



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	14-04-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	28-04-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave )		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	475
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Tittel *:</b>	Smerter du har, men ikkje kan formidle - sjukepleiars erfaring og kunnskap med smerter
<b>Antall ord *:</b>	8996

**Egenerklæring \*:**  Ja  Nei  
**Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:**

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

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



## Bacheloroppgåve

Smerten du har, men ikkje kan formidle – Sjukepleiarens erfaring og kunnskap med smerter og demens

The pain you have, but can not convey – the nurse's experience and knowledge of pain and dementia

Kandidat nummer: 475

Bachelor i sykepleie, Stord

Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 28. april 2022



**Smerten du har, men ikkje kan formidle – sjukepleiarens erfaring  
og kunnskap med smerter**

**Bacheloroppgåve i sjukepleie  
Høgskulen på Vestlandet, Campus Stord  
Kull 2019**

**Innleveringsdato: 28. april 2022**

**Antal sider: 48**

**Antal ord: 8996**

## FORORD

Open your eyes  
And tell me what you see  
Am I among the forgotten?  
Please, say you remember me  
In a room where light hides behind the curtains  
In a bed where you're lost in a dream  
In a time the world is full of darkness  
In a house that doesn't suit quiet and peace  
We know you're there somewhere inside  
I say a prayer for you to smile  
It looks like the angels owe me one today  
But I stay strong and it won't be long 'til I see the old days

-Harry Gardener, 2020-

«Demensen i seg sjølv er ikkje vond»

-Anonym pasient på aktivitetstilbod, 2022-

«Eg er redd for å bli dopa ned på medisiner når eg havnar på  
gamleheimen»

-Anonym pasient frå heimesjukepleien, 2021-

### Samandrag

**Tittel:** Smerten du har, men ikkje kan formidle – Sjukepleiarens erfaring og kunnskap med smerter og demens.

**Bakgrunn:** Personar med demens er ei utbreidd pasientgruppe som sjukepleiarar kan møte på mange ulike arenaer. På ein sjukeheim vil ein person med demenslidning ha behov for smertelindring på lik linje med alle andre pasientgrupper. Personar med demenssjukdom og smerter blir ofte møtt med stigmatisering. Smertelindring til desse personane kan vere

utfordrande, og sjukepleiarens holdning, kunnskap og erfaring kan potensielt påvirke behandlinga.

**Problemstilling:** Korleis kan sjukepleiar bidra til optimal smertelindring for personar med demensliding på institusjon?

**Hensikt:** Undersøkje korleis sjukepleiaren kan identifisere smerter hos personar med demenssjukdom og påvirke smertelindringa dei mottar.

**Metode:** I denne oppgåva blir litteraturstudie nytta som metode, der fagleg og forskingsbasert kunnskap blir gjennomgått. Litteratur frå pensum, fem relevante forskingsartiklar og offentlege publikasjonar blir brukt for å belyse oppgåvas problemstilling.

**Resultat:** Litteraturen viser at sjukepleiarane har mykje kunnskap om smertelindring og demens, men sjukepleiarar fortel sjølv at det ligg eit forbettringspotensiale på å kartlegge smertene. Studiar avdekkar at det ligg for lite kunnskap hos sjukepleiarar i forhold til smerteidentifisering. Både identifisering, kartlegging, personsentrert omsorg og kunnskap hos sjukepleiaren er avgjerande for å gi optimal smertebehandling.

**Konklusjon:** Smertekartlegging hos personar med demens kan vere utfordrande, spesielt dersom pasienten har språkvanskar. God relasjon til pasienten, observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy, kommunikasjon blant sjukepleiarane på avdelinga og god dokumentasjon er faktorar som er med på å skape effektiv behandling.

**Nøkkelord:** Demens, sjukepleie, institusjon, smerter, smertekartlegging, smertelindring

## Summary

**Title:** The pain you have, but can not convey – the nurse's experience and knowledge of pain and dementia

**Background:** People with dementia are a widespread patient group, which nurses will come across in a variety of arenas. In a nursing facility, patients suffering from dementia will require pain management of the same standard as all other patient groups. Patients with dementia and pain are often faced with stigma. Pain management for these individuals can be

challenging, and the nurses' knowledge, experience, and frame of mind can potentially have an impact on the quality of treatment.

**Problem:** How can the nurse contribute to optimal pain management for individuals with dementia in an institution?

**Purpose:** To investigate how the nurse can identify pain in individuals with dementia, and how they can influence the pain management they receive.

**Method:** In this thesis, literature review is used as a method, where scientific and academic knowledge is reviewed. Relevant literature from the syllabus, five relevant research articles, and publications are used to explicate and explore the issue in this thesis.

**Results:** The literature shows that nurses have significant knowledge about pain management and dementia, but the nurses themselves state that there is potential for improvement in pain mapping. Studies reveal that there is not adequate knowledge among nurses in relation to pain identification. Mapping, identification, knowledge, and patient-oriented care are crucial components to provide optimal treatment.

**Conclusion:** Pain mapping in individuals with dementia can be challenging, especially if the patient experience language difficulties. A good relationship with the patient, observation-based pain mapping tools, communication among the nurses on the ward, and adequate documentation are key factors that help to create effective treatment.

Keywords: dementia, nursing, institution, pain, pain mapping, pain management.

## Innholdsfortegnelse

<b>1 INNLEIING .....</b>	<b>6</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VAL AV TEMA .....	7
1.2 PROBLEMSTILLING.....	7
1.3 BEGREPSAVKLARING .....	7
1.4 AVGRENSING FOR OPPGÅVA .....	8
1.5 DISPOSISJON AV OPPGÅVA.....	8

<b>2 TEORI .....</b>	<b>9</b>
KARI MARTINSENS OMSORGSTEORI .....	10
2.1 DEMENS .....	11
2.2 SMERTER .....	11
2.3 SMERTEKARTLEGGING.....	12
2.4 SMERTEBEHANDLING.....	12
2.5 PERSONSENTRERT OMSORG .....	13
<b>3 METODE .....</b>	<b>13</b>
3.1 METODE OG LITTERATURSTUDIE .....	14
3.2 SØKESTRATEGI OG UTVALSPROSESS ETTER BÅDE FORSKING OG ANNA LITTERATUR .....	14
3.2.1 Inkluderings- og ekskluderingskriterer .....	15
3.3 SØKEPROSESS .....	15
3.4 METODEKRITIKK .....	18
3.4.1 Vurdering av eiga oppgåve.....	18
3.4.2 Kritisk vurdering av forskingartiklar som litteratur.....	18
<b>4 FUNN OG RESULTAT .....</b>	<b>19</b>
3.7 SAMLA ANALYSE .....	24
3.7.1 Sjukepleiarens kunnskap.....	24
3.7.2 Kartleggingsverktøy for smerter .....	25
3.7.3 Pasientanes smerteoppleving, behandling og vurdering.....	26
<b>5 DRØFTING.....</b>	<b>26</b>
5.1 DEMENS OG SMERTER.....	27
5.1 RELASJONAR OG PERSONSENTRERT OMSORG.....	28
5.2 IDENTIFISERING AV SMERTER .....	29
5.3 SMERTELINDRING .....	31
<b>6 AVSLUTNING.....</b>	<b>34</b>
<b>7 LITTERATURLISTE .....</b>	<b>35</b>
<b>8 VEDLEGG .....</b>	<b>39</b>
8.1 Vedlegg 1.....	39
8.2 Vedlegg 2.....	40
8.3 Vedlegg 3.....	41
8.4 Vedlegg 4.....	47
8.5 Vedlegg 5.....	48

## 1 Innleiing

Denne oppgåva omhandlar smertekartlegging og smertelindring til personar med demenssjukdom. Demens er utbreidd både i Noreg og i heile verda, derfor vil kunnskap om denne diagnosen vere aktuelt å ta med seg vidare i karrieren som sjukepleiar. Nasjonalforeininga for demens (2022) anslår at over 100 000 menneske i Noreg har demens i



dag, og estimerer at i løpet av dei neste tjue åra, vil antalet truleg vere dobla. Demens kan ramme både eldre og yngre, og minst 2000 personar under 65 år har sjukdommen (nasjonalforeningen, 2022). Personar med demenssjukdom, som treng helsehjelp, har rett på bistand frå helse- og omsorgstenestene. Kommunen har ansvar for å gi informasjon om sjukdommen, opplyse om kva hjelpetilbod kommunen har, sørge for kartlegging av funksjonsnivå og hjelpebehov, og sørge for å gi nødvendig hjelp (Helsenorge, 2019). Kari Martinsen (2003a, s. 69) påpeikar omsorg er ein måte å forholde seg til andre menneske på og at eit mål ved omsorg er å forbetre velvære, og fysisk og mental helse.

### 1.1 Bakgrunn for val av tema

Som presentert ovanfor er demens ein utbreidd diagnose, samtidig er dette er tematikk som engasjerer meg, då eg sjølv har vore pårørande til nokon med demenssjukdom. Ein kan møte denne pasientgruppa mange stader, både på privaten og i arbeidslivet. Eg har hatt praksis på fleire ulike demensavdelingar, og dermed sett viktigheten av at sjukepleiaren ser, høyrer og får behandla pasientane optimalt. Pasientar med demenssjukdom klarar ikkje alltid å beskrive kvar dei har smerter eller korleis smertene er. Eg ønsker å knytte denne oppgåva opp til korleis sjukepleiaren kan jobbe ved bruk av personsentrert omsorg. Dei har ofte smerter som forblir uoppdaga, og dette betyr at pasienten ikkje får optimal smertelindring. Dette kan vidare føre til åtferdsending, noko som begrunnar viktigheten av at sjukepleia byggjer på prinsippa om personsentrert omsorg. Martinsen skriv at omsorg er ein relasjon. Dette har samanheng med forståing av andres situasjon. For at vi skal kunne forstå kvarande, må vi ha noko som bind oss saman (Martinsen, 2003a, s. 69). I følgje helsedirektoratet (2019a) bør personar med demens som viser åtferdsmessige symptom bli utreda og eventuelt behandla for smerter.

### 1.2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar bidra til optimal smertelindring for personar med demensliding på institusjon?

### 1.3 Begrepsavklaring

Demens: Blir forårsaka av ulike hjernesjukdommar, men kan karakteriserast ved progredierande forverring av både kognitiv og praktisk svikt. Det kan også føre til

nevropsykiatriske symptom. Vanlege kjenneteikn er redusert hukommelse, orienteringsevne, språk, problemløysingsevne og abstraksjonsevne (Rokstad, 2014, s. 10).

Smertelindring: Smerte er ei subjektiv kroppsleg erfaring av det å ha det vondt, derfor kan vi omtale smerte som eit fenomen. Som regel oppstår smerter heilt uavhengig av ein persons vilje (Nortvedt, 2017, s. 173). Målet for smertelindring er å lindre smerter, hjelpe pasienten å meistre smerter, samt betre funksjonsstatus og livskvalitet (Torvik & Sandvik, 2020, s. 407).

Utfordrande åtferd: Kan vere til dømes uro, agitasjon eller apati. Åtferda kan vere eit teikn på ein livssituasjon som pasienten ikkje opplev som tilfredsstillande, behov som ikkje blir ivaretatt, over- eller understimulering, eller krav frå omgivnadane som blir opplevd som urimelege (Rokstad, 2014, s. 42).

Personsentrert omsorg: Kan omhandle tiltak eller metodar som stimulerer livshistorie eller sansar, eller vi kan beskrive det som ein fenomenologisk tilnærming og ein innfallsvinkel i forhold til kommunikasjon (Rokstad, 2014, s. 22). Viktige prinsipp er lytting, gi spontane og positive responsar, samt å sikre autentisitet. Relasjonen mellom pleiar og pasient skal vere balansert og likeverdig (Rokstad, 2014, s. 23).

