



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Pasientar med demens sitt uttrykk for smerte

Patients with dementia's expression of pain

**Kandidatnummer: 207 & 255**

Bachelor i sjukepleie

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

Innleveringsdato: 09.06.2023

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Føreord

Vi ynskjer å nytte høve til å takke dei dyktige lærarane ved HVL Førde som har gitt oss mykje læring og eit godt kunnskapsgrunnlag gjennom tre år. Også stor takk til rettleiaren vår og medstudentar som har delteke i forminga av bacheloroppgåva, saman med oss. Til slutt ønskjer vi å takke lesarar, familie, vennar og medelevar for god støtte gjennom arbeidet.

God lesing!

Førde, 9.juni 2023.

## Samandrag

**Tittel:** Pasientar med demens sitt uttrykk for smerte.

**Bakgrunn for val av tema:** Som eit resultat av eit aukande tal eldre, vil også tal eldre med demens auke. Ein antek at over 50% av pasientar med demens oppleve smerte. Desse pasientane får mindre smertelindring enn pasientar utan demensdiagnose. Forsking viser også at omtrent 20% av alle personar med demens, lid av smerte der helsepersonell ikkje klarer å forstå eller tolke signala. Gjennom erfaring i praksis er ei oppleving at det kan vere vanskeleg å kartlegge og observere smerte hos pasientar med langtkommen demens. Erfaringar har vist at smerte ofte kan vere ein utløyssande årsak til agitasjon, og at beroligande medikament gjentatte gonger var eit valt tiltak. Hensikta med oppgåva er å belyse kva tiltak sjukepleiarar kan sette i verk for å oppdage og lindre smerte hos agiterte pasientar med demens.

**Problemstilling:** «Korleis kan sjukepleiar kartlegge smerte hos agiterte pasientar med langtkommen demens?»

**Metode:** Metoden som er brukt i denne bacheloroppgåva er litteraturstudie. Svar på problemstillinga er knytt til funn frå faglitteratur, forskingsartiklar, politiske føringar, yrkesetiske retningslinjer og egne erfaringar.

**Oppsummering av funn og konklusjon:** Ein ser eit behov for vidare utvikling av smertekartleggingsverktøy til pasientar med langtkommen demens. I tillegg ser ein behovet for å ha eit større fokus på å implementere kunnskap rundt temaet hos sjukepleiarar, både i utdanning og på aktuelle arbeidsplassar. Eit vidare alternativ kan vere å utvikle rutinar og prosedyrar knytt til bruk av smertekartleggingsverktøy og handtering av smerte. Ved kunnskapsheving blant sjukepleiarar, og gode rutinar på bruk av smertekartleggingsverktøy, kan det bli enklare å bruke og eit meir prioritert alternativ for sjukepleiarar.

**Nøkkelord:** Langtkommen demens, smerte, sjukeheim, smertekartleggingsverktøy, agitasjon.

## Abstract

**Title:** Patients with dementia's expression of pain.

**Background for choice of topic:** As a result of an increasing number of elderly people, the number of elderly people with dementia will also increase. Today, it's assumed that more than 50% of all dementia patients experience pain. These patients receive less pain relief medication, than patients without a dementia diagnosis. In addition, research shows that about 20% of all dementia patients suffer from pain when healthcare personnel are unable to understand or interpret signals from the patients. Throughout several practices, an experience is that it can be difficult to observe and understand pain in patients with advanced dementia. Another experience is that pain can be a triggering factor to agitation, and that sedative drug is often used as an alternative to calm the patients.

**Thesis statement:** "How can the nurse map pain in agitated patients with advanced dementia?"

**Method:** The method used in this bachelor thesis is a literature study. Answers to our thesis are based on information and knowledge from academic literatures, political guidelines and personal experiences.

**Summary of findings and conclusion:** There is a need for further development of pain mapping tools for patients with advanced dementia. In addition, it is necessary to have a greater focus on implementing knowledge around the subject among nurses, both in education and in relevant workplaces. A possible alternative could be to develop routines and procedures for the use of pain mapping tools and the management of pain. By gathering more knowledge among nurses, and clear routines in the use of pain mapping tools, it can contribute to more alternatives for nurses and the challenge of agitated dementia patients.

**Key words:** Advanced dementia, pain, nursing home, pain mapping, agitation.

# Innholdsliste

<b>1.0 Innleiing</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for val av tema .....	1
<b>2.0 Problemstilling</b> .....	<b>2</b>
2.1 Avgrensing .....	2
2.2 Begrepsavklaring .....	2
<b>3.0 Teoretisk perspektiv</b> .....	<b>3</b>
3.1 Demens .....	3
3.2 Språkleg utfordring hos pasientar med demens .....	4
3.3 Smerte ved demens .....	5
3.4 Smertekartlegging .....	6
3.5 Pårørande til pasientar med demens .....	7
3.6 Ethiske og juridisk rammer i sjukepleie .....	8
3.7 Sjukepleieteoretikaren Joyce Travelbee .....	9
<b>4.0 Metode</b> .....	<b>9</b>
4.1 Databasar og søkeord .....	9
4.2 Kjeldekritikk .....	10
4.3 Inklusjon- og eksklusjonskriteriar .....	11
<b>5.0 Presentasjon av innhald i forskingsartiklar</b> .....	<b>11</b>
5.1 Bruk av kartleggingsverktøy og sjukepleiaren sitt ansvar .....	12
5.2 Livskvalitet, agitasjon og pårørande .....	13
<b>6.0 Drøfting</b> .....	<b>14</b>
6.1 Kartleggingsverktøy og sjukepleiaren sitt ansvar .....	14
6.1.1 Smertekartlegging ved bruk av skjema .....	14
6.1.2 Sjukepleiaren sitt ansvar .....	16
6.2 Smertepåverknad hos pasientar med demens .....	18
6.2.1 Smertepåverknad og livskvalitet .....	18
6.2.2 Agitasjon – eit uttrykk for smerte? .....	19
6.2.3 Pårørande som ein ressurs .....	20
<b>7.0 Oppsummering</b> .....	<b>22</b>
7.1 Konklusjon .....	23
<b>8. 0 Litteraturliste</b> .....	<b>24</b>

