sykepleiere og for å redusere smerteuttrykk blant personer med demens.			rutinemessig bruk hos pasienter med demens for å forbedre kvaliteten.
Torvik, K., Nordtug, B., Brenne, I. K. & Rognstad, M. (2015) "Pain assessment strategies in home Care and nursing homes in Mid-Norway: A cross-sectional survey".	Hensikten med denne studien var å undersøke bruk av smertevurderingsstrategier i hjemmesykepleien og på sykehjem.	Kvantitativ metode. Det ble brukt en beskrivende tverrsnittstudie. For å samle inn data ble det brukt et spørreskjema, som var basert på tidligere brukte spørreskjema om akutt og kronisk smerte.	271 personer som jobbet på sykehjem og 121 personer som jobbet i hjemmesykepleien. Respondentene hadde jobbet med eldre mennesker i gjennomsnitt i 15 år.	Smertekartleggingsverktøy blir ikke brukt hyppig på sykehjem. Standardiserte spørsmål ble brukt på sykehjem. Mer regelmessig trening i bruk av smertevurderingsverktøy er nødvendig på sykehjem.

<p>Lillekroken, D. &amp; Slettebø, Å. (2013). "Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer".</p>	<p>Hensikten var å undersøke sykepleiernes erfaringer med smertelindring og smertekartlegging hos personer med demens.</p>	<p>Det er brukt et kvalitativ utforskende design i denne studien. For å samle inn data ble det benyttet en semistrukturert intervjuguide og forskningsgruppeintervjuer. Varigheten på hvert forskningsgruppeintervju var ca. en time.</p>	<p>De 18 sykepleierne som deltok var ansatt ved geriatiske avdelinger på to forskjellige sykehus, i tillegg til en skjermet avdeling på et sykehjem. Erfaringen innen demensomsorgen varierte fra 3-35 år. Ingen av deltakerne hadde videreutdanning.</p>	<p>Pasientens høye alder, comorbiditet og polyfarmasi var et av forholdene sykepleierne måtte ta hensyn til ved behandling av pasienten smerter. Det kom frem at det ikke var noen rutiner for smertekartlegging eller smertelindring. Smertekartleggingsverktøy ble sjeldent eller aldri benyttet. Det ble uttrykt ønske om felles retningslinjer om hvordan sykepleierne skulle forholde seg til smertelindring. Sykepleierne opplevde at de stod ovenfor etiske dilemmaer når de skulle smertelindre pasientgruppen. Sykepleierne følte valget falt på tvangsbehandling når</p>
--	--	---	---	--

				pasientene ikke ville ta imot smertestillende.
Husebo, B., Strand, L., Moe-Nilssen, R., Husebo, S., & Ljunggren, A. (2010). <i>“Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) pain scale in a clinical setting”</i> .	Hensikten med denne studien var å undersøke påliteligheten og validiteten til smerteskalaen MOBID-2.	Det er en kvantitativ tverrsnittstudie. Datainnsamlingen ble gjennomført ved å bruke et MOBID-2 smerteskjema. Hver sykepleier vurderte smerte hos 2-3 pasienter hver ved hjelp av MOBID-2. Pasienten ble vurdert samtidig og uavhengig av to ulike grupper sykepleiere. Neste dag gjennomførte den ene gruppen samme prosedyre.	28 pleiere og 77 pasienter på sykehjem deltok. Inklusjonskriteriene for å delta var at pasientene måtte være over 65 år og ha alvorlig grad av demens. I tillegg måtte pasienten ha et familiemedlem eller en verge som kom regelmessig på besøk.	Prevalensen av smerte var 81%. Dens totale smerteintensitet ved MOBID-2 stemmer over ens med det legen kom frem til gjennom kliniske undersøkelser og definerte smertevariabler. MOBID-2 smertekala er tilstrekkelig og pålitelig og valid. MOBID-2 er tidseffektiv for sykepleierne å bruke til å evaluere smerte hos pasienter med alvorlig grad av demens.

## VEDLEGG 2: MOBID-2 SMERTESKALA

APPENDIKS

# 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**  
«Aui»  
Slårner  
Yrker seg  
Cisper  
Skriker

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

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

### Smerteintensitet

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

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

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

APPENDIKS

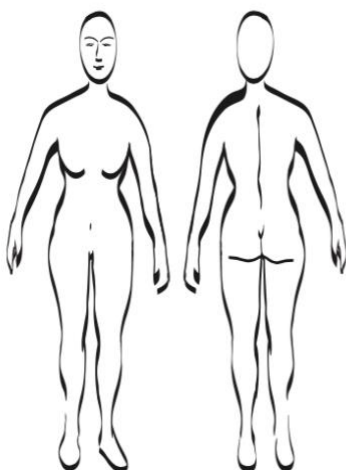
Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

### Smerteatferd

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

### Smerteintensitet

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



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

Basert på alle observasjoner gj en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10