#### 1.4 Avgrensing for oppgåva

Denne oppgåva tek føre seg personar med demenssjukdom som oppheld seg på institusjon. Vidare tek den føre seg generell demens, og går ikkje inn på dei spesifikke demenstypane, då eg meiner denne problemstillinga er relevant for dei fleste typar demens. Dei demensramma vil vere personar som ikkje klarar å uttrykke smerter verbalt, som ein konsekvens av sjukdommen. Eg tek utgangspunkt i utfordrande åtferd som symptom for smertene gjennom teksten, og vil belyse tiltak, men går ikkje i dybden på korleis ein utfører dei, grunna ordmengde. Oppgåva vektlegg sjukepleiarens perspektiv, og noko pasientens perspektiv.

#### 1.5 Disposisjon av oppgåva

Oppgåva er delt i 8 deler, som inneheld innleiing, teori, metode, resultatet av forskinga, drøftingsdel, konklusjon, ei litteraturliste og til slutt ligg vedlegga. Innleiinga viser til kvifor eg har valt dette temaet og relevansen i forhold til sjukepleie, sjølv problemstillinga, nokre begrepsavklaringar og kva rammer oppgåva har. Kapittel 2 omhandlar teori som belyser tema

som er sentrale i forhold til problemstillinga. I metodedelen gjer reie for søkeprosessen, kva avgrensingar som vart gjort innanfor søkja og kjeldekritikk. Der blir også funna presentert frå forskingsartiklane. Vidare kjem drøftingsdelen der eg går inn på ulike områder eg har identifisert frå funna i forkinga og pensum, samt nokre eigne erfaringar. Kapittel 5 består av konklusjon og til slutt kjem litteraturliste og vedlegg.

## 2 Teori

Her presenterast sjukepleieteoretikar Kari Martinsen og relevante begrep i forhold til problemstillinga.

### Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsens omsorgsteori vektlegg at omsorg handlar om relasjon mellom to eller fleire menneske. Dette byggjer prinsipielt på fellesskap, solidaritet og gjensidighet, utan forventning av gjenyting (Martinsen, 2003a, s. 14). Tematikken rundt Martinsens sjukepleieteori er knytt til sjukepleiarens verdigrunnlag. Ho er spesielt oppteken av dei svakaste menneska i samfunnet og sjukepleiarens oppgåver og ansvar ovanfor desse (Mathisen, 2003, s. 150). I følgje Kristoffersen (2016, s. 27) beskreib Martinsen at grunnlaget for sjukepleie er heilheten mellom den svake og hjelparen. Martinsen (2003a, s.14) deler omsorgsbegrepet i tre element: ei relasjonell, ei praktisk og ei moralsk side.

Den relasjonelle sida baserar seg på avhengigheten mellom menneske. Alle kan hamne i ein situasjon der ein er avhengig av hjelp. Derfor er det viktig at sjukepleiaren lyttar til pasienten og klarar å sjå pasientens hjelpebehov (Martinsen, 2003a, s. 14-15). Sjukepleiaren bør handle på ein måte som er best mogleg for pasienten og ut i frå sin faglege kompetanse (Kristoffersen, 2016, s. 27). Den praktiske sida tek føre seg essensen om å ta vare på hjelpetrengande personar. Eit viktig prinsipp ved dette elementet er at ein skal ikkje berre synst synd på nokon, men ein skal utføre hjelpa i praktisk handling (Martinsen, 2003a, s. 14-15). Den moralske sida viser til moralsk omsorg, noko som ein sjukepleiar kan lære seg gjennom praksis. Martinsen (2003a, s. 14-17) skriv at ein sjukepleiar kan identifisere seg med den sjuke, noko som kan medverke til at pasienten kan leve eit optimalt liv. Sjukepleiarens omsorg går ut på personleg engasjement, moralsk skjønn og god fagleg vurdering (Martinsen 2003a, s. 17).

Kristoffersen (2016, s. 53-55) skriv at målet med sjukepleiarens omsorg er nært knytt til pasientens subjektive opplevingar. Martinsens sjukepleieteori fokuserer på menneskeoppfatting som skal byggje på menneske, der fellesskapet og relasjon er i fokus. Ein kan også anta at helsebegrepet til Martinsen har eit subjektivt og individuelt innhald, der kvart individ vil har si oppleving av sin situasjon (Martinsen 2003a, s. 14-17). Pasientens pleiesituasjon tek utgangspunkt i å gjere her-og-no-situasjonen best mogleg for pasienten (Martinsen, 2003a, s. 78). Martinsen (2003b, s. 176-177) fastslår at ein sjukepleiar har fagleg og praktisk kunnskap, noko som pasienten ikkje har. Ved å ha lyttande haldning til pasienten vil sjukepleiaren kunne bistå pasienten med å oppfylle sine ønsker (Martinsen, 2003a, s. 176-177).

## 2.1 Demens

Det finst fleire ulike definisjonar på demens. Rokstad (2014, s. 10) beskriv at demens generelt kan karakteriserast ved progredierande forverring av både kognitiv og praktisk svikt. Det kan også føre til nevropsykiatriske symptom. Diagnosen kan bli forårsaka av ulike hjernesjukdommar eller skadar (Rokstad, 2014, s. 10). Det finst ulike typar demens, blant anna alzheimer sjukdom, lewy legeme og frontotemporal (Skovdahl, 2020, s. 419-421). I Noreg brukar vi diagnosesystemet *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) som offisiell klassifikasjon av diagnose (Direktoratet for e-helse, 2022). Det vil vere viktig å fastslå diagnosen for å kunne gi hensiktsmessig sjukepleie (Skovdahl, 2020, s. 421-424).

Demens kan bli delt inn i ulike graderingar:

- Mild – den reduserte hukommelsen begynner å påverke kvardagen.
- Moderat – personen får redusert problemløysingsevne, hukommelse, språk og orienteringsevne. Angst, sinne og depresjon kan førekomme på grunn av dette.
- Alvorleg – sterk reduksjon av abstraksjonsevne, hukommelse og språkforståing, og manglande evne til å sortere stimuli. Vanskar med å koordinere bevegelsar.

## 2.2 Smerter

Vi kan omtale smerter som eit fenomen, fordi smerter er ei kroppsleg erfaring som vil vise seg i bevisstheten (Nortvedt, 2016, s. 173). I følge Torvik og Sandvik (2020, s.398) beskriver *den internasjonale foreininga for smerteforskning* «smerte» som ein ubehagelig sensorisk og emosjonell oppleving, som kan assosierast med aktuell eller potensiell vevsskade. Ein anna definisjon på smerter går ut på at smerter er det som ein person seier at det er, altså at smerter er ei subjektiv oppleving. Felles for dei fleste definisjonane av smerte, er at kun personen som opplev smertene kan definere smerteopplevinga (Torvik & Sandvik, 2020, s. 398).

Smerter hos personar med kognitiv svikt førekjem hos 43%-60% av pasientane (Torvik & Sandvik, 2020, s. 398). Vi kan skilje mellom akutte og langvarig smerter. Felleskatalogen (2022), og Danielsen, Bertnzen og Almås (2016, s. 414-415) viser skilnaden mellom akutt og kroniske smerter (vedlegg 1). Ubehandla smerter kan føre til alvorlege helsemessige konsekvensar, som depresjon, inaktivitet, urasjonelle hendingar, og sengeleiets komplikasjonar. Hos eldre personar kan teikn på smerter vere reduserte eller totalt utebli (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399).

### 2.3 Smertekartlegging

Det kan vere utfordrande å kartleggje smerter hos eldre. Ein sjukepleiar har eit sjølvstendig ansvar for å fortløpande vurdere og kartleggje smerter hos pasientane, samt evaluere effekten av tiltak og smertebehandling. Det vil vere hensiktsmessig å systematisk dokumentere kartlegging og behandling, spesielt biverknadar, effekt eller andre observasjonar.

Smertekartlegging bør omfatte både årsak, informasjon om sjølve smerten og korleis smerten verkar inn på kvardagen til pasienten (Torvik & Sandvik, 2020, s. 401-403). Når evna til verbal kommunikasjon er svekka, vil det vere viktig å observere åtferd som eit teikn på smerte. Det finst fleire ulike smertekartleggingsverktøy for eldre som er basert på observasjon av åtferd. To eksempler som blir brukt i Noreg «*mobilisation-observation-behaviour-intensity-dementia*» (MOBID-2) og «*Doloplus-2*». God smertekartlegging er avgjerande for å kunne gi tilstrekkeleg smertebehandling. Hos personar med demens utan verbal kommunikasjonsevne vil fysiologiske teikn og åtferdsendingar vere viktige observasjonar (Danielsen, et. al., 2016, s. 389).

### 2.4 Smertebehandling

Smertebehandling hos personar med demens kan vere komplekst. Den må vere tilpassa kvart enkelt individ og vere godt planlagt. Sjukepleiaren har ansvar for å kartleggje, iverksette tiltak som bidrar til smertelindring, bistå pasienten med å meistre smertene for å kunne oppretthalde sjølvstendig funksjon så lenge som mogleg, administrere analgetika, observere verknad og biverknad, justere og tilpasse analgetika innanfor forordna rammer, og ha dialog med lege (Torvik & Sandvik, 2020, s. 401). Målet for behandlinga er å lindre smerter, betre funksjonsstatus og auke livskvaliteten. Dersom det ikkje er mogleg å lindre smertene totalt, vil det vere aktuelt med eit mål som omhandlar å meistre smertene (Torvik & Sandvik, 2020, s. 407). Vi kan dele smertebehandling inn i medikamentell behandling og ikkje-medikamentell behandling.

Ved medikamentell bør legemiddelet som pasienten skal få, vere tilpassa ut i frå intenseten på smertene, og samtidig gi minst mogleg biverknadar. Ein generell regel er at ein startar med lågast mogleg dose som er forventa at skal gi effekt, og deretter justere dosen, inntil ønska effekt. Dersom det er mogleg, bør ein først iverksette ikkje-medikamentelle tiltak. Dette kan også vere i kombinasjon med medikamentelle tiltak. Ikkje-medikamentell smertebehandling

inneber fysiske og psykologiske behandlingstiltak. Ein føresetnad er ofte at pasienten må vere delaktig (Torvik & Sandvik, 2020, s. 407-409).

## 2.5 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg kan til dømes omhandle livshistorie arbeid eller sansestimulering. I andre tilfelle brukar ein personsentrert omsorg som ei fenomenologisk tilnærming og ein innfallsvinkel for kommunikasjon (Rokstad, 2014, s.22). Viktige prinsipp ved personsentrert omsorg er å fokusere på kvart enkelt menneske som eit heilhetleg individ og korleis den enkelte personen ønskjer å ha kvardagen sin. Ein må innsjå at kvar enkelt person er ekspert på eige liv og ha respekt for alle personar, til tross for sjukdommar og funksjonssvikt (Kirkevold, 2020, s. 99). I følgje Rokstad (2014, s. 23) er viktige prinsipp for personsentrert omsorg å lytte, vise empati, gi spontan positiv respons og sikre autensitet. Det er avgjerande med balansert og likeverdig relasjon mellom pleiar og pasient. Dette er prega av relasjonsbygging, samarbeid og heilhetstenking angående pasientens behov (Rokstad, 2014, s. 25). Det å utøve personsentrert omsorg inneber at pleiaren må vere i ein relasjon. Det bør vere gjensidig tillit, ikkje-dømmende haldningar og likeverdighet. For å kunne forstå kva som er viktig for den enkelte er det ein fordel med kjennskap til livshistoria og bakgrunnen (Rokstad, 2014, s. 25). Ein kan definerte personsentrert omsorg ved bruk av fire element, som utgjer VIPS-modellen:

**V:** Verdigrunlaget til mennesket.

**I:** Individuell omsorg.

**P:** Sjå pasientens perspektiv.

**S:** Støttande og sosialt miljø (Rokstad, 2014, s. 91-93).

## 3 Metode

Dette kapitlet vil presentere metode og kva framgangsmåte som vart nytta til funn av forskingsartiklar. Det vil også innebere søketabellar, kritisk vurdering og etisk refleksjon i forbindelse med oppgåveskriving.