## Vedlegg

- Vedlegg 1 - MOBID-2
- Vedlegg 2 - PICO-skjema
- Vedlegg 3 - Inklusjons- og eksklusjonskriteriar
- Vedlegg 4 - Søkestrategi
- Vedlegg 5 - Litteraturmatrise

## 1.0 Innleiing

Som resultat av eit aukande tal eldre, vil også tal eldre med demens auke (Helsedirektoratet, 2022a). I 2021 blei det anslått at det levde 100.000 menneske med demens i Norge, og innan 2050 er det forventa meir enn ein dobling (Strand et al., 2021). Høgare alder heng saman både med demens og smerte (Skovdahl, 2020, s. 436). Helsedirektoratet antek at over 50% av pasientar med demens opplev smerte (Helsedirektoratet, 2022b). Smerte hos denne pasientgruppa er undervurdert og underbehandla (Skovdahl, 2020, s. 436). I tillegg til dette får pasientar som har ein demensdiagnose, ofte mindre smertelindring enn pasientar utan demensdiagnose (Häikiö, 2015, s. 5).

Det kan vere komplekst å handtere smerte hos eldre og pasientar med demens, og det omfattar både kartlegging og behandling. Sjukepleiaren har ansvaret for å kartlegge smertene, og korleis det verkar inn på pasienten sin funksjon og livskvalitet (Torvik & Sandvik, 2020, s. 401). I kartlegginga kan sjukepleiarane bruke smertekartleggingsskjema. Det er då viktig å velje skjema som er tilpassa den eldre sine kognitive og funksjonelle evner (Torvik & Sandvik, 2020, s. 403).

Hensikta med oppgåva er å belyse kva tiltak sjukepleiarar kan sette i verk for å oppdage, og dermed lindre smerte hos agiterte pasientar med ein langtkommen demensdiagnose. Det er eit ønskje om å bidra til å kunne oppnå tilstrekkeleg smertelindring, og å unngå unødvendig bruk av beroligande medikament.

### 1.1 Bakgrunn for val av tema

Interessa for temaet har komme gjennom møte med personar med demens innlagt i ein demensavdeling og medisinsk sengepost på sjukehus. Demens er ei interessant pasientgruppe, først og fremst fordi det ikkje finst noko medikament som kan helbrede sjukdommen (Norges ledende helseoppslagsverk, 2021a). Samtidig har det også gitt stort inntrykk å sjå korleis sjukdommen kan forandre eit menneske i så stor grad.

Gjennom erfaring i praksis er ei oppleving at det kan vere vanskeleg å kartlegge og å observere smerte hos pasientar med langtkommen demens. Erfaringar har vist at smerte



ofte kan vere ein utløysande årsak til agitasjon, og at beroligande medikament gjentatte gonger var eit valt tiltak. Forsking viser også at omtrent 20% av alle personar med demens, lid av smerte der helsepersonell ikkje klarer å forstå eller tolke signala (Skovdahl, 2020, s. 436). Derfor kan behovet for god smertekartlegging hos pasientar med demens, vere ein viktig faktor for å sikre god behandling.

## 2.0 Problemstilling

«Korleis kan sjukepleiar kartlegge smerte hos agiterte pasientar med langtkommen demens?»

### 2.1 Avgrensing

I oppgåva er det valt å avgrense til pasientar som bur på sjukeheim, og har ein alder på over 65 år. I tillegg har pasienten ein langtkommen demensdiagnose og agitert åtferd. Det er valt å ta utgangspunkt i at ein langtkommen demensdiagnose, er demens grad tre. Pasientane har mista sin verbale uttrykksevne og mista evne til å forstå det som blir sagt. Det er ikkje lagt fokus på tilnæringsmåtar og verbalt kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient gjennom oppgåva.

Det blir nemnt fleire forskjellige smertekartleggingsverktøy, men det er i hovudsak skjemaet MOBID-2 som blir brukt gjennom oppgåva. Fokuset vil ikkje ligge på korleis ein brukar verktøyet, men verknaden bruken av det har på pasientar med langtkommen demens. Vidare vil oppgåva også fokusere på sjukepleiarane sin kunnskap rundt bruk av smertekartleggingsverktøy.

### 2.2 Begrepsavklaring

«Agitasjon» kan definerast som ein tilstand på åtferd som kan oppstå ved ytre uro og indre spenning. Det kan være aggresjon, manglande hemningar, motorisk og verbal uro, plukking, spyting og så vidare (Selbæk, 2018, s. 249-250).

«Afasi» er problem med å uttrykke ord og å forstå andre sin tale (Norges ledende helseoppslagsverk, 2022).

### 3.0 Teoretisk perspektiv

I dette kapitlet vil det teoretiske grunnlaget bli lagt fram, som vidare vil bli brukt i drøftingsdelen i oppgåva. Her vil det bli lagt fram relevant litteratur, teori, føringar og andre dokument som vil belyse demens, pårørende, smerte og smertekartleggingsverktøy.

#### 3.1 Demens

Demens er ein uhelbredelig sjukdom (Norges ledende helseoppslagsverk, 2021b), og ein fellesnemning på ein rekke ulike sjukdommar og skadar med ulik bakgrunn (Skovdahl, 2020, s. 418). Det finst ingen medikament som kan stoppe utviklinga, eller som kan helbrede demenssjukdommen. Derimot finst det nokre medikament som kan betre symptoma. Desse legemidla har oftast liten effekt, men kan virke positivt inn på kognisjon, merksemd og hukommelse hos dei demensråka pasientane (Norges ledende helseoppslagsverk, 2021a).

Symptoma for dei forskjellige demenssjukdommane er ulike og avhenger av korleis hjernen er blitt påverka. Ein deler demenssjukdommane inn i tre hovudgrupper som er primærdegenerativ sjukdom, vaskulær demens og sekundærdemenssjukdommar. Primærdegenerativ sjukdom kjem av gradvis øydelegging av visse hjerneceller. Typisk er at dette kan ha gått for seg ei stund før man sjølv, eller dei rundt har begynte å merke forandring. Alzheimers sjukdom og Parkinson sjukdom med demens er typisk eksempel for denne gruppa (Skovdahl, 2020, s.419). Ved vaskulær demens er ofte årsaka store hjerneinfarkt, mange små hjerneinfarkt og sjukdom djupt i hjernevevet. Vaskulær demens kan komme brått og plutselig. Det forverre seg oftast rask i forbindelse med nye hjerneinfarkt eller blødingar. Mange har både vaskulær demens samtidig med Alzheimers sjukdom. Siste gruppa er sekundærdemenssjukdommar. Det kan komme av for eksempel rusmisbruk, alvorleg vitamin B12 mangel, aids, hjerneskarar, svulstar og meir (Skovdahl, 2020, s. 421).

