



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Oppdage smerte hos pasienter med
langtkommen demens

Pain detection in patients with late-stage
dementia

Kandidatnummer: 331

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap/Fakultet for
helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 13.12.2021

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, § 12-1.

Abstract

Background: Patients with late-stage dementia in nursing homes can be affected by pain but can have problems expressing this to the nursing staff, as they often have lost their ability to communicate verbally. This makes the pain detection challenging for the nurses, and pain is not always detected in the patient group.

Aim: The aim of this bachelor thesis is to study how nurses can detect pain in patients with advanced dementia in nursing homes, who is unable to communicate verbally.

Method: A literature study has been used as method in this thesis.

Results/findings: Nurses have lack of knowledge in how to observe and use pain mapping tools to detect pain in patients with late-stage dementia. Different challenges also have a negative impact on the pain mapping.

Conclusion: Pain mapping tools are often not used in nursing homes because they are not available, or because nurses have lack of knowledge in how to use these.

Misunderstandings, bad attitudes towards dementia patients with pain, understaffing and lack of time makes the pain assessment challenging for the nurses. Nurses need knowledge in how to detect pain in the patient group, and better routines are needed to improve pain mapping in nursing homes.

Key words: Late-stage dementia, pain detection, nursing home and pain expression

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter med langtkommen demens kan være smertepåvirket, men kan ha problemer med å uttrykke sine smerter for pleiepersonalet, da de kan ha mistet evnen til å kommunisere verbalt. Dette gjør smertekartleggingen utfordrende for sykepleierne, og smerte blir ikke alltid oppdaget hos pasientene.

Mål: Målet med oppgaven er å finne ut hvordan sykepleierne kan oppdage smerte hos pasienter med langtkommen demens på sykehjem, som ha mistet evnen til å kommunisere verbalt.

Metode: I denne oppgaven er det litteraturstudie som har blitt tatt i bruk som metode.

Resultater/funn: Sykepleierne har for lite kunnskap ift. hvordan de kan observere og kartlegge smerte hos demente pasienter. Ulike utfordringer står i tillegg i veien for god smertekartlegging.

Konklusjon: Kartleggingsskjemaer er ofte ikke brukt på sykehjem fordi de ikke er tilgjengelig, eller fordi sykepleierne ikke vet hvordan disse skal tas i bruk. Misforståelser, dårlige holdninger til demente pasienter med smerte, underbemanning og tidspress har en negativ innvirkning på smertekartleggingen. For at smertekartleggingen skal bli best mulig må sykepleierne få kunnskap om hvordan de kan smertekartlegge demente pasienter, og sykehjem må innføre bedre rutiner for smertekartlegging.

Nøkkelord: Langtkommen demens, oppdage smerte, sykehjem og smerteuttrykk

Innholdsfortegnelse

1 Introduksjon	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemstilling og avgrensning	7
1.3 Begrepsavklaring	7
2 Metode	8
2.1 Litteraturstudie som metode	8
2.2 Litteratursøk og valg av litteratur	8
2.3 Annen litteratur	9
2.4 Kvalitetsvurdering av kilder	10
3 Teori.....	11
3.1 Smerter	11
3.2 Demens	12
3.3 Kommunikasjon ved langtkommen demens	13
3.4 Uttrykk for smerte.....	13
3.5 Smertekartlegging.....	14
3.6 Joyce Travelbee.....	15
3.7 Sykepleierens rolle	17
3.8 Etske og juridiske føringer.....	18
4 Funn i fra forskningsartikler	19
4.1 Artikkel 1	19

4.2	Artikkel 2	19
4.3	Artikkel 3	20
4.4	Artikkel 4	21
4.5	Oppsummering av funn	21
5	Drøfting.....	23
5.1	Smerteuttrykk	23
5.2	Smertekartlegging.....	25
5.3	Kjennskap til pasienten	27
5.4	Indre egenskaper i sykepleien	28
5.5	Ytre påvirkning	29
6	Konklusjon	31
7	Litteraturliste.....	32
	Vedlegg 1: PICO-skjema	
	Vedlegg 2: Søkeshistorikk	
	Vedlegg 3. MOBID-2. smerteskala	

1 Introduksjon

Se for deg at kroppen din skriker av smerte, men du er ikke i stand til å uttrykke deg verbalt. Du prøver å uttrykke dine smerter med sinne eller tristhet, men helsepersonellet forstår ikke hva som er galt. Dette er situasjonen for mange pasienter med demens på norske sykehjem (Johannesen & Toftaker, 2021). Når pasienter med demens overflyttes til sykehjem, har de ofte andre sykdommer i tillegg til sin demenssykdom. Mange av disse sykdommene kan føre til smerter, og i dag lever 60-80% av dem som bor på sykehjem med smerter (Sandvik, 2020).

Pasienter med langtkommen demens har ofte problemer knyttet til verbalt språk og kan dermed ha problemer med å gjenkjenne, beskrive og uttrykke smerte. De kan også ha redusert evne til å kommunisere smertene videre til andre, deriblant personale (Rokstad, 2020, s. 207). Husebø sier at smerter dermed blir undervurdert og underbehandlet på sykehjem hos pasienter med alvorlig demens. Videre sier Blomquist at mange pasienter med alvorlig demens lever med smerter, fordi personer i omgivelsene deres ikke klarer å tolke og forstå de ulike signalene på smerte (sitert i Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 423–424).

Pasienter med langtkommen demens gir ofte uttrykk for smerte ved å endre atferd. Slike symptomer kan f.eks. vises som atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD), forandringer i ansiktsuttrykk eller avvergingsreaksjoner. Ved tegn til slike symptomer bør pasienten bli utredet for smerte, her ved at helsepersonell observerer pasientens atferd (Helsedirektoratet, 2019b). Punkt 2.10 i de yrkesetiske retningslinjene sier at «Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse» (NSF, 2019). I helsepersonelloven § 4, 1. ledd står det at «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, §4).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å fordype meg i smertekartlegging til pasienter med langtkommen demens. Dette er et viktig tema som jeg har erfart at det ikke er nok fokus på. Jeg har gjennom jobb og praksis jobbet mye med denne pasientgruppen, og her har jeg opplevd hvor vanskelig det

kan være å kommunisere med demenspasienter i sen fase. Det byr på forskjellige utfordringer når man skal kartlegge smerte, og kan i verste fall føre til at man ikke oppdager smertene i det hele tatt. Jeg har også sett hvordan smerte kan ha en negativ innvirkning på pasienten dersom smertene ikke blir oppdaget. Smertekartlegging er et tema som jeg anser som viktig da smerter blant annet kan føre til en lavere livskvalitet, dårligere fysisk aktivitet og høyere forekomst av APSD hos pasientene (Helsedirektoratet, 2019b).

1.2 Problemstilling og avgrensning

Hvordan kan sykepleiere bidra til å oppdage smerter hos pasienter med langtkommen demens på sykehjem?

Problemstillingen avgrenses til pasienter med demens i sen fase, som ikke lenger kan gi uttrykk for smerter verbalt. Her vil søkelyset være på sykepleierens funksjon innen smertekartlegging, de forskjellige verktøyene og metodene som kan tas i bruk for å oppdage smerte. Det vil også bli lagt vekt på hvordan pasienter med langtkommen demens gir uttrykk for smerte og hvilke konsekvenser det kan ha for pasienten dersom smerte ikke oppdages. Det avgrenses ikke ift. type demenssykdom, kjønn eller alder. Tiltak for smertelindring vil ikke bli omtalt i oppgaven.

1.3 Begrepsavklaring

Smerte: «En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med, eller ligner det som er forbundet med, aktuell eller potensiell vevsskade» (IASP, 2020).

Demens: Demens er en fellesbetegnelse på «flere hjernesykdommer som påvirker atferd og evnen til å huske, tenke, og utføre dagligdagse aktiviteter» (Vollrath et al., 2021).

2 Metode

For å kunne belyse oppgavens problemstilling må man benytte seg av en metode. Metoden man velger samler inn informasjon, kunnskap og beskriver hvordan man har gått frem i oppgaven (Thidemann, 2019, s. 74).