### 3.1 Metode og litteraturstudie

Dalland (2020, s. 54) skriv at metode er reiskapen vår, når vi har eit tema vi ønsker å undersøkje. Metoden som blir nytta i denne teksten er litteraturstudie. Den byggjer prinsipielt på litteratur som allereie eksisterer. Ei litterær oppgåve tek utgangspunkt i ei problemstilling eller eit bestemt tema som ein har opplevd i praksis, på privaten eller noko i pensum som har vore interessant (Dalland, 2020, s. 199). Ei litteraturstudie skal systematisere kunnskap frå skriftlege kjelder. For å kunne systematisere kunnskap må ein gå kritisk gjennom kvar kjelde og til slutt samanfatte den. Hensikta er å gi lesaren oppdatert og forståeleg kunnskap innafor problemstillingas rammer, samt beskrive korleis ein kjem fram til denne kunnskapen (Thiedemann, 2019, s. 77-78).

I denne litteraturstudien har både kvalitative og kvantitative forskingsartiklar blitt brukt. Dalland (2020, s. 55) påpeikar at fordelene med å bruke kvantitative metodar er at dei gir data i form av målbare enheter, noko som kan vere med på å skape nøyaktige resultat. Kvalitative metodar tek utgangspunkt i å fange opp meiningar og opplevingar, noko som ikkje let seg stadfeste i tall eller målingar. Ved å nytte kvalitativ metode, kan ein gå meir i djupna på ulike tema (Dalland, 2020, s. 55-56).

### 3.2 Søkestrategi og utvalsprosess etter både forskning og anna litteratur

For å søkje etter relevant litteratur har eg brukt helsefagelge databasar og pensumlitteratur. Eg deltok på kurs i litteratursøk som bibliotekaren på Stord HVL arrangerte. Her vart ulike databasar introdusert. Søkord som vart nytta ligg i tabellane under kapittelet *søkeprosess*. For å kunne tydeleggjere kva hovudbegrep eg har, og for få færre og meir relevante treff, satt eg opp ulike element i eit PICO-skjema (vedlegg 2). Dermed fekk eg utvikla ein søkestrategi og oppnådde struktur i søket etter forskning. Dette var også med på å formulere ei presis problemstilling (Thiedemann, 2019, s. 87).

For å kartlegge og få ei oversikt over ulike aktuelle og relevante databaser, vart fagressursen på Oria HVL nytta. Emneord beskriver innhaldet i artiklar og fungerer som søkjeord i databasen. Elles søkjer ein med tekstord, som er ord frå artikkelens tittel, forfattarens samandrag og/eller i forfattarens stikkord. Ved bruk av tekstord vil systemet leite etter ord i fleire felt samtidig, og det er dermed ikkje sikkert at treffa som oppstår vil gjenspegle innhaldet i artikkelen (Thiedemann, 2019, s. 85-86). Databasane som vart nytta var Svemed+,



Cinahl og PubMed. I Cinahl vart det kombinert emneord og tekstord. Emneordssystem er ein funksjon for standardiserte ord i databasen. Avgrensing for søkja vart nytta for å minske søkjetreffa. Fokuset ved søk var at pasientgruppa var personar med demensliding, og utfordringa var smerter. For kvart av søkja det vart gjort relevante funn, vart det utarbeida ei litteraturmatrikse (vedlegg 3). Dette er med på å skape ei oversikt over resultatane frå forskinga (Thiedemann, 2019, s. 95).

### 3.2.1 Inkluderings- og ekskluderingskriterer

#### Inkluderingskriterier

- Publisert i vitenskaplege eller fagfelleverderte tidsskrift.
- Forsking gjennomført i vestlege land, eller land som er mest mogleg like på Noreg.
- Artiklar publisert etter 2010.
- Pasientar med demens.
- Pasientar med behov for smertelindring.
- Arenaen er institusjon.
- Sjukepleieperspektiv
- Pasientperspektiv

#### Eksklusjonskriterier

- Artiklar som er publisert for meir enn 12 år sidan.
- Behandling utanfor institusjon.
- Pårørandeperspektiv.
- Artiklar frå land som har eit helsesystem som ikkje liknar Noreg sitt.

### 3.3 Søkeprosess

<b>Søk i Svemed plus 18/03-22</b>			
Nummer/number	Søkeord/term	Avgrensing/limit	Resultat/antaL
1	Smertekartlegging	Språk: norsk	4
2	Smertelindring	Språk: norsk	37
3	Demens	Språk: norsk	2002

4	Smertekartlegging AND smertelindring AND demens	Språk: norsk	1
---	---	--------------	---

Etter søk nummer 4 dukka det opp ein artikkel, som viste seg å ha relevans i forhold til problemstillinga, nemleg «*Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer*» (Daniela Lillekroken & Åshild Slettebø, 2013). Denne vart vurdert som relevant fordi den belyser erfaringar som sjukepleiarar har i forhold til kartlegging av smerter og smertelindring til personar med demenslidning.

<b>SØK I CINAHL 21/03- 22</b>			
Nummer/number	Søkeord/term	Avgrensing/limit	Resultat/antal
S1	Dementia (emneord)		44153
S2	Cognitive dysfunction		24879
S3	demens		55
S4	alzheimer		30198
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4		90577
S6	Nursing home		38467
S7	Nurs*		941257
S8	Institusjon		2
S9	sykehjem		44
S10	S6 OR S7 OR S8 OR S9		941280
S11	Pain (emneord)		77946
S12	Pain relief		24317
S13	Analgesic		21800
S14	Assess pain		1058
S15	Pain scale		11679
S16	Smertelindring		14
S17	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16		115832
S18	S5 AND S10 AND S17	Engelskspråkleg	534

S19	S18	Publikasjonsdato etter 2015 og engelskspråkleg	171
-----	-----	--	-----

Ved søk i Cinahl vart PICO-skjema nytta, noko som gav 3 relevante artiklar. Etter søk nummer 18 vart artikkelen «*Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization–Observation–Behaviour– Intensity–Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting*» (B. Husebo, Strand, Moe-Nilssen, S. Husebo & Ljunggren, 2010) utvalt. Den er aktuell grunna den presenterer smertekartleggingsverktøy for personar med demens, kalla MOBID-2, som er vidareutvikla frå MOBID smerteskala. Søket hadde eit uhandterbart høg resultatliste. Planen var at den skulle presiserast meir, men denne artikkelen dukka opp som nummer 6 og fanga merksemda.

Vidare vart søket regulert ved å filtrere publikasjonsdato etter 2015, og fann dermed artikkelen «*Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. Archives of Psychiatric Nursing*» (Monrie, Parish & Lorraine, 2015), som nummer 20. Denne har relevans ettersom den beskriver deltakaranes praksis for å identifisere og lindre smerter hos sjukeheimsbebuvarar med demens.

Artikkelen «*How, Why and Where it Hurts—Breaking Down Pain Syndrome Among Nursing Home Patients With Dementia: A Cross-Sectional Analysis of the COSMOS Trial*» (Wagatsuma, Yamaguchi, Berge, Husebo, Habiger, Nouchi & Angeles, 2021), kom opp som nummer 21. Denne er aktuell på grunnlag av at den belyser problematikk som omhandlar at ein betydeleg andel av sjukeheimspasientar med demens får redusert livskvalitet i forbindelse med smerte. Den viser til smertekartleggingsverktøy som kan bli nytta for å identifisere kvifor, kvar og korleis smertene er.

<b>SØK I PUBMED</b>			
<b>25/03-22</b>			
Nummer/number	Søkeord/term	Avgrensing/limit	Resultat/antal
#1	Dementia OR alzheimer OR demens	Siste 5 år	95503
#2	Nursing home OR institusjon OR sykehjem OR institusjon	Siste 5 år	2477639

#3	#1 AND #2	Siste 5 år	47712
#4	Nurs* OR sykepleie	Siste 5 år	224865
#5	Assess pain OR pain mapping OR chart pain	Siste 5 år	76135
#6	#3 AND #4 AND #5	Siste 5 år	252

Søket i Pubmed utgjorde mange av dei same funna som Cinahl. Derfor justerte eg søket ved å legge til nokre nye søkjeord i søk nummer 5. Artikkelen: «*The impact of a pain assessment intervention on pain score and analgesic use in older nursing home residents with severe dementia: A cluster randomised controlled trial*» (Rostad, Utne, Grov, Småstuen, Puts & Halvorsrud, 2018), hadde relevans fordi den er med på å utforske om vanleg smertevurdering ved bruk av smertevurderingsverktøy er assosiert med endringar i smerteskår og bruken av smertestillande hos sjukeheimsbebuarar med alvorleg grad av demens.

### 3.4 Metodekritikk

#### 3.4.1 Vurdering av eiga oppgåve

Oppgåva inkluderer forskning frå sjukepleiarperspektivet, og til dels pasientperspektivet. Dette er med på å styrke oppgåva ettersom den inkluderer synspunkt frå ulike perspektiv. For å sikre at forskingsartiklane har god kvalitet, vart kunn dei som er publiserte i vitenskaplege eller fagfelleverderte tidsskrift utvalt. Fagbøkene som er utvalte er både primær- og sekundærkjelder. Sekundær kjelde vil seie at materialet er bearbeida og den originale forfattarens opplysningar og perspektiv kan ha blitt noko endra. Dette kan vere med på å svekke kvaliteten på materialet (Dalland, 2020, s.152). For å gjere oppgåva mest mogleg oppdatert har kunn dei nyaste versjonane av bøker blitt nytta.

#### 3.4.2 Kritisk vurdering av forskingsartiklar som litteratur

Dalland (2020, s. 152) skriv at kjeldekritikk omhandlar å vurdere, samt karakterisere den litteraturen som har blitt funnen. Forskingsartiklane i denne oppgåva har blitt vurderte ved bruk av sjekklister frå Helsebiblioteket, noko som har blitt anbefalt av «oppgaveveilederen» til HVL og av Thiedemann (2020, s. 91). Den kan bli nytta som eit pedagogisk verktøy for å kunne kritisk vurdere den metodiske kvaliteten i forskingsartiklar (Thiedemann, 2020, s. 91). For dei kvantitative artiklane vart det nytta sjekklister for prevalensstudier, medan for kvalitative studiar vart det brukt eigne sjekklister for kvalitative forskingsartiklar.

For å effektivt vurdere forskingsartiklane, vart det tatt utgangspunkt i inkluderings- og ekskluderingskriteriene. Dette vart basert på samandraga frå artiklane. Artiklane vart valt ut i frå kor godt dei underbygga problemstillinga i oppgåva. Dei forskingsartiklane som kunn omhandla smertelindring til personar med demens, utan fokus på kartlegging, vart i mindre grad vurdert. Dersom studien var frå land med ein anna kultur og eit anna helsesystem enn Noreg, vart dei nedprioriterte. Ein mogleg svakhet med denne oppgåva inneber at den byggjer på studiar frå 2010 og 2013, noko som kan vere utdatert, men eg vel å ta dei med ettersom dei omhandlar smertekartleggingsverktøy som blir brukt i dag og vurdering av smerter hos personar med demens. Ei av artiklane er frå Tennessee. Dette kan ha innflytelse på oppgåva, som førar den bort frå dei kulturelle normene i Noreg.