Det er ikkje uvanleg at personar med demens har meir enn ein demensdiagnose. Det kan i nokre tilfelle være vanskeleg å skilje om det er primære degenerative eller vaskulær demens som er årsaka til demenssymptoma, og dette gjeld spesielt i høgare alder. Personar med demens kan leve i mange år, men demenssjukdommen er alvorlege tilstandar som forkortar levetida. Sjukdommen er i seg sjølv dødeleg, men dei fleste med demens dør av andre årsakar (Skovdahl, 2020, s. 422).

Det er forskjellige alvorsgrad av demens. Mild grad av demens er ein fase der personen og dei andre rundt merke tap av hukommelse og at det får konsekvensar i kvardagen. Personen kan for eksempel gløyme å kjøpe mat, hugse avtalar eller komme på viktige ord. Det kan vere behov for påminning, men dei kan klare seg fint heime. Moderat grad av demens er ein fase der ein får merkbart dårlegare hukommelse. Personen vil ikkje forstå konsekvensen av val han tek, som for eksempel at påkledning er blitt for komplisert.

Kommunikasjonsproblema oppstår og stadsansen sviktar i denne fasen. Ved langtkommen og alvorleg demens, kan sjukdommen utvikle seg til grad tre. Personen kan berre hugse eit par ting frå tidlegare i livet. Å kjenne att familiemedlem eller stemma til sine nære er ei stor utfordring på dette stadiet. Ordforrådet er svært avgrensa, og det kan opplevast som eit kaos der personen ikkje er klar over tid eller stad (Skovdahl, 2020, s. 422).

I Demensplan 2025, (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 32) kjem det fram at utviklinga av alvorsgrad hos pasientar med demens, også følgjer utviklinga av symptom. Utover i sjukdomsforløpet kan pasienten få endra åtferds- og reaksjonsmønster. Eksempel på dette kan vere vrangførestillingar, hallusinasjonar, aggresjon, irritabilitet og avvikande motorisk åtferd. Både demenssjukdommen i seg sjølv, men også smerte kan vere forhold som påverkar åtferda. Dette kan vere krevjande for pårørande og helsepersonell som står rundt.

### 3.2 Språkleg utfordring hos pasientar med demens

Språklege utfall kan variere hos dei ulike demenstypene. Ved vaskulær demens blir ikkje det språkrelaterte hjerneområdet affisert. Då kan språkfunksjonen være tilnærma normal i

lengre tid. Derimot ved Alzheimers sjukdom vil språkleg utfall oppstå utover i sjukdomsforløpet (Wogn-Henriksen, 2020, s. 91). Som ein konsekvens av skaden i språkområdet i hjernen kan personen få afasi, og kan dermed både få vanskar med å forstå det som blir sagt, og i tillegg uttrykke meiningane sine (LHL Hjerneslag og Afasi, u.å.). Når direkte språk sviktar vil det generelle kognitive funksjonsnivået få ein innverknad på kommunikasjonen, og dette gjer det utfordrande å oppfatte blant anna smerte hos pasienten (Wogn-Henriksen, 2020, s. 91).

Personar med demens blir som oftast prega av svekka kognisjon ut i sjukdomsforløpet, og ved langtkommen demens blir dei fleste verbale aktivitetar tapt. Språkleg blir flyten i ordproduksjonen dårlegare og dårlegare, med fleire pausar og nølingar. Vidare kan det aktive ordforrådet avgrensast til nokre enkeltord eller til stumheit, og det blir vanskeleg for sjukepleiarar å tolke kva pasienten følar (Wogn-Henriksen, 2020, s. 108). Likevel betyr det ikkje at kommunikasjon blir mindre viktig under demensutviklinga (Wogn-Henriksen, 2020, s. 90).

### 3.3 Smerte ved demens

Befolkninga vil auke i åra som kjem, som eit resultat av medisinske framsteg og innføring av ny kunnskap. I tillegg til dette vil alderen på befolkninga auke, og dermed også tal personar med aldersdemens. Ei følgje av høgare alder kan vere både akutt og langvarig smerte. Ved aldersdemens og høgare alder kan redusert organfunksjon og kognitiv svikt gjere behandling og generell smertediagnostikk meir utfordrande. Høgare alder gir endring i smerteoppleving i følge eksperimentelle og kliniske studiar (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Høgre alder er assosiert med både smerte og demens. Pasientar som har ein demensdiagnose får ofte mindre smertelindring enn pasientar utan demensdiagnose (Häikiö, 2015, s. 5). Generelt er smerte hos pasientar med demens undervurdert og underbehandla (Skovdahl, 2020, s. 436). To av årsakene til dette er truleg på grunn av korleis pasientar med demens uttrykker smerte og korleis smertekartlegginga hos desse pasientane blir gjennomført av helsepersonell (Häikiö, 2015, s. 5). Smerte aukar ved høgare alder, og det er sannsynleg at også personar med demens har mykje smerte (Häikiö, 2015, s. 6). Omtrent

20% av alle personar med demens, lid av smerte på grunn av at personane rundt ikkje klarer å forstå eller tolke signala (Skovdahl, 2020, s. 436). Pasientar med demens som har manglande språk, har større vanskar for å uttrykke smerte då dei ikkje kan uttrykke det verbalt. Dette kan vidare føre til at det er vanskelegare å behandle. Smertene kan då ofte komme til uttrykk gjennom agitasjon som for eksempel uro og utagering, eller manglande samarbeid (Häikiö, 2015, s. 23). I tillegg kan nedsett evne til å formidle oppleving, nedsett evne til abstrakt tenking og nedsett hukommelse, gjere det vanskeleg å uttrykke smerte for pasientar med demens (Häikiö, 2015, s. 25).