2.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven er det litteraturstudie som har blitt tatt i bruk som metode. Her finner man relevante forskningsartikler som kan besvare problemstillingen, systematiserer kunnskapen og beskriver hvordan man har kommet frem til forskningsartiklene (Thidemann, 2019, s. 77–78). For å gjennomføre et godt litteratursøk er det nyttig å ta i bruk PICO-modellen¹. Modellen tar problemstillingen som utgangspunkt for å finne relevante søkeord og konkretiserer informasjonsbehovet. P står for population/problem, I for intervention og O for outcome. Jeg har her sløffet C (comparison) da jeg ikke skal sammenligne forskjellige tiltak i denne oppgaven (Thidemann, 2019, s. 82–83).

2.2 Litteratursøk og valg av litteratur

Etter å ha tatt i bruk PICO-modellen for å finne relevante søkeord, ble det utført oversiktssøk i Google Scholar med søkene «pain detection in patients with advanced dementia» og «pain assessment in patients with dementia». Her gikk jeg gjennom artiklenes overskrift for å plukke ut de artiklene som var relevante. Disse artiklene ble videre tatt i bruk for å finne relevante nøkkelord som jeg kunne ta i bruk i litteratursøkene til oppgaven. Oppgavens litteratursøk ble utført i Medline, Cinahl, Academic search elite (EBSCO) og i Pubmed (Thidemann, 2019, s. 81–82). Søkeordene som er brukt blir vist til under søkehistorikk².

Søkene er utført på engelsk for å få flere treff og øke sjansen for å finne relevant forskning. Det ble utført avgrensninger ift. publikasjons år, hvor artikler som var eldre enn ti år ble

¹ PICO-skjema: vedlegg 1.

² Søkehistorikk: vedlegg 2.

regnet som utdatert. Det ble også utført avgrensninger ift. geografisk område (Thidemann, 2019, s. 83–84). Det hendte at jeg fant en relevant artikkel i søk med mange treff. Da byttet jeg f.eks. ut et søkeord med et annet relevant ord i fra denne artikkelen, for å snevre inn søket.

Inklusjonskriterier: Forskningsartikler ble inkludert i oppgaven dersom de kunne besvare oppgavens problemstilling, dersom de kunne overføres til norske forhold og dersom de ikke var utdatert. Forskningsartikler som omhandlet pasienter med demens, smertekartlegging, smertekartleggingsverktøy, symptomer på smerte hos pasienter med demens og sykepleiernes kunnskap innen smertekartlegging ble inkludert (Thidemann, 2019, s. 83–84).

Eksklusjonskriterier: Forskningsartikler ble ekskludert dersom de ikke kunne overføres til norske forhold, dersom de ikke var relevante for å besvare problemstillingen og dersom de var utdatert. De forskningsartiklene med mye fokus på smertebehandling og som omhandlet smerter i kun den palliative fasen, ble for eksempel valgt bort. Artiklene som omhandlet andre pasientgrupper som ikke kunne uttrykke seg verbalt, ble også ekskludert (Thidemann, 2019, s. 83–84).

2.3 Annen litteratur

For å finne relevant teori til min bacheloroppgave er helsedirektoratet.no og sykepleien.no tatt i bruk, hvor man finner fagartikler og nettartikler som kan passe til oppgaven. For å finne frem til aktuelle lover og paragrafer har jeg tatt i bruk lovdata.no. NSF.no er tatt i bruk for å finne frem til yrkesetiske retningslinjer. Jeg har funnet relevant litteratur i pensum i fra tidligere emner på studiet, samt søkt inne i oria.no. Bøker som har blitt tatt i bruk i oppgaven er «Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten», «Smerte hos eldre og personer med demens», «Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling» og «klinisk sykepleie 1.». Her finnes relevant litteratur om smerte, demens og hvordan man kan oppdage/kartlegge smerte hos pasienter med demens. Boken «Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter» og «metode og oppgaveskriving» er tatt i bruk i den akademiske delen av oppgaven.

2.4 Kvalitetsvurdering av kilder

Tidligere har jeg presentert litteratur som er blitt tatt i bruk i oppgaven. I denne delen av oppgaven vil denne litteraturen bli vurdert og gjort rede for. Forskningsartiklene som jeg har valgt å ta i bruk i oppgaven er en RCT-studie, en litteraturstudie, en kasuskontrollstudie og en kohortstudie. Relevante kapitler i fra bøker og annen relevant faglitteratur ble også tatt med i oppgaven (Trygstad & Dalland, 2020, s. 143).

Når man skal velge ut litteratur til oppgaven er det viktig å vurdere hvordan litteraturen kan benyttes for å besvare oppgavens problemstilling. Etter grundig gjennomgang av forskningsartiklene mener jeg at valgte artikler kan brukes til å besvare oppgavens problemstilling. Teori i fra bøker og annen faglitteratur som er tatt med, vil også kunne svare på problemstillingen ved å ta det i bruk i oppgavens drøftingsdel. Det var ikke lett å finne forskningsartikler som kunne svare på problemstillingen, men når jeg først fant de relevante søkeordene som snevret inn søket gikk det bedre. Primærkilder er blitt brukt i så stor grad som mulig (Trygstad & Dalland, 2020, s. 152).

Et av inklusjonskriteriene til oppgaven var at forskningsartikler ikke skulle være eldre enn 10 år. Det ble derfor utført avgrensninger ift. publikasjons år. Forskningsartiklene som er blitt brukt i oppgaven er i fra 2014-2021, noe som bidrar til at oppgaven er basert på oppdatert forskning (Trygstad & Dalland, 2020, s. 152). Det var videre ønskelig at forskningsartiklene skulle kunne overføres til norske forhold. Fordi oppgaven er skrevet ut ifra et norsk perspektiv ble det utført avgrensninger ift. geografisk område. To av studiene ble gjennomført på norske sykehjem og et på sykehjem i Tyskland. Litteraturstudien er basert på forskning i fra Storbritannia, USA, Australia, Sverige og Sør-Korea. Forskning i fra land som Sverige og Australia kan enklere overføres til norske forhold, sammenlignet med forskning i fra USA og Sør-Korea. Litteraturstudien er likevel tatt med i oppgaven fordi litteraturstudien presenterer mange forskjellige sider av samme tema og kan besvare oppgavens problemstilling (Thidemann, 2019, s. 83–84). Alle forskningsartiklene som er brukt presenterer ny kunnskap og følger IMRAD-strukturen. Tre av fire artikler er fagfellevurdert (Thidemann, 2019, s. 67).

3 Teori

3.1 Smerter

I en artikkel i fra Oslo Universitetssykehus forklares smerte som «en opplevelse og et symptom. Den er subjektiv og personlig. Det vil si at det er kun den personen som opplever smerte, som kan vite hvordan smerten kjennes» (Stubhaug & Ljosa, 2020). Smerte ble definert på nytt i 2020 av den internasjonale foreningen for smerteforskning (IASP) og defineres i dag som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med, eller ligner det som er forbundet med, aktuell eller potensiell vevsskade». Til denne nye definisjonen finnes det et underpunkt som passer godt å ta i bruk i denne oppgaven. «Verbal beskrivelse er bare en av mange måter å uttrykke smerte; manglende evne til å kommunisere utelukker ikke muligheten for at et menneske eller ikke-menneskelig dyr opplever smerte» (IASP, 2020).

Smerter deles inn i akutte smerter og kroniske smerter. Den norske legeforeningen, og Mccaffery og Beebe sier at akutte smerter varer i mindre enn tre måneder, og at de avtar når årsaken til smertene leges (sitert i Danielsen et al., 2016, s. 394). I følge Rosenquist, og Stubhaug og Ljosa blir kroniske smerter definert som smerter som har vart i minst 3 mnd. uten håp om at de skal forsvinne av seg selv (sitert i Danielsen et al., 2016, s. 414). Akutte smerter vil oppstå dersom kroppen er utsatt for fare og fungerer som en beskyttelsesmekanisme. Akutte smerter kan oppstå når vev blir ødelagt ved sykdom, skade eller kirurgiske inngrep. Slik smerte kan gjenkjennes hos pasientene ved at man ser tegn til rask respirasjon, økt hjerterefrekvens, økt blodtrykk, økt temperatur og kvalme (Torvik & Bjørø, 2014, s. 391). Kroniske smerter kan opptre daglig og er langvarige. Smerter kan være leddsmerter eller muskelsmerter som f.eks. ryggsmarter, nakkesmerter, fibromyalgi eller slitasjegikt. Det er ikke alltid lett å finne årsaken til de kroniske smertene, da det kan være andre forhold som vedlikeholder smerten enn de som utløste den (Stubhaug & Ljosa, 2020; Torvik & Bjørø, 2014, s. 391).