#### *3.4.2.1 Etikk i forskning*

Forskingsetikken for artiklane som vart utvalt har blitt analysert og vurdert. Forskingsetikk går ut på å vurdere forskning opp mot samfunnets normer og verdiar (Dalland, 2020, s. 168). Forskingsartiklane brukt i denne oppgåva ivaretek personvern og sikrar at deltakarane ikkje blir utsatt for skader eller unødvendige belastningar. Forskinga rundt problemstillinga er basert på sårbar menneske, og ein kan få tilgang til sensitiv informasjon om desse personane, og derfor er det viktig med etikk som styrar forskarane (Heggstad, 2018, s. 121). Studien til Lillekroken og Slettebø, og Husebo et. al. har fått godkjenning frå etisk komité. Alle artiklane har følgt prinsippet om informert samtykke. Dette betyr at dei som deltek har rett på informasjon om forskinga og kva konsekvensar forskinga eventuelt har. Denne pasientgruppa vil ein ikkje vere kompetent til samtykke, derfor har samtykke blitt henta frå nærmaste pårørande. Alle forskingsdeltakarane har sikra konfidensialitet.

## 4 Funn og resultat

Vidare vil resultata frå dei utvalgte forskingsartiklane bli presentert.

#### *3.5.1 Artikkell*

Tittel: «Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. Archives of Psychiatric Nursing»

Hensikt: Utforske korleis sjukepleiarar oppfattar smerter hos pasientar med demens og kva praksis dei utøver for å lindre smertene.

Metode: Kvalitativ studie der ei gruppe sjukepleiarar, med direkte omsorgsansvar, frå to langtidsavdelingar diskuterer rundt temaet «smertefølelse hos personar med demens». Studien vart gjennomført i Tennessee. Avdeling A hadde 250 sengeplassar, og avdeling B hadde 160 sengeplassar. Deltakarane vart bedt om å identifisere førekomsten av smerter og leiingsstrategiar som vart brukt. Forskarane leita etter utfordringar på kvart av områda.

Funn: Studien resulterte i at fleire av sjukepleiarane opplev at smerter hos personar med demens er komplekst. Dei opplever usikkerhet om smerteopplevinga til pasientane og beskriv det som «å leke detektiv», for å bestemme smerteomfang. Ein må trekkje inn store mengder informasjon frå pasient, pårørande, miljø, medisinsk journal og helseteam for å avdekke og behandle smertene, noko som er ein prosess som tek tid.

Konklusjon: For å bidra til å avdekke og avklare om ein bebuar opplev smerter, er viktige faktorar sjukepleiarens kliniske kompetanse, kommunikasjon med familien, tverrfagleg kommunikasjon og relasjon til bebuaren. Mange av deltakarane opplev det som utfordrande å oppfylle pårørandes ønsker i tillegg til å gi pasienten den behandlinga dei ser som nødvendig.

Positivt: Stor pasientgruppe, som sikrar stort forskingsgrunnlag.

Negativt: Ein svakhet med denne studien er at den er frå 2015 og at den er frå Nashville, som har noko ulikt helsesystem enn Noreg.

### *3.5.2 Artikkel2*

Tittel: «Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer»

Hensikt: Avdekke kva erfaring sjukepleiaren har med smertekartlegging og smertelindring, samt evaluering av smertelindring.

Metode: Studien var gjennomført ved bruk av kvalitative forskingsintervju. Ved hjelp av innhaldsanalyse som bestod av 4 trinn, kunne forfattarane analysere intervjuet. Det var tre

ulike grupper med 5-7 deltakarar. Deltakarane var sjukepleiarar ansatt i geriatrisk avdeling eller skjerma enhet for personar med demens ved ein kommunal sjukeheim.

Resultat: Funna er delt inn i tre underkategoriar, nemleg pasientens alder, komorbiditet og polyfarmasi, rutinar for smertevurdering og smertelindring, og etiske dilemma som inneber smertelindring og demens.

Konklusjon: Smertevurdering og smertelindring er utfordrande til personar med demens. For å oppnå tilstrekkeleg smertelindring, vil det vere aktuelt med prosedyrar for kartlegging av smerter, i tillegg til at kvar enkelt pasient får individuell smertelindring. Ein bør nytte smertevurderingsinstrument som er tilpassa denne pasientgruppa for å oppnå effektiv smertebehandling.

Positivt: Det vart nytta kommunikativ validitet. Informanten kunne då bekrefte eller avkrefte intervjuarens tolking, noko som er med på å ivareta validiteten.

Negativt: Ein svakhet frå denne forskingsartikkelen er at det var eit begrensa antal deltakarar, i tillegg var det eit homogent utval noko som kunne føre til samsvar i meiningar og holdningar. Den er frå 2013, noko som gjer at innhaldet kan vere noko utdatert.

### *3.5.2 Artikkel3*

Tittel: «The impact of a pain assessment intervention on pain score and analgesic use in older nursing home residents with severe dementia: A cluster randomised controlled trial»

Hensikt: Belyse problematikk som dreiar seg om at personar med demens har økt risiko for underdiagnostisering og ubehandla smerter.

Metode: Studien er gruppert randomisert frå 60 sjukeheimar i Noreg. Deltakarane består av 112 sjukeheimsbebuarar, der alle er 65 år, med demenssjukdom. Eksperimentgruppa fekk regelmessig smertevurdering med ein standardisert smerteskala (Doloplus-2), to gongar i veka, med ein varighet på 12 veker. Dei skulle få vanleg omsorg. Det primære utfallet omhandla smerteskår målt med Doloplus-2, og det sekundære utfallet omhandla smertestillande bruk.

Funn: Resultata vart samla inn etter 12 veker. Pleiepersonalet hadde fått opplæring i å samle inn data. Studien viste ikkje noko samla effekt av smertevurderinga og bruken av smertestillande.

Konklusjon: Det er naudsynt med ytterlegare forskning på korleis ein kan standardisert utføre smertevurdering for å støtte effektiv smertebehandling for denne pasientgruppa. Studien konkluderer med at det ikkje er tilstrekkeleg dokumentasjon til å avgjere om smertevurdering med smertevurderingsverktøy er klinisk relevant. Vidare indikerte resultata på at smerte fortsatt er utilstrekkeleg behandla hos sjukeheimsbebuarar med demens.

Positivt: Norsk studie. Vurdering to gongar i veka, i 12 veker gir grundige resultat. Pasientane fekk vanleg omsorg, slik at ikkje noko avvikande pleie skulle ha innverknad på resultata.

Negativt: Kun 112 deltakarar, noko som kan føre til utilstrekkeleg dokumentasjon.

#### *3.5.4 Artikkel4*

Tittel: «Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization–Observation–Behaviour– Intensity–Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting»

Hensikt: Presentere og utforske truverdigheta til MOBID-2 samt måle psykologiske fenomen.

Metode: Kvalitativ studie. 77 pasientar med demenssjukdom frå sjukeheim vart undersøkt av 28 sjukepleiarar og lege. Kriteriene for deltakarane var at dei skulle vere over 65 år, ha diagnosen demens (MMSE score < 12) og ein verge. Kvar pasient fekk tildelt 2 sjukepleiarar som allereie hadde ein relasjon til dei, som skulle ha ansvar for dei i 4 veker. Sjukepleiarane fekk generell informasjon om demens og smerter. Kvar sjukepleiar praktiserte MOBID-2 smerteskår i ein klinisk setting.

Funn: 75% av pasientane opplevde nociseptiv smerte, spesielt då dei skulle bevege armar og bein. Det var som regel ansiktsuttrykk og lydar som gav teikn til ei oppleving av smerte.

Konklusjon: Studiens viser at MOBID-2 var effektiv og truverdig i forbindelse med smertekartlegging hos personar med demens. Den er med på å avdekke om pasientens åtferd



kan skyldast smerter, og lokalisasjon på smertene. Ein viktig faktorar for å avdekke smerter er relasjon til pasienten, men likevel kan det vere utfordrande.

Positivt: Den viser til norske sjukeheim og hadde god stabilitet i forhold til bruken av smertekartleggingsverktøyet.

Negativt: Studie frå 2010. Den dekkjer kunn smerter som kan relaterast til muskel- og skjelettsystemet, samt indre organ, hovud og hud. Den skil ikkje mellom smertene frå desse lokalisasjonane.

### *3.5.5 Artikkels*

Tittel: «How, Why and Where it Hurts—Breaking Down Pain Syndrome Among Nursing Home Patients With Dementia: A Cross-Sectional Analysis of the COSMOS Trial»

Hensikt: Bestemme plassering og intensitet av smerte, samt samanheng mellom livskvalitet og fire lagdelte smerteanalgetiske grupper: smertestillande behandling, smertestillande midler, nei til smertestillande behandling og ingen smertestillande midler.

Metode: Ein multisenter kontrollert enkeltblinda studie. Deltakarar er pasientar over 65 år med demens. Ved bruk av MOBID-2 vart plassering, frekvens og intensitet av smerter målt. Sjukepleiar instruerte pasientar gjennom ulike bevegelsar og skåra smerteintensiteten frå 0 (ingen smerter) til 10 (alvorleg smerte), basert på pasientens typiske smerteåtfærd som lydar, ansiktsuttrykk og forsvar. Vidare vart smertene evaluert i samsvar med observert smerteåtfærd den siste veka. Livskvaliteten vart basert på omsorgspersonanes vurdering av pasientens typiske åtfærd under daglege livsaktivitetar.

Funn: 44% av deltakarane rapporterte betydningsfull smerte, medan 69% hadde smerter på i to områder på kroppen, spesielt muskel- og skjelettsystemet. 33,5% av deltakarane fekk analgetika, 10% hadde smerter utan at dei brukte smertestillande midlar og 27% hadde ingen smerter og mottok smertestillande midler. Pasientar som hadde signifikant smerteintensitetsskår viste seg at hadde lågare livskvalitet.

Konklusjon: Ubehandla muskel- og skjelettsmerter er vanleg hos sjukeheimspasientar med demens. Ein betydeleg andel av denne pasientgruppa får smertestillande utan at dei opplever

smertes. Riktig smertevurdering og regelmessige vurderingar er ei forutsetning for ordinerings av smertestillande midlar. Smerteintensitetskår er sterkt knytt til livskvalitet.

Positivt: Smertekartleggingsverktøyet kartlegg både intensiteten, lokalisasjonen og frekvensen på smertene. Stor gruppe deltakarar, 723 personar. Studien er relativt nyleg publisert.

Negativt: Tverrsnittstudien tok ikkje for seg varigheten av smertene eller behandlinga. Studien gjekk heller ikkje inn på type medikament. Ein høg frekvens av smertestillande midlar i omløp, betyr ikkje nødvendigvis at det blir gitt riktig behandling.

### 3.7 Samla analyse

I dette kapittelet kjem ein samla analyse av artiklane.