Demens og smerte er to ulike årsaker som kan føre til redusert livskvalitet (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399). Livskvalitet kan bli definert på forskjellige måtar (Wogn-Henriksen, 2020, s. 90). Folkehelse rapporten frå folkehelseinstituttet har delt livskvalitet inn i subjektiv og objektiv livskvalitet. Den subjektive livskvaliteten er kva den enkelte opplev som eit godt liv, og fråvær av negative kjensler og psykiske plage. Den objektive livskvaliteten omhandlar eit viktig grunnlag for den subjektive, og handlar om viktige sider som trygghet, fellesskap og helse hos pasienten (Nes et al., 2021).

### 3.4 Smertekartlegging

Det finst mange forskjellige kartleggingsverktøy for å kartlegge smerte. Eksempel på nokre skalaer er visuell-analog-skala (VAS), verbal rating-skala (VRS) og numerisk rating-skala (NRS). Men her er ein avhengig av at pasientane sjølv kan rapportere korleis dei opplever smertene. Helsepersonell må nytte andre kartleggingsverktøy for å vurdere smerte, når pasienten ikkje klarer å rapportere dette sjølv. Hos pasientar med demens er ein avhengig av å nytte skjema der ein kan observere for eksempel smerteuttrykk som ansiktsuttrykk, vokalisering og kroppsbevegelsar.

Ein kan ikkje utan vidare omsetja kartleggings skjema frå andre språk, til norsk. Det er derfor anbefalt å nytte skjema som er testa ut på norsk og i norske omgivadar (Häikiö, 2015, s. 28). Mobiliserings-observasjon-atferd-intensitet-demens-2 er eit skjema som er anbefalt hos desse pasientane, testa ut i Noreg og utvikla av norske forskarar. MOBID-2 er tilpassa

helsepersonell som jobbar på sjukeheim, og for pasientane sin kvardag på sjukeheimen. Dette er eit skjema som fokuserer på uttrykka ein kan observere hos pasienten, og blir for eksempel gjennomført under morgonstell når ein både kan observere pasienten i bevegelse og i ro (Häikiö, 2015, s. 31).

MOBID-2 (vedlegg 1) består av to delar. Første del fangar opp smerte frå muskulatur, ledd og skjelett. Det skal utførast med fem standardiserte aktivitetar som er typisk i kvardagen på ein sjukeheim, som å bøye og strekke knea eller snu seg i senga (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2023). Det gjer at ein får vurdert eventuelle smerte i bevegelse, men moglegheit for å stoppe mobiliseringa dersom ein mistenke at det er smertefullt for pasienten. Personalet vurderer pasienten sin respons under mobilisering og krysse av dersom pasienten viser smerterelatert åtferd, som ynke-lydar eller rynker i panna. Åtferda blir tolka ut i frå ein punkts skala frå 0-10, der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkeleg. I del to gjer skjemaet personalet oppmerksom på pasienten sin åtferd som kan være relatert til smerte frå hovud, hud eller indre organ. Smerte kan oppstå på grunn av sår, infeksjon eller blant anna sjukdom. Observasjonar som personalet har gjort same dag og i løpet av ei veke, skal være med i vurderinga (Sandvik & Husebø, 2011).

### 3.5 Pårørande til pasientar med demens

Pårørande er eit nært familiemedlem eller andre personar som står pasienten nær (Smebye, 2020, s. 272). Det å være pårørande til ein person med demens kan påverke heile livssituasjonen. Demenssjukdommen tek over, fordi den blir styrande for det som skal skje eller planleggast (Skovdahl, 2020, s. 437). Dei er likevel ein viktig støtte. Ein pasient med demens kan sjå på sine nære som noko kjent og trygt, i ein ukjent situasjon og i eit framand miljø. Pårørande kan gi forståing og oppleving av samanheng i kvardagen (Ranhoff, 2020, s. 236).

Pårørande har ei viktigare rolle i demensomsorga no enn før. Dei blir ofte omtala som ein ressurs, og kan i fleire tilfelle vere eit bindeledd mellom helsepersonell og pasienten med demens (Smebye, 2020, s. 270). Som helsepersonell er det derfor viktig å samarbeide med

pårørnde, då dei kan oppmuntre og støtte pasienten. Påørnde kjenner pasienten ofte godt, og kan gi viktige opplysningar om pasienten sine symptom og meiningar. Ved eit godt samarbeid mellom helsepersonell og påørnde, bidreg ein til betre behandling (Ranhoff, 2020, s. 237).

### 3.6 Ethiske og juridisk rammer i sjukepleie

Norge har ei lov om helsepersonell som skal bidra til sikkerheit for pasientane. Det skal også bidra til kvalitet i helse- og omsorgstenesta (Helsepersonelloven, 1999, § 1). I denne lova står det også at gjennom alt arbeid skal helsepersonell følgje krav om fagleg forsvarlegheit, i tillegg til å gjennomføre omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Pasient- og brukarrettighetslova trekker i tillegg fram at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, og eit verdig tenestetilbod (1999).

For å kunne gjennomføre god sjukepleie, må ein ta omsyn til etiske verdiar som autonomi og verdigheit. Gjennom autonomiprinsippet gir ein pasienten friheit til å bestemme sjølv, følgje egne ønskjer og val (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 112). Det er ikkje alle pasientar med demens som har moglegheit til å bestemme sjølv, då dei kan ha miste samtykkekompetansen (Helsedirektoratet, 2022c). Det er likevel viktig å hugse på at det ikkje betyr at pasientar med demens ikkje skal få lov å komme med ynskjer eller ytre meiningane sine utan at det blir brukt tvang. Det er også viktig at sjukepleiaren tek omsyn til grunnverdien verdigheit, i gjennomføringa av god helsehjelp. Sjølv om pasienten har ein demensdiagnose, er det viktig at alle menneske er like mykje verd (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 113).

Gjennom dei yrkesetiske retningslinjene har sjukepleiaren eit personleg ansvar for at praksisen ein gjennomfører skal vere fagleg, etisk og juridisk forsvarleg (Norsk sykepleieforbund, u.å.). Det kjem også fram at sjukepleiaren må halde seg oppdatert på forskning og kunnskap innanfor sitt fagområde (Norsk sykepleieforbund, u.å.). Det kan vere å oppdatere seg på nye eller oppdaterte smertekartleggingsverktøy. Ved å tileigne seg

kunnskap på denne måten, kan ein bidra til å anvende ny kunnskap i praksis (Norsk sykepleieforbund, u.å.).