Det finnes også forskjellige typer smerter, her under nociseptive smerter og nevrogene smerter. Nociseptive smerter utløses av stimuli som direkte eller indirekte aktiverer nociseptorer gjennom f.eks. mekaniske, kjemiske eller temperaturers påvirkning. Nociseptive smerter kan igjen deles inn i somatisk smerte og visceral smerte. Somatiske

smarter er knytt til huden, skjelettmuskulatur, bindevev, knokler og ledd. Visceral smerte er smarter som er knytt til innvollsorganer (Sand et al., 2018, s. 170). I følge Bielefeldt og Gebhart, og Regan og Peng er somatisk smerte lett å lokalisere, mens visceral smerte er diffus og ofte vanskelig å lokalisere (sitert i Stubhaug & Ljoså, 2008, s. 34).

Nevrogen smerte utløses av skade eller sykdom som rammer det perifere nervesystemet eller sentralnervesystemet. Slik smerte kommer av at nerveimpulser utløses andre steder i smertebanen enn i de frie nerveendene, og kan oppstå dersom nerver skades ved et kirurgisk inngrep, ved strålebehandling eller av kroniske inflammatoriske sykdommer. De smertene som oppstår henger ikke alltid sammen med årsaken til smertene, og slik smerte kan derfor være vanskelig å forstå (Danielsen et al., 2016, s. 387; Sand et al., 2018, s. 170).

3.2 Demens

Demens består av forskjellige hjernesykdommer som fører til kognitiv svikt og andre funksjonstap. Slik kognitiv svikt og funksjonstap kan blant annet medføre redusert hukommelse, endret sosial atferd, redusert evne til oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til at pasienten ikke klarer å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte. Demenssykdommer utvikler seg over tid og kan ikke kureres (Engedal & Haugen, 2018a, s. 18; Vollrath et al., 2021).

Demenssykdom kan oppstå dersom det foreligger skade eller sykdom i de områder av hjernen som bearbeider informasjon. Slike områder er hippocampus, thalamus og storhjernens tinninglapper. I disse områdene skal det kun en liten skade til før demens kan oppstå. Større skade i isselappene og pannelappene kan også føre til demens.

Demenssykdommene består blant annet av Alzheimers sykdom, vaskulær demens, demens med lewylegemer, temporallappdemens og alkoholisk demens. Demens kan også være forårsaket av sykdommer som parkinsonssykdom og huntingtonssykdom (Engedal & Haugen, 2018a, s. 25–26; Wyller, 2020, s. 277).

For at en pasient skal kunne diagnostiseres med demens må det foreligge svikt i minst to kognitive funksjonsområder som påvirker dagliglivet til pasienten. Det må her foreligge svikt

av hukommelse, da spesielt for nyere data, og svikt i f.eks. dømmekraft, planlegging, tenkning eller abstraksjonsevne. Det må også foreligge svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd som f.eks. kommer frem som emosjonell labilitet eller irritabilitet. Pasientene skal også være bevisst under vurderingen og tilstanden må ha hatt en varighet på seks måneder. Graden av svikt vurderes på en skala i fra mild til alvorlig demens. Ved mild svikt påvirker demenssykdommen dagliglivet og pasientens evne til å klare seg. Ved moderat svikt klarer ikke pasienten seg i dagliglivet uten hjelp av andre og ved alvorlig svikt må pasienten ha kontinuerlig tilsyn og pleie (Wyller, 2020, s. 276).

3.3 Kommunikasjon ved langtkommen demens

Når pasienten lider av alvorlig demens vil det foreligge svikt ved de fleste språkområdene, hvor slik svikt vil medføre at det er vanskelig å forstå hva andre sier, og bli forstått selv. Dette vil føre til at pasienten ikke lengre klarer å kommunisere verbalt. Språkvanskene (afasi) kan deles inn i tre grupper: redusert taleflyt, svikt i ordforståelse og vansker med benevning (Engedal & Haugen, 2018b, s. 36–37).

Ved redusert taleflyt vil pasienten ha problemer med å bruke ord grammatisk riktig og det vil være vanskelig å formulere hele setninger. Pasienten vet som regel hva han ønsker å si, men ordene kommer ikke frem. Ved svikt i ordforståelse har pasienten problemer med å forstå hva andre sier, da det er vanskelig å forstå meningen i det som blir sagt. Pasienten kan uttrykke seg verbalt, men det blir ikke oppfattet av den som lytter, da pasienten har usammenhengende tale som gir lite mening. Pasienten kan også ha vansker med benevning. Her husker pasienten f.eks. ikke ord eller uttrykk og tar i bruk mange forskjellige ord for å forklare et substantiv eller verb (Engedal & Haugen, 2018b, s. 36–37). Slike språkvansker vil føre til utfordringer for den demente pasienten dersom de er smertepåvirket.

3.4 Uttrykk for smerte

Pasienter med langtkommen demens gir ofte uttrykk for smerte ved å endre atferd. Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD) består av depresjon, apati,

agitasjon, aggresjon, angst, hallusinasjoner og vrangforestillinger (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 417). Slike endringer i atferd blir ofte tolket som en forverring av selve demenssykdommen. Likevel kan slike symptomer være tegn på smerte hos pasienten, som følge av somatisk sykdom (Kirkevold, 2018, s. 267). Forskjellige atferdsbaserte smerteindikatorer kan også være tegn på smerte hos pasienter med demens. Slike indikatorer på smerte kan være ikke-verbale ansiktsuttrykk, verbale uttrykk, endring i bevegelse, endret mellommenneskelig aktivitet, endring i aktivitetsmønster eller endring i mental status (Häikiö, 2015, s. 24; Rokstad, 2020, s. 208).

Det å oppdage smerte hos den demente pasienten er en viktig oppgave i seg selv, da man ikke ønsker at pasienten skal være smertepåvirket. Det er også en viktig oppgave for å unngå de forskjellige konsekvensene som smerte kan påføre. Smerter kan blant annet føre til depresjon, inaktivitet, søvnevansker og nedsatt matlyst hos pasienten. Slike symptomer kan føre til redusert livskvalitet og gi helsemessige konsekvenser. Ved tegn til slike symptomer bør man alltid vurdere om det foreligger smerte hos pasienten. Disse konsekvensene av smerte kan også påvirke hverandre og føre til en ond sirkel. Pasienten kan f.eks. oppleve smerte som medfører dårligere funksjonsnivå. Pasienten blir redd for å oppleve smerter og er derfor mindre aktiv. Dårligere funksjonsnivå vil igjen kunne føre til mer smerte. Dersom pasientens smerter går ut over nattesøvnen vil dette kunne påvirke pasientens hverdag. Pasienten nattesøvn kan nemlig gå ut over humøret og livskvaliteten til pasienten. Nedsatt matlyst som forårsakes av smerter kan også føre til dårligere fordøyelse, vekttap og dårligere ernæringsstatus (Häikiö, 2015, s. 25–26; Torvik & Bjørø, 2014, s. 392). Symptomene som kommer ved APSD kan også gå ut over livskvaliteten til pasienten, og sykepleierne må her finne ut hva som kan være årsak til atferden (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 424).

3.5 Smertekartlegging

Godt kjennskap til pasienten man utfører smertekartlegging hos er en fordel, da man vet hvordan pasienten vanligvis oppfører seg. Det er også en fordel dersom det er den samme sykepleieren som utfører smertekartleggingen slik at man kan observere endringer over tid. Dersom pasienten har pårørende som kan bidra med informasjon er dette også svært nyttig (Häikiö, 2015, s. 36–37). Observasjonsbaserte kartleggingsverktøy kan tas i bruk hos

pasienter med langtkommen demens, som ikke kan rapportere om smerte. Doloplus 2, CNPI og MOBID-2 er blant de skjemaene som er blitt testet ut på norsk og i norske forhold (Häikiö, 2015, s. 28). Doloplus 2. og NCPI måler kun tilstedeværelsen av smerte. MOBID-2³ derimot kartlegger om pasienten gir uttrykk for smerte, hvor intense smerter pasienten har, beliggenheten av smerte og den totale smerteintensiteten til pasienten (Torvik & Bjørø, 2014, s. 398).