#### 3.7.1 Sjukepleiarens kunnskap

I fleire av studiane viser det seg at sjukepleiarane opplev at det var utfordrande med smertekartlegging hos personar med demens, og at dette kan vere med på å påverke den behandlinga pasienten får (Daniela Lillekroken & Åshild Slettebø, 2013, s. 29; Husebo, et. al., 2010, s. 380; Monroe, et al., 2015, s. 316; Rostad, et. al., 2018, s. 52). Mange pasientar opplev unødvendig smerte, og ein årsak til dette kan vere sjukepleiarens utfordringar med å tolke og kartlegge pasientens smerte (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31; Rostad et. al., 2018, s. 52; Wagatsuma, et. al., 2021, s. 319). Det å ta riktige vurderingar er ikkje den einaste avgjerande delen av smertebehandling, men ein bør også iverksette regelmessige kontrollar for den smertebehandlinga som blir gitt. Det kan vere behov for å restrukturere smertevurdering og behandling, samt implementere systematiske kontrollar av når ein skal starte, stoppe eller fortsette behandling med analgetika hos personar med demens (Wagatsuma et. al., 2021, s. 325). For å oppnå optimal smertelindring for denne pasientgruppa vil individuelle prosedyrar og individuell behandling vere gode forutsetningar. Sjukepleiarane kan nytte smertevurderingsverktøy som er skreddersydd til personar med demens, noko som kan bidra til effektiv smertekartlegging (Husebo, et. al., 2010, s. 380; Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 29; Monroe et. al., 2015, s. 317; Rostad, et. al., 2018, s. 53; Wagatsuma, et. al., 2021, s. 320). Dersom sjukepleiaren har kunnskap om korleis ein gjenkjenner smerte, vil vidare støtte kliniske beslutningar om administrering påverkar smertestillande og kan bidra til å senke

smerteskåren (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31). Etersom mange personar med demenssjukdom er i faresonen for å få utilstrekkeleg smertebehandling, vil det å avgjere gjeldande metodar der sjukepleiarane vurderer og handterer smerter hos sjukeheimsbebuaren vere med å sikre optimal smertebehandling. Dette vil gå ut på å bruke gjeldande retningslinjer for smertebehandling, bidra til å utvikle strategiar for å forbetre sjukepleiarens vurdering og behandling av smerter for denne pasientgruppa (Monroe, et. al., 2015, s. 316). I studien til Monroe et. al. (2015, s. 316) rapporterte sjukepleiarar at det var utfordrande å finne ut om ein person med demens hadde smerter, og det var ytterlegare problemar å bestemme intensiteten forbundet med smertene. Smertestillande behandling og effektive smertevurderingsverktøy er viktig for å oppnå optimal smertelindring. Det vil også vere verdifullt med god opplæring til pleie- og omsorgspersonalet i å vurdere smerter og smertestillande forskrivingspraksis til personar med demens. Riktige vurderingar er ikkje det einaste som er avgjerande i smertebehandling, men ein må også kontrollere behandlinga regelmessig for å unngå smerter (Wagatsuma et. al., 2021, s. 325).

### 3.7.2 Kartleggingsverktøy for smerter

Enkelte studiar viser at det å kartleggje smerter hos eldre med alvorleg demens er ei utfordring (Husebo et. al., 2010, s. 380; Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 29; Monroe et. al., 2015, s. 316). Regelmessig bruk av smertekartleggingsverktøy skreddarsydd for denne pasientgruppa vil bidra til effektiv smertevurdering og smertelindring hos personar med demens (Husebo, et. al., 2010, s. 380; Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31; Monroe, et. al., 2015, s. 318; Rostad, et. al., 2018, s. 57; Wagatsuma, et. al., 2021, s. 325). Smerter kan vurderast med MOBID-2 smerteskår (vedlegg 5), som er eit observasjonsbasert verktøy for pasientar med demens. I denne skalaen blir personar med demens observert med smertelydar, ansiktsuttrykk og forsvarsmekanismar på ein skala frå 0 (ingen smerter) til 10 (smerter så ille som det kan vere). Ein skår på 3 indikerer å vere klinisk relevant for smerter. Ved hjelp av dette skjemaet får vi indikasjon på lokalisasjon, frekvens og intensitet på smertene (Husebo, et. al., 2010, s. 382; Wagatsuma, et. al., 2021, s. 320). Ein kan også nytte Doloplus-2 (vedlegg 4) som er eit instrument for måling av kroniske smerter hos eldre utan evne til verbal kommunikasjon. Skalaen er gruppert innanfor tre områder, som består av somatikk, psykomotorikk og psykososialitet (Rostad, et. al., 2018, s. 53).

### 3.7.3 Pasientanes smerteoppleving, behandling og vurdering

Fleire av forskingartiklane viser at det er mange pasientar med demenssjukdom som opplev smerter og ikkje blir tilstrekkeleg smertebehandla (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 29; Monroe et. al., 2015, s. 316; Rostad et. al., 2018, s. 52; Wagatsuma et. al., 2021, s. 319). På mange sjukeheimar er det omfattande forskrivning av opioider, men likevel viser forskning at førekomsten av smerter er relativt høg. Dette tyder på at mange pasientar på sjukeheimar har smerter og får ikkje tilstrekkeleg behandling (Wagatsuma, 2021, s. 324). På sjukeheim har som regel over halvparten av pasientane ein form for demenssjukdom. Det kjem også fram at to tredjedelar av sjukeheimsbebuarane opplever smerter. Dette tydar på at mange sjukeheimsbebuarar med demens opplever smerter, noko som vidare kan føre til åtferdsmessige symptom (Monroe, et. al., 2015, s. 317). Det viser seg at livskvaliteten til dei pasientane som mottar analgetika er betydeleg lågare enn dei utan noko smertestillande forskrivning. Dette kan skyldast låg varighet, låg dose, høg smerteintensitet, biverknadar eller at dei får mindre regelmessig smertevurdering (Monroe et. al., 2015, s. 319; Wagatsuma et. al., 2021, s. 324). 34% av sjukeheimsbebuarane med demens opplever smerter til tross for forskrivning av smertestillande medikament, medan 10% av dei som har smerter ikkje får regelmessig analgetikabehandling. 27% av pasientane utan smerter får regelmessig smertebehandling. Årsakar til utilstrekkeleg smertebehandling kan vere for små dosar, feil type smertestillande eller hyppige kampanjar frå norske legeföreiningar som er med på å påverke legemiddelbruken. Det viser seg at det er behov for smertestillande midlar til personar med demens, grunna betydelege smerter. Sjølv om dei får på vanlege smertestillande midler, forskrives ofte opioider, gjerne ved behov (Wagatsuma et. al., 2021, s. 324).

## 5 Drøfting

Som nemnd innleiingsvis bør sjukepleie innebere omsorg, som vidare er ein måte å forholde seg til andre menneske på. Eit mål ved omsorg kan vere å forbetre velvære, fysisk og mental helse (Kari Martinsen, 2003a, s. 69). Korleis kan sjukepleiar bidra til optimal smertelindring for personar med demensliding på institusjon? Vidare i teksten vil forsking, litteratur og eigne vurderingar bli samanlikna.

## 5.1 Demens og smerter

Eg vil innleie drøftinga med eit eksempel frå praksis. Der møtte eg ein mannleg pasient på 70 år, med Alzheimers sjukdom. Han kunne ikkje uttrykke smerter verbalt. Det var ein kjend sak at han hadde smerter i begge knea. Sjukdommen førte til redusert hukommelse, derfor kunne han ikkje vere forberedt på når desse smertene dukka opp. Smertene oppstod spesielt då han skulle reise og sette seg. Pasienten opplevde derfor overraskande smerter, noko som vidare kunne føre til sinneutbrot. Etter kvart som eg blei kjend med han forstod eg at det var smerter som var den utløysande faktoren. Det var då tydeleg at denne pasienten kjende på frykt i forbindelse med smerteopplevinga. I artikkelen til Monroe et al. (2015, s. 317) førekjem det at smerter kan føre til åtferdsmessige symptom hos personar med demens. Dette underbyggjer også Skovdahl (2020, s. 482) då ho skriv at pasientar med demens og smerter kan får symptom som utforderande åtferd.

Mange pasientar med demenssjukdom opplev smerter og får ikkje tilstrekkeleg smertelindring (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 29; Monroe et. al., 2015, s. 316; Rostad et. al., 2018, s. 52; Wagatsuma et. al., 2021, s. 319). Førekomsten av smerter hos pasientar på institusjon er relativt høg, til tross for omfattande forskrivning av smertestillande midlar. Dette tyder på at mange av sjukeheimspasientane har smerter og får ikkje tilstrekkeleg behandling (Wagatsuma, 2021, s. 324). Dette hevdar også Skovdahl (2020, s.436) som skriv at smerter hos personar med demenssjukdom er undervurdert og underbehandla. Husebo et. al. (2010, s. 380-381) viser at smertediagnosar har overvekt til muskel- og skjelettsmerter på grunn av degenerative tilstandar, tidlegare frakturar og nevropatier. Prevalensen av desse tilstandane aukar med alderen. Ein mogleg årsak til den store førekomsten med smerter hos denne pasientgruppa kan vere utfordringar med smertekartlegging, grunna nedsett språkfunksjon. Ca 20% av personane med demens lid av smerter fordi personar i omgivnadane ikkje forstår signala på dette (Skovdahl, 2020, s. 436). Vidare skriv Wagatsuma et. al. (2021, s. 320) at det finst lite bevis på effektiv behandling med smertestillande midlar, til tross for bruk av smertevurderingsverktøy. Sjukepleiarar har rapportert at dei pasientane som ikkje er kjende av pleiepersonalet er mest utsatt for dårleg smertebehandling (Monroe, et. al., 2015, s. 318). Stigande alder i befolkninga vil føre til auka førekomst av smerter og sjukdom. Demografiske endringar kan også føre til eit auka antal personar med demenssjukdom (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 29).

## 5.1 Relasjonar og personsentrert omsorg

Etter kvart som den kognitive svikten utviklar seg, vil det bli meir utfordrande å stadfesta personens livshistorie, noko som er med på å skape identitet og påverke åtferda. Viktige forutsetningar for å kunne arbeide personsentrert er kunnskap om pasientens interesser, familie, jobb og kva verdiar den enkelte har. Verdigrunnlaget for personsentrert arbeid går ut på at våre verdiar som menneske ikkje blir påverka av kognitiv svekking eller høg alder (Skovdahl, 2020, s. 427). Dette underbyggjer også forskinga til Monroe et. al. (2015, s. 318) som skriv at det å jobbe som sjukepleiar rundt personar med demens er ein kompleks prosess som inneber å samle informasjon frå pasienten, familien, miljø, medisinsk historikk. Dette er ein prosess som er tidkrevjande. Relasjonen mellom pasient og sjukepleiar bør vere balansert og likeverdige. På ei anna side er det fleire faktorar som utfordrar den personsentrerte omsorga. Jaget etter effektivitet, krav om måloppnåing, effekt og budsjettsbalanse er døme på slike faktorar (Rokstad, 2014, s. 23). For det første kan smerter ha stor innverknad, både på individ og samfunn. Smerter kan føre til redusert fysisk, psykisk og sosial funksjon, samt livskvalitet. For det andre kan smerter vidare påverke styring av helsetenester og kostnader (Rostad, et. al., 2018, s. 58).

Kari Martinsen (2003a, s. 69) beskriv omsorg som eit mål i seg sjølv og ein måte å forholde seg til andre menneske på. Omsorg har som mål å gi ein person forbetring i forhold til velvære, og fysisk og mental helse (Rokstad, 2014, s.25). Martinsen (2003a, s. 69) skriv vidare at omsorg er ein relasjon. Dette har samband med forståing av andres situasjon. For at vi skal kunne forstå kvarandre, må vi ha noko som bind oss saman. Dessutan vil personsentrert omsorg innebere å vere i ein relasjon, sosial samband, i ein kontekst eller i seg sjølv. Relasjonen mellom sjukepleiar og pasient bør liggje til grunn for all behandling. Denne relasjonen bør bestå av pasientens eigne standpunkt, preferansar som blir verdsatt, gjensidig tillit, likeverdighet og ei god haldning. Ein sjukepleiar bør vere oppmerksom forandringar som inntre brått, ettersom det kan kome av somatiske årsakar (Rokstad, 2014. s. 25-29).