### 3.7 Sjukepleieteoretikaren Joyce Travelbee

Joyce Travelbee har eit fokus på kommunikasjon i sin sjukepleieteori, som gjer at ein kan etablerer eit menneske-til-menneske forhold. Menneske-til-menneske referer i sjukepleie til samhandling mellom mennesket som er sjukepleiar og mennesket som har behov for sjukepleiaren sine tenester. Menneske-til-menneske forhold kjem ikkje av seg sjølv. Det må byggast opp dag for dag, og samtidig må sjukepleiar samhandle med pasienten (Travelbee, 1999, s. 171). All interaksjon med den sjuke pasienten gir sjukepleiaren ein moglegheit til å bli kjent med pasienten som menneske og ivareta hans behov. Derfor har kommunikasjon stor betydning. Travelbee tek for seg at nonverbal kommunikasjonar skjer også når ein er stille. Gjennom observasjon av teikn frå den eine parten, kan den andre parten oppfatte følelsar og inntrykk (Travelbee, 1999, s. 135).

## 4.0 Metode

Metoden som er nytta for å svare på problemstillinga er litteraturstudie. Dette er ein type studie som systematiserer kunnskap. Målet i studien er å samle inn litteratur frå teori, forskning og anna skriftelege kjelder. Ein går kritisk gjennom litteraturen, før ein til slutt setter det heile saman. Hensikta med oppgåva er å gi lesaren god forståing og kunnskap rundt problemstillinga som er valt (Thidemann, 2019, s. 77-78).

### 4.1 Databasar og søkeord

I arbeidet med å gjennomføre søk etter forskning, handlar det om å organisere søkeord og utvikle ein god søkestrategi. Arbeidet med å utvikle ein god søkestrategi er viktig for å systematisk og effektivt komme fram til relevante treff (Thidemann, 2019, s. 87).

Ved gjennomføring av søk i databasar, blei det tatt utgangspunkt i problemstillinga og deretter brukt rammeverket PICO (vedlegg 2) for å komme fram til gode søkeord. Når søkeorda blei lagt inn i dei ulike databasane, vart alle orda i eit element i PICO-skjemaet



kombinert med OR, før alle elementa til slutt vart kombinert med AND (Nortvedt et al., 2021, s. 67).

Det er valt databasar som er relevante ut ifrå temaet i oppgåva (Thidemann, 2019, s. 85). Først og fremst er det gjennomført søk gjennom databasen Medline. Dette fordi det er ein database som eignar seg innanfor medisin, og vil vere relevant knytt opp mot kartlegging av smerte. I tillegg er databasen Academic Search Elite brukt, då dette er ein artikkeldatabase som har både vitenskapleg artiklar og generelle tidsskrifter frå mange forskjellige fagområde. CINAHL er den siste databasen, som inneheld engelskspråkleg litteratur innanfor felt som sjukepleie. Denne inneheld tidsskriftartiklar, kvalitativ forskning, bøker og meir som kan vere relevant i søk etter forskning (Høgskulen på Vestlandet, u.å.).

#### 4.2 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk handlar om å vurdere og karakterisere litteraturen som er funnet (Dalland, 2020, s. 152). I tillegg må ein kunne gjere greie for kva kriteria ein har nytta under utvalet. Poenget er at lesaren skal få ta del i refleksjonar som ein har gjort seg om relevans og gyldigheita som litteraturen har når ein skal belyse problemstillinga. Kjeldekritikk betyr også at ein kan vurdere om litteraturen ein har funne lar seg bruke til å beskrive og belyse problemstillinga. Ei utfordring er at fagstoff og pensum ofte kan være sekundærlitteratur, og ikkje primærkjelde. Det betyr at litteraturen er presentert og tilarbeida av ein anna enn den forfattaren som opphavelg har skreve primærkjelda. Det betyr at det opphavelge perspektivet kan ha endra seg. Grunnen til at ein utøve kjeldekritikk er kunnskap, og den kunnskapen er tileigna gjennom teori og pensum (Dalland, 2020, s. 152).

Ettersom søket ga treff i ulike databasar, vart overskrifter og abstrakt lest. Vidare vart dei aktuelle artiklane finlese. I tillegg vart det brukt sjekklister for å vurdere artiklane sin kvalitet og relevans opp mot problemstillinga (Thidemann, 2019, s. 90). Bruk av sjekklister er viktig for å sikre truverdige resultat og at det er relevant for sjukepleiepraksis (Helsebiblioteket, 2021, punkt 4.1). Søkestrategi blir presentert som vedlegg 4 i bacheloroppgåva.

### 4.3 Inklusjon- og eksklusjonskriteriar

Det vart satt opp ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier (vedlegg 3) for å gjere søket tydelegare og dermed avgrense mengda litteratur i trefflista (Thidemann, 2019, s. 83-84). Gjennom søk etter forskning er det forsøkt å nytte artiklar som ikkje er eldre enn fem år, dette for å sikre mest mogleg oppdatert funn og data. Ein ser på den andre sida at utfordringa var mykje lik før, samanlikna med forskning frå nyare dato. Det er derfor likevel valt å avgrense søk i database tilbake til år 2010, for å ikkje utelukka relevante artiklar. Videre er det derfor valt å inkludere to artiklar som er eldre enn fem år, då dei inneheld relevante funn for å belyse problemstillinga.

Oppgåva er avgrensa til pasientar med demens på sjukeheim. Gjennom forskingslitteraturen, fokuserer alle artiklane på nettopp denne pasientgruppa, utanom Smith et al. (2022) sin artikkel. Dei fokuserer på pasientar med demens som får helsehjelp i omsorgsbustadar. Det blir likevel valt å inkludere artikkelen i drøftinga, då ein kan sjå samanheng med både innhaldet og funna deira opp mot problemstillinga i oppgåva.

Forskingsartiklane som er valt er frå Noreg og England. Sjølv om det engelske helsevesenet ikkje er likt som det norske, er det fellestrekk som gjer til dei blir inkludert i oppgåva. I tillegg er problemstillinga med befolkningsauke og dermed aukning i tal pasientar med demens, ikkje berre relevant i Noreg, men over heile verda.