MOBID-2 er et smertekartleggingsverktøy som tas i bruk ved morgenstell, og baserer seg på smerte som oppstår ved mobilisering. Kartleggingsskjemaet består av to deler. Den første delen består av forskjellige øvelser som pasienten skal utføre, slik at sykepleieren får et bilde av hvilken type smerte som oppstår når pasienten er i bevegelse. I og med at pasienten kan ha problemer med å forstå instruksjonen må man lede pasienten gjennom de forskjellige bevegelsene. Her blir smerteatferd og smerteintensitet vurdert når pasienten åpner og lukker begge hendene, strekker armene mot hodet, bøyer og strekker ankler, bøyer og strekker knær og hofter, snur seg i sengen og setter seg opp på sengekanten. Det settes kryss dersom en øvelse førte til smerteatferd som smertelyd, endring i ansiktsuttrykk eller avvergingsreaksjon. Smerteintensiteten blir vurdert i fra 1-10, der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte (Sandvik & Husebø, 2011).

Gjennom første del av MOBID-2 skal sykepleieren ha observert om det foreligger atferd hos pasienten som kan indikere smerte i fra indre organer, hode eller hud. Dersom slik atferd har blitt observert under smertekartleggingen eller i løpet av den siste uken, skal dette dokumenteres i andre del av MOBID-2. Her skal atferd som kan indikere smerte i f.eks. hode, munn og hals vurderes med smerteintensitet i fra 0-10. Helt til slutt vil en vurdere pasientens totale smerteintensitet i fra 0-10 (Sandvik & Husebø, 2011).

3.6 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee er en relevant sykepleieteoretiker å ta i bruk i denne oppgaven. Hun jobbet tidligere som psykiatrisk sykepleier og rettet sin oppmerksomhet mot det

³ MOBID-2. smerteskala: vedlegg 3.

mellommenneskelige ved sykepleien (Kristoffersen, 2021, s. 250). I boken hennes «mellommenneskelige forhold i sykepleie» definerer hun sykepleie som: «en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, s. 29).

Travelbee beskrev lidelse som blant annet fysisk smerte (Travelbee, 2001, s. 99). Smerte er vanskelig å beskrive til andre og det er dermed også vanskelig for helsepersonell å vurdere smerteintensitet hos pasientene (Travelbee, 2001, s. 112). Å lide av smerter er utfordrende i seg selv, men situasjonen kan bli enda mer utfordrende dersom pasienten ikke får den omsorg og lindring de har behov for (Travelbee, 2001, s. 115). Videre sier Travelbee at det er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten til å gjenvinne helse. Dersom dette ikke er mulig er det sykepleierens oppgave å oppnå så god helse som mulig hos pasienten (Travelbee, 2001, s. 36–37). En pasient kan være uhelbredelig syk, men sykepleieren skal likevel gjøre noe for det syke mennesket, slik at pasienten finner mening i sin sykdom og lidelse (Travelbee, 2001, s. 38).

Videre definerte Travelbee et menneske-til-menneske-forhold som:

Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt. Menneske-til-menneske forholdet blir målrettet bygd opp og opprettholdt av den profesjonelle sykepleieren. (Travelbee, 2001, s. 177).

Et menneske-til-menneske-forhold oppstår når sykepleier og pasient ser hverandre som mennesker og unike individer, istedenfor som kun sykepleier og pasient. Slik kontakt kan skapes dersom sykepleieren blir kjent med pasienten, og ønsker å ivareta behovene hans. Et slikt forhold oppstår når sykepleieren blant annet har empati, sympati og medfølelse for pasienten (Travelbee, 2001, s. 171–172). Dersom sykepleieren har dannet et kjennskap til pasienten sin vil hun ha et bedre utgangspunkt for å kunne se forandringer i pasientens helsetilstand, og oppfatte at pasienten trenger hjelp. En sykepleier kan få et kjennskap til pasientens individuelle behov gjennom kommunikasjon, men observasjon er likevel vel så

viktig for å kunne fastslå den sykes behov (Travelbee, 2001, s. 141–142).

3.7 Sykepleierens rolle

Datasamling, observasjoner, kartlegging, vurdering av smerter og evaluering av tiltakenes effekt er sykepleieroppgaver som skal utføres for å kunne ivareta pasientens behov (Danielsen et al., 2016, s. 382). På sykehjem arbeider sykepleierne ofte med pasienter som har diffuse eller uspesifikke symptomer på sykdom. Da er det viktig at sykepleieren kontinuerlig følger med på pasientenes tilstand og observerer eventuelle endringer (Hauge, 2014, s. 271).

På et sykehjem har sykepleierne ansvar for kvaliteten på tjenestetilbudet til beboerne. De har blant annet ansvar for å lede pleieteamet, for god fagutvikling og kvalitetsarbeid. Når sykepleieren leder pleieteamet har de ansvar for å fordele arbeidsoppgaver. Sykepleieren må kunne organisere sitt eget arbeid gjennom arbeidsdagen, men også fordele arbeidsoppgaver til de andre ansatte. Her må de fordele arbeidsoppgaver ift. hvilken faglig bakgrunn og kompetanse de andre ansatte har, slik at kvaliteten på tilbudet er til det beste for pasienten (Hauge, 2014, s. 277–278).

På et sykehjem jobber sykepleierne blant annet sammen med leger, helsefagarbeidere, vernepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og ufaglærte. Sykepleierne skal her legge til rette for tverrfaglig samarbeid og ta i bruk annen yrkeskompetanse når de ser at det er nødvendig for pasienten. Det er også sykepleierens oppgave å veilede ufaglærte dersom de mangler kunnskap. Dette er en krevende oppgave, men veiledning trengs for å sikre god kvalitet på arbeidet. Sykepleieren kan også ta initiativ til faglig diskusjon ift. hvordan de kan løse en problemstilling. Her kan sykepleierne også komme med råd og veilede andre ansatte (Hauge, 2014, s. 278–279). Det er videre virksomhetsleder sin oppgave å sørge for at sykepleierne har de kunnskapene og ferdighetene som trengs for å kunne arbeide med pasienter med demenssykdommer. Sykepleierne må her blant annet ha kunnskap om demenssykdommer, kommunikasjon og kartleggingsskjemaer. Opplæring må gis dersom sykepleieren ikke kan utføre arbeidet på en faglig forsvarlig måte (Helsedirektoratet, 2019a).

3.8 Etske og juridske føringer

Sykepleierens rolle kommer frem i lovverket og de yrkesetske retningslinjene. Det følger av helsepersonelloven § 4, 1. ledd at «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, §4). Det er videre sykepleierens rolle å ivareta pasientens rettigheter. Det følger av § 2-1 a, 2. og 3. ledd i pasient- og brukerrettighetsloven at «pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester i fra kommunen» og «pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1 a).

I de yrkesetske retningslinjene defineres sykepleiens grunnlag som: «respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (NSF, 2019). De yrkesetske retningslinjene som er relevante for oppgaven er punkt 1.3: «Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig», punkt 2.1: «Sykepleieren har ansvar for at sykepleiepraksis fremmer helse og forebygger sykdom», punkt 2.10: «Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse» og punkt 5.2: «Sykepleieren bidrar til utforming og gjennomføring av faglig forsvarlig, god og omsorgsfull praksis» (NSF, 2019).

4 Funn i fra forskningsartikler

4.1 Artikkel 1

“Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: A cluster randomized trial”.

Hensikt/metode: I RCT-studien til Sandvik et al., (2014) var målet å undersøke effekten av smertebehandling ved å vurdere smerteintensitet til norske, demente sykehjemsbeboere. Forskerne samlet inn data ved å sammenligne pasientene som fikk smertebehandling med dem som ikke fikk smertebehandling. MOBID-2 ble tatt i bruk for å vurdere smerteintensiteten hos pasienter med demens etter 2, 4, 8 og 12 uker. Pasienter ble inkludert i studien dersom de hadde moderat eller alvorlig demens, hadde fylt 65 år og led av atferdsforstyrrelser.

Funn: Resultatene viser at de pasientene som fikk smertelindrende behandling hadde en forbedring av smerter i uke 2, sammenlignet med kontrollgruppen. De pasientene som hadde en skår på 3 eller høyere ved MOBID-2 smertekartlegging, hadde en reduksjon i smerteskår på 50% i uke 8. De pasientene som fikk smertebehandling hadde også en bedre ADL-funksjon i uke 8, sammenlignet med kontrollgruppen. I studien kom det også frem hvilke smertelindrende legemidler som ga best og raskest effekt hos pasientene (Sandvik et al., 2014).