Ein må vere spesielt oppmerksom på endringar i åtferd, noko som kan vere teikn på smerter eller ubehag. Sjukepleiaren bør kunne forstå den utfordrande åtferda som pasienten uttrykker, ut i frå vedkommandes ståstad (Rokstad, 2014. s. 26-29). Forsking viser at systematisk smertelindring er med på å redusere symptom for smerter. Ofte kan desse symptoma bli misoppfatta som psykiske symptom (Lillekroken & Slettebø, 2013, s.31). Ved å ha kjennskap

til den enkelte og rette sjukepleia mot kvart individ, kan ein avdekke og gi effektiv smertelindring. Ein kan då lettare identifisere endringar i åtferd (Skovdahl, 2020, s. 427). Dette støttar også Lillekroken og Slettebø (2013, s.31), som skriv at ved å ha kjennskap til pasienten vil ein kunne gi effektiv smertelindring. Det å ha kjennskap til dei ulike sidene til pasienten, er også ein del av individuell tilnærming, noko som visar seg i VIPS-modellen (Skovdahl, 2020). I følge Helsedirektoratet (2019b) framgår det i helse- og omsorgstenestelova at pasientar skal få forsvarleg, heilhetleg og verdig teneste tilbod. Lova skal sikre at tenestene blir tilpassa kvar enkelt person sine behov (Helsedirektoratet 2019b). Oppsummert bør smertelindring individualiserast og ha eit nivå som gjer det mogleg for pasienten å fungere i kvardagen (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31).

## 5.2 Identifisering av smerter

I følge Nortvedt (2016, s. 177) beskrev professor Kaasalainen smerter som «*an unpleasant subjective experience that can be communicated to others through self-report when possible, or through a set of pain-related behaviours*». Smerter er allmennmenneskeleg og det skal vere mogleg å kommunisere det vidare, anten verbalt eller ikkje-verbalt. Denne definisjonen underbyggjer at dersom pasienten ikkje kan formidle smerter ved å rapportere munnleg, bør sjukepleiaren identifisere smertene (Nortvedt, 2016, s. 177). Personar med kognitiv svikt på institusjon er spesielt utsatt for dårleg smertehandtering. Mange sjukepleiarar meiner det kan vere utfordrande med smertekartlegging (Torvik & Sandvik, 2020, s. 405). Noko som skjer parallelt med at smertekartleggingsverktøy ikkje blir rutinemessig brukt (Rostad, et. al., 2018, s. 52). Dette belyser også funna i Lillekroken og Slettebø (2013, s. 31) sin studie som viser at sjukepleiarar har gode erfaringar og kunnskapar angående smertebehandling, men ikkje tilstrekkeleg i forhold til smertekartleggingsverktøy. Deltakarane i denne studien brukte sjeldan, eller aldri smertekartleggingsverktøy, fordi dei var usikre på korleis ein brukar dei. Deltakarane brukte for det meste VAS-skala der pasientane vurderer smerter på ein skala frå 0 til 10, men dette var avhengig av graden av kognitiv svikt (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30, s. 30).

Det finst mange ulike smertekartleggingsverktøy i dag, blant anna Doloplus-2 som Rostad et. al. (2018, s. 52) nemner, og MOBID-2 som Husebo et. al. (2010, s. 380) skriv om i sin artikkel. Sjukepleiarar i studien til Rostad et. al. (2018, s. 57) rapporterte at dei opplev utfordringar med å tolke smertevurderingsresultatet. På ei anna side viser studien til Husebo

et. al. (2010, s. 386) at MOBID-2 har moderat til utmerka pålitelegheit for vurdering av smerter basert på smerteintensitet, men helsepersonell opplever usikkerhet angående kor nøyaktig smertekartleggingsverktøy er (Rostad et. al., 2018, s. 57). Dette underbyggjer også studien til Monroe et. al. (2015, s. 316) som viser at sjukepleiarar rapporterte problem med å kartleggje dersom ein person opplevde smerter, og ytterlegare vanskelegheit med å fastslå intensiteten knytt til smertene. Ein årsak til utfordringar med smertekartlegging hos personar med demenssjukdom er at mange av pasientane tek medikament som psykoleptika og antidepressiva, noko som kan påverke og maskere smertefølelsen. Mange sjukepleiarar rapporterte at Doloplus-2 var vanskeleg å forstå, spesielt i forhold til det psykososiale (Rostad, 2018, s. 58). På den andre sida kan ein på grunnlag av litteratur ansjå Doloplus-2 som hensiktsmessig å bruke, fordi det har blitt prøvd ut på pasientar og vist seg å vere eit nyttig kartleggingsverktøy (Torvik & Sandvik, 2020, s. 406).

Når ein pasient er ute av stand til å dele subjektive data om smerten, er det viktig å kunne kartleggje fysiologiske teikn og åtferdsendingar. Derimot kan observasjonar av fysiologiske teikn og åtferdsending gi usikre data. Det kan derfor vere aktuelt å bruke smertevurderingsskjema for å gjere kartlegginga meir valid (Danielsen, Bertzen & Almås, 2016, s. 389). Studien til Rostad et. al. (2018, s. 57) belyser at vurderingsverktøy støttar menneskelege observasjonar, men førar ikkje alltid til beslutningar eller handling. Dette betyr at følgjande handling etter smertevurdering avhenger av kompetansen til helsepersonellet.

Først og fremst vil gjensidig tillit mellom pasienten og sjukepleiaren kan vere ei forutsetning for å oppnå optimal smertelindring (Danielsen, et. al., 2016, s. 388). Vidare rapporterte deltakarane i studien til Monroe et. al. (2015, s. 318) at dei pasientane som sjukepleiarane hadde minst kjennskap til, var dei som var mest utsatt for dårleg smertelindring. Både Doloplus-2 og MOBID-2 har evner til å avdekke smerter hos personar med demens. Det er større sannsyn for at ein kan avdekke smerter ved bruk av kartleggingsverktøy, enn berre ved klinisk skjønn (Danielsen, et. al., 2016, s. 406). Ved å utføre grundig og nøyaktig smertekartlegging kan ein danne eit grunnlag for å planlegge, iverksette og evaluere ei systematisk og individuelt tilpassa smertebehandling. Ein kan til dømes nytte ulike smertekartleggingsverktøy for å supplere og utfylle kvarandre. Ein kan dessutan samanlikne resultatata frå skjemaet frå gong til gong, for å samanlikne og måle effekten av smertebehandlinga. Ein anna fordel ved bruk av desse skjemaene er at sjukepleiaren sine holdningar og verdiar blir satt til side, og ein får eit meir felles begrepsapparat (Danielsen,



Berntzen & Almås, 2016, s. 390). Studien til Lillekroken og Slettebø (2013, s.31) og litteraturen til Torvik og Sandvik (2020, s. 412) belyser at i dag har vi mykje kunnskap om medisinsk behandling mot smerter. Derimot har ein mindre kunnskapar om kartlegging (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31). Å byggje kliniske miljø som er fleksible, og har moglegheit og evne til å anvende forskning i arbeidskvardagen vil vere med på å optimalisere smertebehandlinga (Torvik & Sandvik, 2020, s. 412). Kari Martinsen (2003, s. 32) belyser at ein ikkje skal bruke «tunellsyn», men heller sjå heile mennesket. Hennar syn strider i mot bruken av skjema. I følgje Martinsen bør ein fokusere på heile mennesket som individ, og bruken av skjema kan forårsake at ein utelukkar andre problem enn smerte.

### 5.3 Smertelindring

Målet for smertebehandling bør vere å lindre smerter, betre funksjonsstatus og auke livskvaliteten, samt eventuelt meistring av smertene (Torvik & Sandvik, 2020, s. 407-409). Kari Martinsen (2003a, s. 149) viser til at mennesket er meir enn berre ein sjukdom og sjukdommen er ein generell tilstand. Behandling bør gjerast på ein heilhetleg måte. På ei anna side kan dette føre til at behandlinga vil bli lite spesifikk. Ved å sjå på smertene som eit spesifikt fenomen, vil ein kunne unngå diffus behandling (Martinsen, 2013a, s. 149). Sjukepleiarar bør ha kompetanse til å vurdere tilstanden til pasienten undervegs i sjukdomsforløpet (Rokstad, 2014, s. 10-11). Ved å utøve personsentrert omsorg vil helsepersonellet kontinuerleg ta pasientens ønsker og behov alvorleg (Rokstad, 2014, s. 22-23). Sjukepleiaren bør vere oppmerksom dersom det oppstår forandringar i åtferda til pasienten, noko som kan vere teikn på ubehag og smerte, også til tross for afasi.

Eit eksempel frå eigen praksis omhandlar ein mann som ropte mykje og holdt inne på rommet. Då eg spurde sjukepleiaren kvifor pasienten ropar får eg til svar: «han er dement og latar som han har vondt for å få oppmerksamhet. Vi bør la han vere i fred for han er så aggressiv». Eg ser på situasjonen som at sjukepleiaren hadde lite kunnskap og kompetanse om sjukdommen. Dette kan vere grobotn for å skape dårlege haldningar. Dette eksempelet strider også i mot Kari Martinsens (2003a, s. 70) sin teori som belyser at vi må forstå den andres situasjon, og sørgje for at personen blir anerkjend, noko som blir mogleg ved å bli kjend med pasienten, gjennom praktiske arbeidssituasjonar. Vi kan da vere kjend med pasientens ressursar og begrensingar, og unngå umyndiggjering av personar (Martinsen, 2003a, s. 70). Martinsen (2003a, s. 15) skriv at ein sjukepleiar bør sette seg inn i situasjonen til pasienten,

som kan gi føresetnadar for at pasienten kan leve eit best mogleg liv. I følge Kristoffersen og Nortvedt (2016, s. 94) vil sjukepleiarens kunnskap vere grunnmuren for å gi helsehjelp på ein omsorgsfull og kyndig måte. Vidare vil sjukepleiarens omsorg ligge til grunn for empati og forståing for den andres situasjon. I slike tilfelle bør sjukepleiren innhente informasjon om korleis pasienten opplev sin situasjon, kva dette betyr for vedkommande og kvifor dette har oppstått. Dette er også grunnlaget for å arbeide personsentrert (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 94). Kva kan vi gjere for å unngå slike situasjonar som i eksempelet ovanfor? Fagleg påfyll for kvarandre, undervisning og kurs kan ha stor betydning for korleis ein utøver sjukepleie. Sjukepleiren kan få spørsmål om å undervise andre eller å bli undervist sjølv (Molven, 2019, s. 19). Dette underbyggjer også dei yrkesetiske retningslinjene som viser at sjukepleiaren har ei plikt til å halde seg fagleg oppdatert på ny kunnskap og forskning. Dette skal fungere som ei kvalitetssikring (Heggstad, 2018, s. 90-91).