### 5.0 Presentasjon av innhald i forskingsartiklar

I dette kapittelet blir det lagt fram funn frå forskingsartiklane som er inkludert i oppgåva, for å belyse problemstillinga. Litteraturmatrise til dei aktuelle artiklane er lagt ved som vedlegg 5. For å strukturere funna i denne delen av oppgåva, er dei sortert i følgjande tema: bruk av kartleggingsverktøy og sjukepleiaren sitt ansvar. Det andre temaet livskvalitet, agitasjon og pårørande.

## 5.1 Bruk av kartleggingsverktøy og sjukepleiarane sitt ansvar

Studien til Jansen et al. (2018) ser på korleis sjukepleiarar og legar brukar smertekartleggingsverktøy hos pasientar som dør med alvorleg demens. I tillegg ser dei på sjukepleiarane sitt syn på praktisk utvikling og opplæringsbehov rundt smertekartlegging. Det blei utført eit semistrukturert intervju av 23 legar og 24 sjukepleiarar med erfaring rundt demens. Gjennom resultatet i studien var det tre tema som kom fram. I første tema såg dei nytten av å bruke smertekartleggingsverktøy for mindre erfarne tilsette, slik at dei betre kunne kjenne igjen smerte hos pasienten. Vidare tok dei for seg at det var utfordringar med å observere nonverbale signal og åtferd. Det andre tema var at fleire sjukepleiarar synst det var vanskeleg å implementere eit slikt skjema og at det ikkje tilførte noko verdi til eksisterande tilnærmingar. Det viste seg å være stor variasjon ut i frå korleis personale utførte vurderinga og tolkinga av smerteobservasjonane. Det tredje temaet var perspektiv på praksisutvikling og korleis opplæringsfungerer i smertevurderinga. Her kom det fram at fleire synst det var vanskeleg å kjenne att ulike smertetypar i denne pasientgruppa. Hovudfunnet var eit mindretal som faktisk brukte smertekartleggingsverktøy hos pasientar som døydde med alvorleg demens, sjølv om dei var klar over anbefalingar om å bruke det.

Lillekroken og Slettebø (2013) ville gjennom sin artikkel utforske kva for kunnskap og erfaringar sjukepleiarar har når det gjeld smertekartlegging, smertelindring og evaluering hos pasientar med demens. Bakgrunnen for dette var den stigande alderen i befolkninga, og dermed auka førekomst av sjukdom, skade og aldersdemens. Dei samla inn data gjennom forskingsgruppeintervju og ein semistrukturert intervjuguide. Gjennom dette fann dei at smertekartlegging og smertelindring hos pasientar med demens er utfordrande for sjukepleiarane. Ein årsak til dette var at eldre og menneske med demens, rapporterte mindre smerte enn yngre personar. Det kunne også vere utfordrande dersom pårørande hadde sterke meiningar på pasienten sine vegne. Lillekroken og Slettebø meina at regelmessig bruk av kartleggingsverktøy for pasientar med demens, vil auke sjansen for at smertekartlegginga og smertelindringa blir meir effektiv. Sjukepleiarane sin kunnskap rundt temaet er viktig, og dei har eit eige ansvar for eigen fagutvikling.

Smith et al. (2022) gjennomførte ein systematisk litteraturgjennomgang av både publisert og upublisert litteratur, der målet var å utforske korleis personar med demens, pårørande og

helsepersonell såg på smertebehandling ved demens. Dei fann usikkerheit blant sjukepleiarar rundt bruk av smertekartleggingsverktøy, og at dei dermed sjeldan vart brukt. Som ein konsekvens av dette såg dei fleste på smertekartlegging og smertelindring som ei utfordring, og at det kan påverke vurderingsevna negativt. Dei konkluderte derfor med at utdanning, kunnskap, erfaring og kommunikasjon er nøkkelen til god smertelindring. Vidare trakk dei fram at det trengst meir fokus på dette i utdanningsforløpet til helsepersonell, spesielt med tanke på den kommande forventna aukinga av eldre med demens.

## 5.2 Livskvalitet, agitasjon og pårørende

I tillegg fann Smith et al. (2022) viktighet med kjennskap til pasienten sine rutinar og vanleg åtferd, for å kunne oppdage eventuelle smerte. Denne kjennskapen kunne også i seg sjølv vere med å redusere agitasjon, som igjen kunne auke livskvaliteten til både personen med demens og pårørende som står rundt.

Helvik et al. (2021) hadde som mål å utforske om smerte var assosiert med livskvaliteten hos pasientar med demens på norske sjukeheimar. Det var 953 norske sjukeheimspasientar med demens som blei inkludert. Dei brukte MOBID-2 for å kartlegge smerte, og kartleggingsverktøyet QUALID for å kartlegge livskvaliteten. Resultata viste at 36% av pasientane hadde smerte, samt at 52% fekk analgetika. Dei såg også at pasientar med alvorleg demens oftare hadde smerte enn pasientar med lågare grad av demens. Helvik et al. la fram at kan være vanskeleg å tolke smertesignala frå pasientar med langtkommen demens. Dersom ein ikkje behandlar smertene kan dette utløyse symptoma som aggresjon, psykose, apati eller agitasjon. Alvorleg smerte var også assosiert med lågare livskvalitet. Studien tok for seg at det derfor er nødvendig med rutinemessig kartlegging av eventuelle smerte, då dette kan gi betre behandling og auke livskvaliteten til pasientar med demens.

Studien til Husebo et al. (2011) undersøkte sjukeheimspasientar med moderat til alvorleg demens som også hadde åtferdsforstyrning. Dei ville sjå på om behandling av smerte, også kunne redusere agitasjon hos denne pasientgruppa. Dei brukte MOBID-2 for å score smertene og andre skjema for å vurdere agitasjon, aggresjon, dagliglivsaktivitetar og kognisjon. Totalt 352 sjukeheimspasientar gjennomgjekk ein randomisert studie. Funna viste viktigheita med å vurdere og behandle smerte, som vidare er med på den generelle

behandlinga og førebygginga av agitasjon og aggresjon hos pasientar med alvorleg demens. Verdien av effektiv smertebehandling kom også fram ved at ein kunne redusere bruken av antipsykotika hos denne pasientgruppa. Nokon av åtferdssymptoma blei forbetra ved at personalet fekk økt kompetanse og opplæring i bruk av kartleggingsverktøy.