4.2 Artikkel 2

“Understanding Nurses’ Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review”

Hensikt/metode: I litteraturstudien til Jonsdottir & Gunnarsson, (2021) var målet å identifisere hvordan sykepleieres barrierer, manglende kunnskap og dårlige holdninger hos pasienter med demens kan ha innvirkning på god smertekartlegging og smertebehandling hos pasientgruppen. Studien er en litteraturgjennomgang hvor forskerne brukte søkeord som «pain assessment», «pain management», «attitude», «knowledge», «opinion» og «dementia» for å finne relevante forskningsartikler. Forskningsartiklene ble inkludert

dersom de var publisert innen de siste 10 årene, dersom de var skrevet ut ifra sykepleieperspektivet, handlet om demens, smerte og smertekartlegging.

Funn: Resultatene til studien viser at smerte hos pasienter med demens ikke blir oppdaget, eller blir underbehandlet da sykepleierne hadde problemer med å kartlegge smerte hos pasientgruppen. Sykepleierne har f.eks. ikke tilgang til smertekartleggingsverktøy, visste ikke hvordan de skulle ta i bruk smertekartleggingsverktøy, visste ikke om pasientens symptomer skyldes smerte eller demenssykdommen, eller hvordan de skulle behandle pasientens smerter med smertelindrende medikamenter. Et godt kjennskap til pasienten er også viktig for en god smertekartlegging. Dårlig tverrfaglig kommunikasjon, dårlig bemanning og tidspress hadde også innvirkning på smertekartleggingen (Jonsdottir & Gunnarsson, 2021).

4.3 Artikkel 3

“Characteristics of nursing home residents with late-stage dementia and pain”

Hensikt/metode: I kaskontrollstudien til Rostad et al., (2019) var målet å kartlegge symptomer hos smertepåvirkede demenspasienter som bor på sykehjem i Norge. For å utføre denne studien måtte pasientene deles inn i to grupper som skulle sammenlignes. Den ene gruppen var her pasienter med smerter (smertegruppen) og den andre gruppen bestod av pasienter uten smerter (smertefri gruppe). Pasienter ble inkludert av sykepleiere som jobbet på sykehjemmene dersom de var fylt 65 år, led av demens i sein fase, ikke kunne gi uttrykk for smerte verbalt, hadde nevropsykiatriske symptomer (NPS), var aggressive og var smertepåvirket. Det var her sykepleierne som samlet inn data med observerbare kartleggingsverktøy som målte tilstedeværelse av smerte, depresjon, NPS, aggresjon, ADL-funksjon, livskvalitet, somatisk helse og bruk av analgetika og psykoleptika. Dette ble gjort for å se på sammenhengen mellom NPS, depresjon, ADL-funksjon, livskvalitet og smerte.

Funn: Resultatene viser at 2/3 av pasientene var smertepåvirket. Når det gjelder sammenhengen mellom symptomer ser man at pasienter med smerter har en høyere forekomst av NPS, depresjon og et økt behov for assistanse ved aktivitet. Dette er grunner til at disse pasientene har en lavere livskvalitet enn de pasientene uten smerter (Rostad et al.,

2019).

4.4 Artikkel 4

“Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain?”

Metode/hensikt: I kohortstudien til Lautenbacher et al., (2017) ville forskerne undersøke hvilke nonverbale ansiktsuttrykk som ble hyppigst observert av sykepleiere når de skulle vurdere smerte og smerteintensitet hos pasienter med demens på sykehjem. Forskerne gikk gjennom 12 smertekartleggingsverktøy og trakk ut 13 forskjellige ansiktsuttrykk som kunne indikere smerter i fra disse verktøyene. Studien ble utført ved bruk av spørreskjemaer som ble sendt ut til 366 sykehjem i Tyskland, for å samle inn informasjon om hvilke ansiktsuttrykk som ble hyppigst observert. Pasientene var i aktivitet når ansiktsuttrykk som kunne indikere smerte ble vurdert. Her var f.eks. pasienten i hverdagsaktiviteter som stell, i forflytning eller påkledning.

Funn: Resultatene viser at pasientene som ble observert hadde en smerteintensitet i fra mild til moderat. Enkelte ansiktsuttrykk ble oftere observert enn andre. Rynking av panne, smale øyne, anspent ansikt og uttrykk som indikerer at pasienten er redd ble brukt i over halvparten av observasjonene (Lautenbacher et al., 2017).

4.5 Oppsummering av funn

Mange av de demente pasientene hadde smerter som ikke ble oppdaget. Sykepleierne hadde ikke alltid tilgang til smertekartleggings skjemaer, eller hadde manglende kunnskap om hvordan disse skulle tas i bruk. Sykepleierne hadde også for lite kunnskap om hvordan pasienter med demens gir uttrykk for smerte, og visste ikke hvordan de kunne gjenkjenne smerte hos pasientene. Dårlig tverrfaglig kommunikasjon, tidspress og lav bemanning hadde også en negativ innvirkning på smertekartleggingen. Smerte kan føre til høyere forekomst av NPS, depresjon, ha negativ innvirkning på pasientens fysiske funksjon og føre til lavere

livskvalitet. Etter oppstart av medikamentell behandling kunne man se en forbedring i pasientenes smerteskår og ADL-funksjon ved bruk av MOBID-2 smerteskala. Enkelte ansiktsuttrykk ble oftere observert enn andre når sykepleierne skulle vurdere pasientenes smerteintensitet.

5 Drøfting

I denne delen skal oppgavens problemstilling «*Hvordan kan sykepleiere bidra til å oppdage smerter hos pasienter med langtkommen demens på sykehjem?*» drøftes. Skriveren vil her besvare oppgavens problemstilling ved bruk av forskningsartiklene som er tatt i bruk i oppgaven, litteraturen som er med i teorikapittelet og egne erfaringer. Det vil her drøftes rundt sykepleierens kunnskap innen smerteuttrykk og smertekartlegging. Det vil videre drøftes rundt sykepleierens utfordringer, barrierer, holdninger og sykepleierens rolle innen smertekartlegging. Drøftingen er delt inn i: smerteuttrykk, smertekartlegging, kjennskap til pasienten, indre egenskaper i sykepleien og ytre påvirkning.

5.1 Smerteuttrykk

Mange pasienter med langtkommen demens lever med smerter, men klarer ikke å gi uttrykk for smertene da de har mistet sin evne til å kommunisere verbalt. Dette gjør smertekartleggingen utfordrende for sykepleierne og fører ofte til at smerte ikke blir oppdaget hos pasientgruppen (Jonsdottir & Gunnarsson, 2021; Lautenbacher et al., 2017; Rostad et al., 2019; Sandvik et al., 2014). Det er derfor viktig at sykepleiere har kunnskap om hvordan pasienter med demens gir uttrykk for smerte, og kunnskap om ulike konsekvenser som kan oppstå.

Joyce Travelbee forklarte hvordan man kunne ta i bruk observasjon for å fastslå den sykes behov og problemer, for å deretter utføre sykepleiehandlinger som vil hjelpe pasienten (Travelbee, 2001, s. 142–143). Observasjon av pasientens oppførsel er nødvendig når man skal smertekartlegge pasienter med langtkommen demens, som ikke kan gi uttrykk for smerte verbalt. Man vil her se etter symptomer, eller tegn på en oppførsel som avviker fra normalen. Kjennskap til slike kjennetegn vil kunne utvikle sykepleierens ferdigheter i observasjon og vurdering av pasientens tilstand (Jonsdottir & Gunnarsson, 2021, s. 289; Lautenbacher et al., 2017, s. 2111; Rostad et al., 2019).

Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD) er vanlig hos pasienter med en demenssykdom (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 417). Likevel kan slike symptomer også

sees når pasienter med demens er smertepåvirket (Kirkevold, 2018, s. 267). I studien til Rostad et al., (2019) ser forskerne på vanlige kjennetegn hos pasienter med langtkommen demens og smerte, og hvilke konsekvenser som kan oppstå ved smerte. Her kommer de frem til at pasienter som er smertepåvirket har en høyere forekomst av nevropsykiatriske symptomer ved demens (NPS), depresjon, trenger mer hjelp ved dagliglivets aktiviteter og har en lavere livskvalitet (Rostad et al., 2019). Symptomene på smerte kan føre til konsekvenser som vil påvirke pasientens selvfølelse og helse. F.eks. kan ubehandlet smerte ha en innvirkning på pasientens sosiale liv, medføre søvnforstyrrelser, aggresjon, føre til tarmproblemer, dårlig matlyst, dårligere ADL-funksjon og lavere livskvalitet (Jonsdottir & Gunnarsson, 2021, s. 281; Rostad et al., 2019; Sandvik et al., 2014, s. 1491). Dersom slike symptomer på smerte, eller slike konsekvenser av smerte blir observert av sykepleierne bør de utrede pasienten for smerte. En indikator på at en pasient er smertepåvirket er plutselig aggressiv oppførsel når pasienten vanligvis pleier å være rolig. En annen indikator er dårlig matlyst ved måltid, når pasienten vanligvis spiser godt.