Ein bør nytte ikkje-medikamentelle tiltak så lang det lar seg gjere. Ikkje-medikamentelle tiltak inneber fysisk og psykologisk behandling. Pasientundervisning og kognitiv åtferdsterapi er eksempel som vil ta utgangspunkt i kvar enkelt person som individ og deira smerteproblem. Eit sentralt tema for desse tiltaka er å meistre smerter. Metodane går ut på å avleie merksemda vekk frå smertene. Dette kan vere utfordrande for ein person med demenssjukdom, derfor kan det vere aktuelt å inkludere pårørande (Torvik & Sandvik, 2020, s. 409-410). Studien til Monroe et. al. (2015, s. 319) viser tvert i mot at familiemedlemmer som vart inkluderte kunne by på utfordringar. Dette kunne føre til konflikhtar mellom pårørande og sjukepleiar. Sjukepleiaren måtte fokusere på pasientens velvære og familiens komfort samtidig. Pårørande kan ved dette tiltaket vere med på å kartleggje smertene til pasienten og fastslå personsentrerte strategiar (Monroe, et. al., 2015, s. 319). Massasje er ein velkjend metode. Denne er med på å fremje velvære og avslapping. På ei anna side kan førekomme kontraindikasjonar. Ein bør til dømes kartleggje at pasienten ikkje har eit lågt antal blodplater, skjør hud, djup venetrombose eller overfølsamhet ved berøring (Torvik & Sandvik, 2020, s. 410-411). Musikkterapi kan bidra til å redusere intensiteten på nevropatiske smerter, smerter ved fibromyalgi og reduksjon av opioidbruk. Her er det viktig at musikken som blir valt er i henhold til pasientens preferansar. Imidlertid vil vere aktuelt å unngå stimulerande musikk (Torvik & Sandvik, 2020, s. 411). Andre aktuelle tiltak kan vere fysisk aktivitet for å auke funksjonsnivået, samt gi pasienten kontroll over eigen situasjon, eller bruk av tekniske hjelpemiddel for å redusere belastning på musklar og ledd (Torvik & Sandvik, 2020, s. 411-412). Lillekroken og Slettebø (2013, s. 30) belyser at medikamentell smertelindring hos denne

pasientgruppa kan vere utfordrande på grunn av auka risiko for biverknad og polyfarmasi relaterte legemiddelinteraksjonar. Dette er med på å underbygge litteraturen som viser at ein bør nytte ikkje-medikamentelle tiltak først.

Mange pasientar nyttar medisinsk smertebehandling (Lillekroken & Sandvik, 2013, s. 30). Ein kan ein nytte ikkje-medikamentelle tiltak kombinert med medikamentelle, for å oppnå best mogleg effekt (Torvik & Sandvik, 2020, s. 409). I følge Torvik og Sandvik (2020, s. 408) er vanlege legemiddel som blir brukt til smertebehandling hos eldre:

- *Paracetamol*, har best effekt på muskel- og skjelettsystemet.
- *Ikkje-steroide anti-inflammatoriske middel* (NSAID-preparat) er betennesdempende og smertelindrande.
- *Opioider* (opioide analgetika) er smertelindrande, angstdempende, hostedempande og sederande.
- Andre legemidler med smertelindrande effekt er medikament som ofte blir brukt til behandling av andre sjukdommar primært.

Til tross for denne legemiddelbruken er det mange pasientar med demens som opplever smerter (Monroe et. al., 2015, s. 316; Rostad et. al, 2018, s. 52; Wagatsuma et. al, 2021, s. 319). På ei anna side kan medisinsk behandling føre til meir sjukdom og skade enn nytte. I nokre tilfelle kan det vere betre å leve med sjukdommen, enn medisinsk behandling (Martinsen, 2003a, s. 145). Smertelindrande medisinar kan resultere i alvorlege biverknadar og skjule symptombilette (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 30). Aukande alder kan føre til endra følsamheit for dei legemidla som verkar på sentralnervesystemet, til dømes opioider (Torvik & Sandvik, 2020, s. 407). Dette understrekar viktigheten av riktig smertebehandling og regelmessig kartlegging av smerter og behandling. I Noreg har vi forskrift om legemiddelhandtering for verksemder og helsepersonell som yter helsehjelp (2021, §5a) som seier at sjukeheimar har systematisk legemiddelgjennomgang for pasientar med langtids plass ved innkomst og minst ein gong i året.

Avslutningsvis bør all behandling som blir iverksatt ta utgangspunkt i systematisk kartlegging av pasienten. Smertelindring bør individualiserast og ha eit nivå som gjer det mogleg for pasienten å fungere i kvardagen (Lillekroken & Slettebø, 2013, s. 31). Helsepersonellova (1999, §4) viser at alle sjukepleiarar har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp. Dette inkluderer også personar med demens, og vidare kan vi sei at smertelindring er ei form for omsorgsfull hjelp.

## 6 Avslutning

Hensikta med oppgåva var å utforske korleis sjukepleiarar kan bidra til optimal smertelindring hos personar med demens, på institusjon. Med bakgrunn på både forskning og egne praksiserfaringar kan ein sjå at sjukepleiarane er usikre på bruken av smertekartleggingsverktøy, men har god kontroll på smertelindring. Mange sjukepleiarar opplev at smertekartleggingsverktøy er vanskelege å tolke, men på grunnlag av litteratur og forskning anser ein det som hensiktsmessig å bruke. Eit mogleg symptom på smerter er utfordrande åtfærd og dermed er personsentrert omsorg eit nøkkelord på korleis ein kan oppnå tilstrekkeleg smertelindring. Det er viktig å rette søkelyset mot sjukepleiaranes egne haldningar til smerteproblematikk ved demensliding. Ved at sjukepleiaren held seg oppdatert på fagleg kunnskap, kan ein meir effektivt vurdere smerter og skape god fagleg refleksjon

med kollegaer. Oppsummert er ein ting er sikkert: Førekomsten av demenssjukdom aukar, og sjukepleiarane bør auke fokuset på å redusere smerter for denne pasientgruppa.

## 7 Litteraturliste

Brooker, D. (2013). Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester. (T. Deschington. Overs.) Forlaget Aldring og helse.

Danielsen A., Berntzen H. & Almås H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 1, s. 381-427). Gyldendal Akademisk.

Direktoratet for e-helse og WHO (2022.01.01). *ICD-10*. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer.

<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1>

Felleskatalogen.no. (2020, 12. 01). Smerter. Hentet frå:

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/smerter>

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (2021) *Legemiddelgjennomgang i sykehjem* (FOR-2021-09-20-2838). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>

Heggestad A.K.T. (2018). *Etikk i klinisk sjukepleie* (1.utg.). Samlaget.

Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistor. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2019a, 27. november). Lindrende behandling til personer med demens.

Demens. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/lindrende-behandling-til-personer-med-demens#personer-som-viser-atferdsmessige-og-psykologiske-symptomer-ved-demens-apsd-eller-andre-symptomer-pa-ubehag-utilpasshet-bor-vurderes-for-smerte>

Helsedirektoratet. (2019b, 27. november). Personsentrert omsorg og behandling ved demens.

Demens. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/personsentrert-omsorg-og-behandling-ved-demens#virksomheter-skal-etablere-rutiner-for-personsentrert-omsorg-og-behandling-til-personer-med-demens-begrunnelse>

Helsenorge.no (2020, 9. desember). Alzheimer og andre demenssykdommer. Demens.

<https://sokogskriv.no/referansestiler/apa-7th.html#nettside-fra-organisasjon>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

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

Husebo B.S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskr Nor Legeforen*. 129: 1996-8. doi:

10.4045/tidsskr.08.0660. <https://tidsskriftet.no/2009/10/aktuelt/smerteevaluering-ved-demens>

Husebo, Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., & Ljunggren, A. E. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 380–391.

<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x>

Kirkevold M., (2020). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie – sentrale perspektiver. I Kirkevol M., Brodtkorb K. & Ranhoff A.H. (Red.). (2020). *Geriatrisk sykepleie* (3.utg. s. 397-415). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen N.J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. Skaug & G.H. Grimsbø. (red.) (2016) Bind 3 *Grunnleggende sykepleie - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (utg. 3, s. 15-80). Gyldendal akademisk.

Kristoffersen N.J. & Nortvedt P. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. Skaug & G.H. Grimsbø, (red.) (2016) Bind 1 *Grunnleggende sykepleie - Sykepleie - fag og funksjon* (3.utg., s. 89-138). Gyldendal akademisk.

Lillekroken, & Slettebø, Åshild. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden*, 33(3), 29–33.

<https://doi.org/10.1177/010740831303300307>

Martinsen, K. (2003a). *Omsorg, sykepleie & medisin: Historisk- Filosofiske essays*. (2 utg.). Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003b). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. (2 utg.). Universitetsforlaget.

Mathisen J., (2006). *Sykepleiehistorie*. (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. (5. utgave.). Gyldendal Juridisk.

Monroe, Parish, A., & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316–320. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>

Møller S.S., Saltvedt I., Hølen J.C., Loge J.H., Kaasa S. (2005) Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 125: 1838-40.  
<https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/smertemalinger-hos-eldre-med-kognitiv-svikt>

Nasjonalforeningen for demens. (2022, 2. mars). Hva er demens? Nasjonalforeningen.  
<https://sokogskriv.no/referansestiler/apa-7th.html#nettside-fra-organisasjon>

Nortvedt F. (2016). Smerte – en personlig og samensatt erfaring. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. Skaug & G.H. Grimsbø. (red.) (2016) Bind 3 *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener, samfunn og mestring* (utg. 3). Gyldendal akademisk.

Rokstad M.M.A. (2014). *Se hvem jeg er!* (1.utg.). Universitetsforlaget.

Rostad H.M., Utne I., Grov E. K., Småstuen M. C., Puts M., & Halvorsrud L. (2018). The impact of a pain assessment intervention on pain score and analgesic use in older nursing home residents with severe dementia: A cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 84, 52–60.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.017>

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

Spesialisthelsetenesten (2021). Lov om spesialisthelsetenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL\\_3#%C2%A73-3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#%C2%A73-3)



Torvik, K. & Sandvik, R.K.N.M., (2020). Smerte. I Kirkevol M., Brodtkorb K. & Ranhoff A.H. (Red.). (2020). Geriatrik sykepleie (3.utg. s. 397-415). Gyldendal Akademisk.

Trygstad H. & Dalland H. (2020). Kunnskapskilder og kildekritikk. I Dalland, O. (2020). Metode og oppgaveskriving (5. utg.). Gyldendal Akademisk.

Wagatsuma S, Yamaguchi, T., Berge, L. I., Husebo, B., Habiger, T. F., Nouchi, R., & Angeles, R. C. (2021). How, Why and Where it Hurts—Breaking Down Pain Syndrome Among Nursing Home Patients With Dementia: A Cross-Sectional Analysis of the COSMOS Trial. *Pain Management Nursing*, 22(3), 319–326. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.014>

## 8 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1

	Akutt	Kronisk
Varighet	Forsvinner når skaden eller sykdommen har fått behandling.	Lenger enn 3-6 måneder.
Biologisk hensikt	Ofte eit faresignal, kroppen instillar seg på overleving.	Ofte uhensiktsmessig.

Årsak	Skade eller sjukdom, til dømes i hud, knoklar, musklar, sener eller indre organ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nociseptive, til dømes frå kronisk vevsskade.</li> <li>- nevropatiske smerter, som gir skade eller sjukdom i nervevev.</li> <li>- Nociplastiske smerter, som kan gi forstyrningar i sentralnervesystemets måte å regulere smertesignal på.</li> </ul>
Autonom respons	Hjertebank, takykardi, bleik hud, sveitte, redsel.	Ofte ingen målbare parameter. Kan oppleve søvnforstyrningar, angst, aggresjon, depresjon, føle seg hjelpelais.
Medisinsk behandling	Effektiv.	Ofte utan effekt.
Livskvalitet	Kan føre til redsel i øyeblikket.	Kan gi redusert funksjonsnivå, arbeidsevne og konsekvensar for den psykiske helsa. Kan gi redusert livskvalitet og håp.