Dam et al. (2019) gjorde ein tverrsnittsanalyse av data frå 67 langtidsinstitusjonar, knytt til kommunikasjon, systematisk smertevurdering og behandling av smerte. Dei hadde som mål å få innsikt i forskjellige kjenneteikn hos personar med avansert demens, med og utan smertestillande medikament. Dei ville også få innsikt i livskvaliteten til personane, og samanheng mellom bruk av paracetamol og livskvalitet. Hypotesen deira var at pasientar med ein demensdiagnose som brukte smertestillande, ville ha mindre smerte og vidare dermed betre livskvalitet. I motsetning til dette fann dei at samanlikna med livskvaliteten til personar med demens som ikkje brukte smertestillande, så var livskvaliteten lågare når dei brukte faste smertestillande. Dette understrekar i følgje Dam et al. behovet for regelmessig smertevurdering og medisingjennomgang. Dei konkluderer også med at det trengst meir forskning for å sjå effekt av smertestillande på livskvalitet.

## 6.0 Drøfting

Problemstillinga i denne oppgåva er: «Korleis kan sjukepleiar kartlegge smerte hos agiterte pasientar med langtkommen demens?». I denne delen av oppgåva vil problemstillinga bli drøfta i lys av funn frå forskning, teori, litteratur, føringar og egne erfaringar. Det er delt inn i følgjande tema for at det skal bli meir oversikteleg: kartleggingsverktøy og sjukepleiaren sitt ansvar, og smertepåverknad hos pasientar med demens. Videre er det delt inn i fleire underpunkt, for at det skal bli meir oversikteleg.

### 6.1 Kartleggingsverktøy og sjukepleiaren sitt ansvar

#### 6.1.1 Smertekartlegging ved bruk av skjema

Smerte er ei personleg oppleving, som gjer det nødvendig for personen sjølv å forklare kor ein har vondt og graden av smerte (Sandvik, 2020). Dette er utfordrande for pasientar med langtkommen demens som kan ha mista sin verbale uttrykksevne (Häikiö, 2015, s. 25). Deira kommunikasjonsmåte kan vere å uttrykke seg gjennom nonverbal kommunikasjon, som

kroppsspråk og stemningsleie (Eide & Eide, 2017, s. 321). Pasient- og brukarrettigheitslova (1999, § 3-5) tek for seg at informasjon som skal bli gitt frå helsepersonell til pasient må være tilpassa mottakaren sine individuelle forutsetningar. Videre må då helsepersonellet sikre at mottakaren forstår betydninga og innhaldet. Ein utfordring knytt til denne lova, kan vere i samhandling med pasientar som har langtkommen demens og afasi (Eide & Eide, 2017, s. 321). Dette kan medføre misoppfatning knytt til korleis pasienten har det. Ein vidare konsekvens av uoppdaga smerte kan då vere agitasjon, uro, søvnproblem og depresjon. Det burde derfor rettast stor merksemd knytt til smerte ved arbeid med eldre og personar med demens (Häikiö, 2015, s. 25).

På grunn av pasientar med demens sine språkvanskar, kan det vere nødvendig å nytte andre metodar for kartlegging av smerte, enn ein gjerne ville gjort hos ein pasient utan demensdiagnose. Eit alternativ kan vere å nytte kartleggingsverktøy basert på pasienten sin smerteåtfærd og smerteuttrykk (Häikiö, 2015, s. 28). Ved bruk av smertekartleggingsverktøy vil ein derimot ikkje kunne måle kvar smertene sitter, men ein kan få eit bilde på om pasienten har smerte og korleis dei eventuelt påverkar pasienten (Häikiö, 2015, s. 26). Lillekroken og Slettebø (2013) og Helvik et al. (2021) viser også til at bruk av smertekartleggingsverktøy er eit relevant tiltak for å kartlegge smerte hos desse pasientane.

I dag finst det fleire smertekartleggingsverktøy som er tilpassa for demensramma pasientar, som blant ann skjemaet MOBID-2 som Husebo et al. (2011) og Helvik et.al. (2022) tek for seg i sine artiklar. Gjennom slike skjema kan helsepersonell tolke nonverbale teikn som kan være uttrykk for smerte. Slike åtfærdsbasert smertekartleggingsskjema kan vere nødvendig når ein skal smertekartlegge pasientar med langtkommen demens (Sandvik & Husebø, 2011). Ved å gjennomføre kartlegginga rutinemessig, aukar ein sannsynet for å oppdage smerte (Häikiö, 2015, s. 26). Jamleg smertekartlegging, og deretter justering av smertestillande medikament, kan også vere med på å unngå under- og over medisinerings (Dam et al., 2019). Bruk av smertekartleggingsverktøy er i følge Jansen et al. (2018) ein del av god praksis og god omsorg til pasientane med smerte.

Ulempa med eit skjema som MOBID-2, er derimot at ein del helsepersonell ynskjer ei felles oppfatning av korleis pasienten er, og spør gjerne andre kollegar om korleis dei vurderer

smertene. Det kan være uheldig. Personen som har vurdert pasienten gjennom dei forskjellige punkta, må også vurdere kva som blir pasienten sin endelege smerteskår. Den totale smerteskåren hos pasienten skal gjenspeile smerteintensiteten. Totalskåren kan være høg fordi pasienten har store smerte i fingrane etter mange år som arbeidar, men det betyr ikkje at han har vondt alle andre plassar. Dette kan være missvisande dersom ein ikkje har sett seg inn i skjemaet (Sandvik & Husebø, 2011).

Jansen et al. (2018) trekker også fram spørsmålet om bruken av slike skjema sin pålitelegheit, gyldigheit og klinisk nytte i praksis. Både på grunn av at det finst forskjellige metodar, deltakarar og alvorsgrad av demens. I tillegg til at det kan vere vanskeleg å skilje uttrykk for smerte frå andre ubehag. Dei meiner også det er mangel på gode studiar som har utprøvd, evaluert og rapportert verknaden av kartleggingsverktøya ut ifrå resultat frå pasientane (Jansen et al., 2018). Det vil alltid vere ein risiko for å ikkje fange opp eksisterande smerte, eller registrere åtferd som ikkje er smerterelatert. Likevel kan bruk av kartleggingsskjema på den andre sida vere eit godt hjelpemiddel til systematisk kartlegging, for å i større grad oppdage smerte. I tillegg kan det bidra til eit større fokus på smerte blant sjukepleiarar (Häikiö, 2015, s. 33).