Til tross for slik informasjon så blir ikke smerte hos pasienter med demens alltid oppdaget da sykepleierne ikke vet om pasientens symptomer skyldtes smerte, eller selve demenssykdommen (Jonsdottir & Gunnarsson, 2021, s. 291). Akutt smerte kan også gjenkjennes hos pasienter ved at man ser tegn til rask respirasjon, økt hjerterefrekvens, økt blodtrykk, økt temperatur og kvalme. Slike tegn på smerte er derimot ikke like lett å observere dersom pasienten er eldre, da slike symptomer kan være dempet (Torvik & Bjørø, 2014, s. 391).

Hvordan pasienten oppførte seg hadde stor betydning for om sykepleieren oppfattet symptomene som smerte, eller om disse symptomene ble oversett (Jonsdottir & Gunnarsson, 2021, s. 288). Sykepleierne observerer pasientene for å kartlegge smerte, men slik observasjon kan likevel være utilstrekkelig og man kan feilvurdere pasientens smerter (Rostad et al., 2019). Jeg har selv erfart i praksis at pasienter har uttrykket seg med sinne eller tristhet. Enkelte ganger har helsepersonellet merket seg dette og utredet pasienten for smerte. Andre ganger har ikke pasientens uttrykk blitt oppfattet som smerte, og ingenting har blitt gjort.

5.2 Smertekartlegging

Travelbee beskrev nonverbal kommunikasjon, og hvordan man da kommuniserer med gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser. Man kan også kommunisere med lyder som f.eks. gråt, stønning eller skriking (Travelbee, 2001, s. 138). Demenspasienter kan gi uttrykk for smerte gjennom ikke-verbale ansiktsuttrykk, verbale uttrykk, endring i bevegelse, endret mellommenneskelig aktivitet, endring i aktivitetsmønster eller endring i mental status (Häikiö, 2015, s. 24; Rokstad, 2020, s. 208). MOBID-2 kan kartlegge om pasienten gir uttrykk for smerte, hvor intense smerter pasienten har, beliggenheten til smerte og den totale smerteintensiteten til pasienten (Torvik & Bjørø, 2014, s. 398). Når man tar i bruk MOBID-2 observerer sykepleieren pasienten gjennom forskjellige øvelser, og vurderer om pasienten er smertepåvirket på en skala i fra 0-10. Det settes kryss dersom en øvelse førte til smerteatferd som smertelyd, endring i ansiktsuttrykk eller avvergingsreaksjon (Sandvik & Husebø, 2011).

I studien til Sandvik et al., (2014) ble MOBID-2. smerteskjema tatt i bruk ved morgenstell for å undersøke effekten av smertebehandling, ved å kontinuerlig vurdere smerteintensiteten hos demente sykehjemsbeboere (Sandvik et al., 2014). I studien til Lautenbacher et al., (2017) ser forskerne på nonverbale ansiktsuttrykk og hvordan sykepleierne tar i bruk disse for å kartlegge smerte og smerteintensitet hos pasienter med demens. Her skulle sykepleierne utføre smertekartleggingen mens pasientene var i aktivitet, som f.eks. ved stell, dusjing og forflytning, siden smerte lettere blir observert når pasienten er i bevegelse (Lautenbacher et al., 2017). Jeg har tidligere i oppgaven vist til hvordan et større hjelpebehov i dagliglivets aktiviteter kan indikere at pasienten er smertepåvirket. Dersom sykepleieren f.eks. legger merket til at pasienten er smertepåvirket når han kler på seg, vil kontinuerlig observasjon av pasientens ADL-funksjon i samme setting være nyttig når sykepleierne skal vurdere pasientenes smerteintensitet over tid. I studien til Sandvik et al., (2014) kunne forskerne f.eks. se en bedring i pasientenes ADL-funksjon etter oppstart av medikamentell behandling (Sandvik et al., 2014, s. 1494–1495).

Til tross for at det er utarbeidet flere forskjellige smertekartleggingsskjemaer som egner seg hos pasienter med demens, så blir ikke disse skjemaene alltid tatt i bruk. I studien til Jonsdottir og Gunnarsson, (2021) hadde sykepleierne blant annet ikke tilgang til

smertekartleggingsskjemaer, eller visste ikke hvordan disse skulle brukes (Jonsdottir & Gunnarsson, 2021, s. 289). I studien til Lautenbacher et al., (2017) blir enkelte ansiktsuttrykk oftere observert av sykepleieren enn andre, og flere ansiktsuttrykk ble tatt med i vurderingen av smerte dersom sykepleierne visste at pasienten var smertepåvirket på forhånd (Lautenbacher et al., 2017, s. 2111–2112). Dette kan indikere at det ikke er innført rutiner for smertekartlegging hos demente på avdelingen, og at sykepleierne har for lite kunnskap om hvordan smertekartleggingsskjemaene tas i bruk.

Manglende rutiner for smertekartlegging på sykehjem kan ha en negativ innvirkning på smertekartlegging til pasientgruppen. Det er derfor viktig at ledere utarbeider gode prosedyrer ift. hvordan man skal smertekartlegge eldre pasienter med demens (Bjørø & Torvik, 2008, s. 194). Systematisk kartlegging av demente sykehjemsbeboere vil gi sykepleierne kunnskap om hvilke observasjoner og vurderinger som må gjøres hos pasienten (Rostad et al., 2019). Smertekartlegging er en viktig oppgave for å kunne utføre korrekt behandling, pleie og gi god omsorg til pasienten, men det må gjøres på en systematisk måte ved bruk av kartleggingsskjemaer som egner seg for pasienter med demens. Videre må sykepleierne bli trent opp til å bruke disse kartleggingsskjemaene (Jonsdottir & Gunnarsson, 2021, s. 291; Lautenbacher et al., 2017, s. 2113; Rostad et al., 2019).

Flere av studiene tyder også på at pasientene ikke var godt nok smertelindret. I studien til Sandvik et al., (2014) kommer det f.eks. frem at flere av pasientene ikke var godt nok smertelindret før studien, noe som kan indikere at smertene hos pasientene ikke var oppdaget (Sandvik et al., 2014). I studien til Rostad et al., (2019) kommer det også frem at mange av pasientene som var i smertegruppen fikk smertestillende midler, men var likevel smertepåvirket (Rostad et al., 2019). Dette kan indikere at sykepleierne ikke smertekartlegger pasientene ofte nok, eller ikke smertekartlegger etter at pasienten har påbegynt medikamentell behandling. Smertekartleggingsskjemaene kan tas i bruk for å vurdere om smerte er til stede hos pasienten, men sykepleieren må videre observere pasienten kontinuerlig. De må her vurdere om pasienten fremdeles kan være smertepåvirket og vurdere smerteintensitet. Sykepleierne skal ved bruk av observasjon og kartlegging kunne vurdere om pasienten har smerte og evaluere tiltakenes effekt hos pasienten (Danielsen et al., 2016, s. 382). I praksis har jeg jobbet med pasienter med demens som står på smertelindrende behandling. Jeg har derimot ikke sett at smerteskjemaer blir tatt i bruk for å

vurdere pasientenes smerteintensitet kontinuerlig.

5.3 Kjennskap til pasienten

Godt kjennskap til pasienten man utfører smertekartlegging hos er en fordel, da man vet hvordan pasienten vanligvis oppfører seg. Det er også en fordel dersom det er den samme sykepleieren som utfører smertekartleggingen, slik at man kan observere endringer over tid. Dersom pasienten har pårørende som kan bidra med informasjon er dette også svært nyttig (Häikiö, 2015, s. 36–37). Pasientens pårørende sitter ofte på informasjon ift. hvordan pasienten oppfører seg til vanlig, og kjenner ofte til smertetegn hos pasienten. Jeg har tidligere i oppgaven snakket om hvordan jeg har sett stor variasjon ift. om pasienter med demens ble oppfattet som smertepåvirket eller ikke. Det kan her tenkes at de sykepleierne som hadde et kjennskap til pasienten lettere oppdaget tegn til smerte, og tolket pasientens symptomer som smerte.