## 8.2 Vedlegg 2

<b>Population/problem</b>	<b>Intervention</b>	<b>Comparison</b>	<b>Outcome</b>
Dementia (emneord)	Nursing home (tekstord)		Pain (emneord)
Cognitive dysfunction (tekstord)	Nurs*		Pain relief (tekstord) Assess pain
Demens	Instutisjon		Analgesic (tekstord)

Alzheimer	sykehjem		Smertelindring
-----------	----------	--	----------------

## 8. 3 Vedlegg 3

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
« <i>Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. Archives of</i>	Utforske korleis sjukepleiarar oppdagar smerter hos pasientar med demens og kva praksis	Kvalitativ studie. Sjukepleiarar diskuterte tematikk rundt smertefølelse hos personar med demens. Dei vart bedt om å	Sjukepleiarar frå to langtids avdelingar på institusjon. Krav om at dei hadde direkte omsorgsansvar. Eksklusjons-	Utfordringar ved å kartleggje smerteopplevelsen til pasientane, bestemme smerteomfang og kvar smertene set. Sjukepleiar

<p><i>Psychiatric Nursing»</i></p> <p>Monroe, Parish &amp; Mion, (2015).</p>	<p>dei utøver for å lindre smertene.</p>	<p>identifisere førekomsten av smerter, samt leiingsstrategiar som vart brukt. Forskarane leita spesifikt etter kva som var utfordrande på kvart av områda.</p>	<p>kriterier dersom dei ikkje hadde ansvar som innebar vurdering og behandling av smerter.</p>	<p>må innhente informasjon frå pasient, familie, miljø, medisinsk journal og helseteam for å avdekke og behandle smertene. Studien konkluderer med at avdekking og avklaring av bebuars smerteoppleving er avhengig av sjukepleiarens kliniske kompetanse, kommunikasjon med pårørande, tverrfagleg kommunikasjon og relasjon til bebuaren relevant. Studien viser utfordringar med å skape balanse i forhold til pårørandes ønsker og pasientens behov.</p>
--	--	---	--	--

<p><i>Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer»</i></p> <p>Daniela Lillekroken og Åshild Slettebø (2013).</p>	<p>Utforske erfaringane sjukepleiaren har med smertekartlegging og smertelindring, samt evaluering av smertelindring.</p>	<p>Kvalitative forskingsintervju. Det vart nytta ein intervjuguide for å besvare spørsmåla. Ved bruk av innholdsanalyse som bestod av 4 trinn, kunne forfattarane analysere data.</p>	<p>Det var 5-7 deltakarar i tre ulike grupper. Deltakarane var sjukepleiarar ansatt i geriatrisk avdeling eller skjerma enheit for personar med demens ved ein kommunal sjukeheim.</p>	<p>Smertevurdering og smertelindring er utfordrande til pasientgrupper med demens. For å oppnå tilstrekkeleg smertelindring, vil det vere aktuelt med prosedyrar for kartlegging av smerter, i tillegg til at kvar enkelt pasient får individuell smertelindring. Ein bør nytte smertevurderingsinstrument som er tilpassa denne pasientgruppa for å oppnå effektiv smertevurdering og smertelindring.</p>
<p>«The impact of a pain assessment intervention on</p>	<p>Undersøkje om personar med demens har økt risiko</p>	<p>Studien er gruppert randomisert frå 60 sjukeheimar i</p>	<p>Studiens deltakarar består av 112 sjukeheimsb-</p>	<p>Intervensjonen endra ikkje bruken av smertestillande</p>

<p>pain score and analgesic use in older nursing home residents with severe dementia: A cluster randomised controlled trial»</p> <p>Rostad, Utne, Grov, Småstuen, Puts og Halvorsrud (2018)</p>	<p>for underdiagnosert og ubehandla smerter.</p>	<p>Noreg. Deltakarane fekk regelmessig smertevurdering med smerteskalaen Doloplus-2, to gongar i veka, med ein varighet på 12 veker. Det primære utfallet var smerteskår målt med Doloplus-2, og det sekundære utfallet var smertestillande bruk, som inneholdt orale morfinkvivalenter og paracetamol.</p>	<p>ebuarar, der alle er 65 år eller eldre med demenssjukdom og ikkje har moglegheit til å rapportere smerter på eiga hand.</p>	<p>eller smerteskår samanlikna med kontrolltilstanden. Den gjennomsnittlege poengsummen frå Doloplus-2 og bruk av smertestillande medikament vart uendra. Det vil vere naudsynt med ytterlegare forskning på dette området. Studien konkluderar med at det ikkje er tilstrekkeleg dokumentasjon til å avgjere om smertevurdering med smertevurderingsverktøy er klinisk relevant. Vidare indikerte resultat på at smerte fortsatt er utilstrekkeleg behandla hos sjukeheimsbebua</p>
---	--	---	--	--

				rar med alvorleg demens
<p>Tittel: «Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization–Observation–Behaviour–Intensity–Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting»</p> <p>B. Husebo, Strand, Moe-Nilssen, S. Husebo og Ljunggren (2010)</p>	<p>Presentere og vurdere om MOBID-2 skjemaet er truverdig.</p>	<p>Dette er ein kvalitativ studie. Kvar pasient fekk to sjukepleiarar som hadde ein relasjon til dei, og som hadde ansvar for dei i løpet av desse 4 vekene. Sjukepleiarane praktiserte MOBID-2 smerteskår i ein klinisk setting på minst tre sjukeheimspasientar med demens.</p>	<p>77 pasientar med demens frå norske sjukeheimar vart undersøkt av 28 omsorgsarbeidarar i klinisk praksis, pluss legane deira. Kriteriene for deltaking var at dei skulle vere over 65 år, ha diagnosen demens og ein verge. Pasientar som var deliriske, psykotiske eller inne på korttids opphold vart ekskluderte.</p>	<p>Studiens viser at MOBID-2 var god til bruk som eit verktøy for smertekartlegging hos personar med demens. Ein viktig faktor for å avdekke smerte er at ein har relasjon til pasienten, men det vil likevel vere utfordrande.</p>
<p>Tittel: «How, Why and Where it Hurts— Breaking Down Pain Syndrome Among Nursing Home Patients With Dementia:</p>	<p>Hensikta med studien er å auke sjukeheimspersonalets kunnskap om avansert pleieplanleggi</p>	<p>Dette er ein multisenter kontrollert enkeltblinda studie. Plassering, frekvens og intensitet av</p>	<p>Deltakarane er pasientar over 65 år med demens. Pasientar med schizofreni eller forventa levealder på</p>	<p>Det viste seg at 44% av deltakarane opplevde smerter. 69% hadde smerter på i to områder på</p>

<p>A Cross-Sectional Analysis of the COSMOS Trial» Wagatsuma, Yamaguchi, Berge, B. Husebo, Habiger, Nouchi og Angeles (2021)</p>	<p>ng, systematisk smertebehandling, medisingjennomgang og organisering av aktivitetar.</p>	<p>smertesmerter vart målt ved bruk av MOBID-2 smerteskår. Opplærde sjukeheimspersonale instruerte pasientane nøyegjennom ulike bevegelsar og skåra smerteintensiteten. Bedømming av livskvaliteten vart basert på omsorgspersonanes vurdering av pasientens typiske atferd under daglege livsaktivitetar</p>	<p>mindre enn 6 måndar vart ekskludert.</p>	<p>kroppen, spesielt muskel- og skjelettsystemet. 33,5% av deltakarane fekk analgetika, 10% hadde smerter utan at dei brukte smertestillande midler og 27% hadde ingen smerter, men mottok smertestillande. Pasientar som hadde signifikant smerteintensitetskår hadde lågare livskvalitet.</p>
--	---	---	---	---



## 8.4 Vedlegg 4

<b>DOLOPLUS - 2</b>		<b>Observasjonsbasert smerteskala for eldre</b>			
Etternavn:	Fornavn:	Avdeling:			
Senternummer:	Pasientnummer:	Dato:			
<b>SOMATISKE REAKSJONER</b>					
1. Klager på smerte	- ingen klager	0	0	0	0
	- klager bare ved forespørsel/kontakt/undersøkelse	1	1	1	1
	- spontane klager av og til	2	2	2	2
	- vedvarende klager	3	3	3	3
2. Smertelindrende hvilestillinger	- benytter ingen smertelindrende hvilestillinger	0	0	0	0
	- unngår av og til enkelte hvilestillinger	1	1	1	1
	- benytter vedvarende og effektive smertelindrende stillinger	2	2	2	2
	- stadige virkningsløse posisjonskift (finner ikke ro)	3	3	3	3
3. Beskytter smertefulle områder	- ingen beskyttelse	0	0	0	0
	- beskytter seg, men tillater stell/undersøkelse	1	1	1	1
	- beskyttelse som hindrer stell/undersøkelse	2	2	2	2
	- beskytter seg også i fravær av kontakt	3	3	3	3
4. Ansiktsuttrykk	- normalt ansiktsuttrykk	0	0	0	0
	- ansiktsuttrykk som uttrykker smerte ved forespørsel/kontakt/undersøkelse	1	1	1	1
	- ansiktsuttrykk som uttrykker smerte spontant	2	2	2	2
	- vedvarende uttrykksløst ansikt (matthet, stivhet, tomt blikk)	3	3	3	3
5. Søvn	- normal søvn	0	0	0	0
	- problemer med innsovning	1	1	1	1
	- hyppige oppvåkninger (urolig søvn)	2	2	2	2
	- søvnløshet som påvirker våken tilstand	3	3	3	3
<b>PSYKOMOTORISKE REAKSJONER</b>					
6. Stell og/eller påkledning	- aktivitet/bevegelighet er uendret (normalt)	0	0	0	0
	- aktivitet/bevegelighet er litt hemmet, men lar seg gjennomføre	1	1	1	1
	- aktivitet/bevegelighet er betydelig hemmet (vanskelig å gjennomføre)	2	2	2	2
	- umulig, pasienten motsetter seg ethvert forsøk	3	3	3	3
7. Forflytning	- forflytter seg som vanlig	0	0	0	0
	- lett redusert (unngår enkelte bevegelser, begrenset gå-radius)	1	1	1	1
	- sterkt redusert (selv med hjelp er forflytning vanskelig)	2	2	2	2
	- forflytning er umulig, pasienten lar seg ikke overtale	3	3	3	3
<b>PSYKOSOSIALE REAKSJONER</b>					
8. Kommunikasjon	- normal kommunikasjon	0	0	0	0
	- intensivert kommunikasjon, søker oppmerksomhet på uvanlige måter	1	1	1	1
	- redusert kommunikasjon (vil være alene)	2	2	2	2
	- fravær eller avvisning av all kommunikasjon	3	3	3	3
9. Sosialt aktivitet	- normal deltakelse i aktiviteter (måltider, tistelninger osv.)	0	0	0	0
	- deltar i aktiviteter, men kun etter overtalelse	1	1	1	1
	- nekter av og til å delta i aktiviteter	2	2	2	2
	- avstår fra all sosial aktivitet	3	3	3	3
10. Atferdsproblemer	- normal atferd	0	0	0	0
	- gjentatte atferdsproblemer	1	1	1	1
	- permanente atferdsproblemer i kontakt med andre	2	2	2	2
	- permanente atferdsproblemer (selv uten ekstern stimulans/kontakt)	3	3	3	3
		<b>TOTALT</b>			

(Møller, Saltvedt, Hølen, Loge &amp; Kaasa, 2005).

8.5 Vedlegg 5

APPENDIX

# MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

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

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

## Smerteatferd

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



**Smertelyd**  
«Aa!»  
Stønner  
Yrker seg  
Giper  
Skriker



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



**Avvergereaksjon**  
Stivner  
Beskytter seg  
Skryper fra seg  
Endringer i pustet  
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 DINE(O) OBSERVASJONER

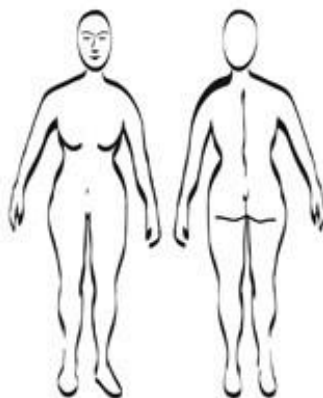
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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

APPENDIX

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

## Smerteatferd

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

Bertrix Husebø/© J. van den Broek for vertfunctiesondering Dag, Universiteit i Bergen

(Husebø, 2009)