I studien til Jonsdottir og Gunnarsson, (2021) hadde sykepleierne problemer med å forstå når pasienten var godt nok smertestilt, men tok som utgangspunkt at pasienten var smertelindret når pasientens oppførsel var tilbake til utgangspunktet. Et kjennskap til pasienten med kunnskap om hvordan pasienten oppfører seg til vanlig, og kunnskap om hvordan pasienten pleier å gi uttrykk for smerte, gjorde det lettere for sykepleierne å oppdage symptomer som kunne indikere smerte. Slik relasjon ble skapt ved at sykepleieren satte seg inn i pasientens situasjon, livshistorie og ved å skape empati for pasienten. Det var likevel ikke lett å skape en relasjon til en dement pasient som ikke kunne kommunisere (Jonsdottir & Gunnarsson, 2021, s. 289–290).

I studien til Lautenbacher et al., (2017) kommer det også frem hvordan det vil være enklere for sykepleieren å vurdere om ansiktsuttrykk indikerer smerte, dersom sykepleieren har empati for pasienten og har kjennskap til hvordan pasienten pleier å oppføre seg (Lautenbacher et al., 2017, s. 2112). Joyce Travelbee beskriver også den viktige betydningen av å skape en relasjon til pasienten sin. En slik relasjon ble skapt ved å danne et menneske-til-menneske-forhold, hvor sykepleieren så på pasienten som et menneske og et unikt individ med behov som må ivaretas. Sykepleieren har her empati, sympati og medfølelse for

pasienten (Travelbee, 2001).

5.4 Indre egenskaper i sykepleien

Joyce Travelbee definerte sykepleie som: «en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, s. 29). Videre sier Travelbee at det er utfordrende å lide av smerter, men at situasjonen bli enda mer utfordrende dersom pasienten ikke får den omsorg og lindring de har behov for (Travelbee, 2001, s. 115). Pasienter med langtkommen demens som er smertepåvirket trenger omsorg, og er avhengig av at sykepleierne oppdager smertene deres for at de kan bli smertelindret. Når sykepleieren oppdager smertene vil det kunne føre til at pasienten kan mestre erfaringer med sykdom og evt. finne mening i disse erfaringene.

I studien til Jonsdottir & Gunnarsson, (2021) ser forskerne på hvordan sykepleiernes barrierer, manglende kunnskap og dårlige holdninger til demenspasienter kan ha innvirkning på god smertekartlegging hos pasientgruppen. Ulike misforståelser ang. smerte hos eldre kan også føre til dårlig smertekartlegging som f.eks. at smerte er en del av det å bli gammel, at eldre pasienter ikke reagerer like kraftig på smerte og dersom ikke smerte rapporteres, så er ikke pasienten smertepåvirket. Ulike barrierer kan også ha innvirkning på god smertekartlegging til pasientgruppen. Dette kan blant annet være negative holdninger til smerter og en negativ holdning til pasientgruppen (Jonsdottir & Gunnarsson, 2021).

Sykepleieren skal ifølge § 4, 1. ledd i helsepersonelloven «utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut ifra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Pasientene har også «rett på nødvendig helsehjelp» og «rett til et verdig tjenestetilbud» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1 a). Det må kunne antas at en sykepleier skal kunne være kvalifisert til å oppdage smerte hos pasienter med demens på sykehjem. Det må også kunne antas at pasientene får hjelp i fra sykepleierne og at de ikke skal leve med smerter. I de yrkesetiske retningslinjene som omhandler sykepleieren og pasienten skal

sykepleieren «yte omsorgsfull hjelp, lindre lidelse» og «bidra til utforming og gjennomføring av faglig forsvarlig, god og omsorgsfull praksis» (NSF, 2019). Her må sykepleierne utøve omsorgsfull hjelp og lindre lidelse hos pasientene ved å oppdage smertene.

Dersom ulike holdninger hos sykepleierne har negativ innvirkning på smertekartelegging til pasienter med demens, vil de heller ikke følge sin plikt ift. å hjelpe pasienten med å mestre lidelse, utøve omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet. Jeg har selv erfart i praksis at sykepleierne f.eks. har blitt irritert på pasienter med demens dersom de har begynt å skrike, eller har vært urolig på avdelingen. Manglende kunnskap om demens og hvordan pasienten kan uttrykke seg ved smerte, kan bidra til at slike holdninger holdes ved like. Det er derfor viktig at sykepleierne tilegner seg slik kunnskap.

5.5 Ytre påvirkning

I studien til Jonsdottir & Gunnarsson, (2021) ser forskerne på hvordan dårlig tverrfaglig kommunikasjon, dårlig bemanning og tidspress kan ha innvirkning på smertekartlegging til pasientene (Jonsdottir & Gunnarsson, 2021, s. 290). Sykepleierne skal legge til rette for tverrfaglig samarbeid, ta i bruk annen yrkeskompetanse når de ser at det er nødvendig for pasienten, veilede ufaglærte dersom de mangler kunnskap og ta initiativ til faglig diskusjon dersom det oppstår en problemstilling på arbeidsplassen (Hauge, 2014, s. 278–279).

Sykepleierne har ansvar for kvaliteten på tjenestetilbudet til beboerne. Det er sykepleierens rolle å fordele arbeidsoppgavene sine gjennom arbeidsdagen og fordele arbeidsoppgaver til de andre ansatte, slik at kvaliteten på tilbudet til pasientene blir så godt som mulig. De må derfor fordeler arbeidsoppgavene ift. hvilke faglig bakgrunn og kompetanse de ansatte har (Hauge, 2014, s. 277–278).

I praksis har jeg sett at det ofte er få sykepleiere på vakt, sammen med blant annet ufaglærte og helsefagarbeidere. Sykepleieren fordeler ofte ansatte på forskjellige beboere i løpet av en arbeidsdag. En helsefagarbeider eller ufaglært har kanskje ikke nok erfaring ift. hvordan demente gir uttrykk for smerte, eller nok kunnskap ift. hvordan man smertekartlegger en pasient med demens. Denne fordelingen vil da være uheldig for en pasient som er smertepåvirket. Slik fordeling kan likevel oppstå pga. underbemanning av

sykepleiere på sykehjem og andre arbeidsoppgaver som må prioriteres av sykepleierne.

Det er virksomhetsleder sin oppgave å sørge for at sykepleierne har de kunnskapene og ferdighetene som trengs for å arbeide med pasienter med demens. Opplæring må gis dersom sykepleieren ikke kan utføre arbeidet på en faglig forsvarlig måte (Helsedirektoratet, 2019a). For at virksomheten skal kunne sette i gang slike tiltak, må de vite om at dette er en utfordring på arbeidsplassen. Sykepleierne må derfor be om hjelp dersom de har manglende kunnskap innen feltet, da punkt 1.3 i de yrkesetiske retningslinjene sier at: «sykepleierne har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig» (NSF, 2019).

6 Konklusjon

Det er utfordrende for sykepleiere å kartlegge smerte hos pasienter med langtkommen demens på sykehjem. Sykepleierne har problemer med å skille symptomer som skyldes demenssykdommen og symptomer som skyldes smerte. Det er også vanskelig å skulle oppdage symptomer på smerte, dersom man skal smertekartlegge en pasient som man ikke har et kjennskap til. Sykepleierne må sørge for at det er en person med et kjennskap til pasienten som kontinuerlig vurderer pasientens smerte fra gang til gang. Et slikt kjennskap vil gjøre det lettere å oppfatte smerteuttrykk, da man vet hvordan pasienten oppfører seg til vanlig.

Sykepleierne tar ofte ikke i bruk observerbare smertekartleggingsskjemaer da de ikke er tilgjengelig for dem, eller fordi de ikke vet hvordan disse skal brukes. Det er virksomhetsleder sin oppgave å sørge for at sykepleierne har de kunnskapene og ferdighetene som trengs for å arbeide med pasienter med demens. Det må utarbeides gode rutiner for smertekartlegging på arbeidsplassen, og sykepleierne må få opplæring i hvordan de tar i bruk ulike smertekartleggingsskjemaer. Sykepleierne må også forstå at pasienten kan være smertepåvirket til tross for påbegynt medikamentell behandling, og smerteintensiteten må derfor vurderes kontinuerlig hos pasientene.

Sykepleiere skal gi omsorg, lindre lidelse og hjelpe pasienten til en så god helsetilstand som mulig, uansett hvilken pasientgruppe sykepleierne utøver sykepleie for. Ulike misforståelser og dårlige holdninger til demente pasienter vil kunne ha en negativ innvirkning på smertekartleggingen. På et sykehjem er det ofte underbemanning av sykepleiere og et enormt tidspress som gjør smertekartleggingen utfordrende. Sykepleierne er de ansatte på et sykehjem som har den faglige bakgrunnen som trengs for å kunne oppdage smerter, men de har mange andre arbeidsoppgaver som venter på dem i løpet av en arbeidsdag. En ansatt som mangler kompetansen som trengs for å oppdage smerte kan da få ansvaret for en pasient i løpet av arbeidsdagen, og smerte blir ikke oppdaget.

Smerte hos pasienter med langtkommen demens blir i for stor grad ikke oppdaget på sykehjem pga. manglende kunnskap og ulike utfordringer. Det er viktig at sykepleierne tilegner seg slik kunnskap og at rutiner for smertekartlegging blir bedre på sykehjem for å unngå smertepåvirkede demenspasienter i fremtiden.

7 Litteraturliste

- Bjøro, K. & Torvik, K. (2008). Smertekartlegging og -behandling hos eldre mennesker med demens. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 182–201). Gyldendal Norsk Forlag.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg., s. 381–423). Gyldendal Norsk Forlag.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018a). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 14–28). Aldring og helse akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018b). Kognitive symptomer. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 29–41). Aldring og helse akademisk.
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265–280). Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsedirektoratet. (2019a, 27. november). *Krav til kompetanse*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/krav-til-kompetanse>
- Helsedirektoratet. (2019b, 27. november). *Lindrende behandling til personer med 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-praktisk>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Häikiö, K. (2015). *Smerter hos eldre og personer med demens*. MEDLEX norsk helseinformasjon.

- IASP. (2020, 16. juli). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Johannesen, B. & Toftaker, J. (2021, 27. september). *Ny forskning: 1 av 3 med demens har alvorlige smerter*. NRK. https://www.nrk.no/trondelag/ny-forskning_-1-av-3-med-demens-har-alvorlige-smerter-1.15667580
- Jonsdottir, T. & Gunnarsson, E. C. (2021). Understanding Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review. *Pain Management Nursing*, 22(3), 281–292. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.002>
- Kirkevold, Ø. (2018). Å forstå nevropsykiatriske symptomer. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 260–274). Aldring og helse akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling-en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 225–282). Gyldendal Norsk Forlag.
- Lautenbacher, S., Sampson, E. L., Pähl, S. & Kunz, M. (2017). Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain? *Pain Medicine*, 18(11), 2105–2115. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw281>
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Rokstad, A. M. M. (2020). Utfordrende atferd. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. utg., s. 196–217). Cappelen Damm.
- Rostad, H. M., Grov, E. K., Utne, I. & Halvorsrud, L. (2019). Characteristics of nursing home residents with late-stage dementia and pain. *Sykepleien Forskning*, 14(79184). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79184>

- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2018). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Sandvik, R. K. N. M. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, (80594). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80594>
- Sandvik, R. K. N. M. & Husebø, B. (2011). Måler smerte hos personer med demens. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0162>
- Sandvik, R. K., Selbaek, G., Seifert, R., Aarsland, D., Ballard, C., Corbett, A. & Husebo, B. S. (2014). Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: A cluster randomized trial. *European Journal of Pain*, 18(10), 1490–1500. <https://doi.org/10.1002/ejp.523>
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 408–434). Gyldendal Norsk Forlag.
- Stubhaug, A. & Ljosa, T. M. (2020, 2. januar). *Smerte- et symptom, en sykdom og en diagnose*. Oslo universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/smerte-et-symptom-en-sykdom-og-en-diagnose>
- Stubhaug, A. & Ljoså, T. M. (2008). Hva er smerte? I A. K. Wahl & T. Rustøen (Red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Gyldendal akademisk. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:990805531254702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Torvik, K. & Bjørro, K. (2014). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 390–405). Gyldendal Norsk Forlag.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag.

Trygstad, H. & Dalland, O. (2020). Kunnskapskilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (7. utg., s. 139–166). Gyldendal Norsk Forlag.

Vollrath, M. E. M. T., Skirbekk, V. F. & Strand, B. H. (2021, 23. februar). *Demens*. FHI.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Wyller, T. B. (2020). *Geriatrici: En medisinsk lærebok* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Vedlegg

Vedlegg nummer 1. PICO-skjema

P	<ul style="list-style-type: none"> - Dementia - Patients with dementia - Advanced dementia
I	<ul style="list-style-type: none"> - Pain mapping - Pain assessment - Observation - ADL-function - Low quality of life - APSD
O	<ul style="list-style-type: none"> - Detect pain

Vedlegg nummer 2. Søkehistorikk

Søkedato	Søk	Data-base	Avgrensning	Antall treff	Artikkeltittel	Innhold
17/10/2021	1	EBSCO (Medline, Cinahl og Academic Search	Søkeord: Dementia AND pain intensity AND nursing home	5	«Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with	<ul style="list-style-type: none"> -RCT-studie -Undersøker effekten av smertebehandling hos pasienter med demens. -Smerteintensitet

		Elite)	Geografisk område: Norge og Europa Årstall: 2014-2021		dementia: A cluster randomized trial". (Sandvik et al., 2014).	blir vurdert med bruk av MOBID-2 smerteskjema for å vurdere om smertebehandlingen til pasientene har effekt/god nok effekt.
24/10/2021	2	PubMed	Søkeord: dementia AND pain assessment AND nurses' knowledge	3	"Understanding Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review" (Jonsdottir & Gunnarsson, 2021).	-Litteraturstudie -Forskerne vurderer sykepleiernes kunnskap innen smertekartlegging til pasienter med langtkommen demens og hvordan manglende kunnskap kan ha innvirkning på smertebehandling.
26/10/2021	3	EBSCO (Academic Search Elite, Medline og Cinahl).	Søkeord: Late-stage dementia AND pain AND characteristics	4	"Characteristics of nursing home residents with late-stage dementia and pain" (Rostad et al., 2019).	-Kasuskontrollstudie -Pasienter med langtkommen demens deles i to grupper. En smertegruppe og en smertefri gruppe. -Forskerne ser på

						likheter og ulikheter i atferd.
9/11-2021	4	Pubmed	Søkeord: Dementia AND estimate pain AND tools	13	Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain?" (Lautenbacher et al., 2017).	-Kohortstudie -Forskerne henter ut ikke-verbale ansiktsuttrykk som kan indikere smerte, fra ulike observerbare kartleggingsverktøy. -Sykepleierne observerte her pasientenes ansiktsuttrykk ved aktivitet i dagliglivet og vurderte tilstedeværelsen av smerte og smerteintensitet.

Vedlegg nummer 3. MOBID-2 smerteskala

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Date: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

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

Smerteatferd

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

	Smertelyd «Aul» Stammer Ynkler seg Gisper Skriker	Ansiktsuttrykk Crimasener Rysker pannen Strammer munnen Lukker øynene	Avvergereaksjon Støtner Beskytter seg Skyver fra seg Endringer i pusten Krymper seg
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofterledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Smerteintensitet

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

0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

1. Led til å åpne begge hender	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofterledd	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

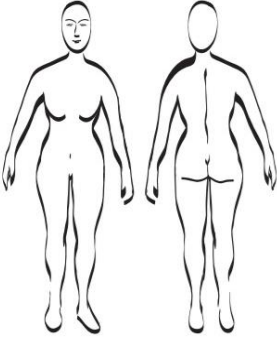
SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DINE OBSERVASJONER

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

0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

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

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Sandvik & Husebø, 2011).



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	09-12-2021 09:00	Termin:	2021 HØST
Slutt dato:	13-12-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie	Studiepoeng:	15
Flowkode:	203 SK152 1 O 2021 HØST		
Intern sensor:	Sissel Hjelle Øygard		

Deltaker

Kandidatnr.:	331
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7961
----------------------	------

Sett hake dersom Ja
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Jeg bekrefter Ja
innlevering til
biblioteket *:

Egenerklæring *: Ja
Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 53
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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