### 6.1.2 Sjukepleiaren sitt ansvar

Ein barriere for å kunne gjennomføre optimal smertelindring, er manglande smertekartlegging og manglande kunnskap om smerte blant helsepersonell (Häikiö, 2015, s. 36-37). Ein føresetnad for å kunne gjennomføre god omsorg og god smertelindring, er at sjukepleiaren har kunnskap rundt temaet. Sjukepleiarar har eit ansvar for eigen fagutvikling og å arbeide kunnskapsbasert (Lillekroken & Slettebø, 2013). Gjennom dei yrkesetiske retningslinjene inngår også eit personleg ansvar for at praksisen skal vere fagleg, etisk og juridisk forsvarleg (Norsk sykepleieforbund, u.å.). Sjukepleiarar må dermed ha kunnskap rundt smertekartleggingsverktøy og bruken av dei.

Smith et al. (2022) trekker fram mykje usikkerheit hos sjukepleiarar knytt til smertekartleggingsverktøy tilpassa personar med demens. Dette fører til at verktøya sjeldan blei brukt, og sjukepleiarane såg på vurdering av smerte hos denne pasientgruppa som utfordrande. Jansen et al. (2018) støtter også Smith et al. (2022) her, då dei fann at fleire

deltakarar synest det var vanskeleg å bruke slike verktøy, som førte til at dei ikkje blei brukt. Dette til tross for at sjukepleiarane var klar over anbefalingar rundt bruken av dei (Jansen et al., 2018). Lillekroken og Slettebø (2013) fann også at deltakarane i studien deira ikkje brukte smertekartleggingsverktøy. Desse deltakarane var i tillegg i tvil om ein kunne bruke slike verktøy på denne pasientgruppa. Gjennom dei forskjellige praksisane på sjukepleiestudie og erfaringar frå demensavdeling, er det ikkje opplevd at for eksempel MOBID-2 eller liknande skjema blei brukt eller nemnt i tilfelle der det hadde vore behov for det. Dette opplevast merkverdig og kritikkverdig, ettersom praksis verka å ikkje vere i tråd med dei teoretiske anbefalingane. I følgje Lillekroken og Slettebø (2013) seier dei at det kan bli tilfeldig kva behandling som blir gitt, dersom sjukepleiarane berre har god kunnskap rundt smertelindring og ikkje smertekartlegging. Helsehjelpa som då blir gjennomført kan bli ein gjentakning av rutinar og faste gjeremål som sjukepleiaren sjølv har laga seg. Det er viktig at helsepersonell ikkje antek at pasientar med demens automatisk er smertelindra, dersom dei bruker smertestillande medikament (Dam et al., 2019).

Det viser seg at fleire helsepersonell synst det er utfordrande å skilje smerte frå andre behov. I tillegg er det ofte utilstrekkeleg opplæring, arbeidsbelastninga er for stor på arbeidsplassen og anna som gjer at det blir press på tida for å skulle gjennomføre kartlegginga (Jansen et al., 2018). Underbemanning og tidsklemma i helsevesenet kan vere ein stoppar for å gjennomføre god kvalitet på grunnleggande sjukepleie og dermed god smertekartlegging (Fonn, 2020). Häikiö (2015, s. 38) trekker også fram at det krevjar tid og trening for å kunne gjennomføre rask og effektiv smertelindring. Vidare trekker ho likevel fram at det har vist seg å ta omtrent fem minuttar å gjennomføre smertekartlegging ved bruk av MOBID-2 skjema og gode bakgrunnskunnsapar. Ein kan dermed sjå større nytteverdi i lengda, av å prioritere tid til opplæring og implementering av kunnskap blant sjukepleiarar på aktuelle arbeidsplassar.

Lillekroken og Slettebø (2013) trakk fram at fleire sjukepleiarar ønskte felles retningslinjer for korleis ein skal gjennomføre og forholde seg til smerte og smertelindring hos pasientar med demens. Det finst derimot mange ulike symptom hos dei ulike demensdiagnosane, og det kan utarte seg ulikt frå person til person (Helsedirektoratet, 2022a). På grunn av dette var det på den andre sida fleire informantar som meinte at det ikkje ville fungere med felles



prosedyrar og retningslinjer, då pasientane er forskjellige og kan trenge forskjellig behandling (Lillekroken & Slettebø, 2013). Realiteten er at sjølv om det er stor individuell forskjell på pasientar med demens, kan det uansett være ein fordel å ha utarbeida rutinar, då det kan lette bruken av kartleggingsverktøy hos sjukepleiarar (Häikiö, 2015, s. 38).

Ein konsekvens av lite kunnskap rundt smertebehandling til pasientar med demens, kan vere dårleg vurderingsevne (Smith et al., 2022). Smith et al. konkluderer også med at det trengst meir fokus på dette i utdanningsforløpet, spesielt med tanke på den kommande forventa aukinga av eldre med demens. Sjølv viktighet av kunnskap gjennom undervisning, har også sjukepleiarar sjølv eit ansvar å halde seg oppdatert på forskning og utvikling innanfor sitt fagområde. Gjennom dette kan ein anvende ny kunnskap i praksis, som igjen vil vere med på å sikre omsorgsfull hjelp og at helsehjelpa er fagleg forsvarleg (Norsk sykepleieforbund, u.å.). Helsepersonellova § 4 (1999) trekker også dette fram, ved at alt arbeid sjukepleiaren gjer må følgje krav til forsvarlegheit og at hjelpa skal vere omsorgsfull. Dersom sjukepleiarar skal anvende noko i praksis utan å ha tileigna seg kunnskapen gjennom utdanning, stiller det dermed krav til kvar enkelt sjukepleiar må lese seg opp på fagområdet før ein gjennomfører helsehjelpa i praksis.

## 6.2 Smertepåverknad hos pasientar med demens

### 6.2.1 Smertepåverknad og livskvalitet

Demens og smerte er to ulike årsaker som kan føre til redusert subjektiv og objektiv livskvalitet. Dersom den eldre pasienten går med smerte som ikkje blir oppdaga eller behandla med tilstrekkeleg smertelindring, kan dette føre til redusert livskvalitet (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399-400). Forsking viser også at dårleg smertebehandling kan påverke livskvaliteten til pasienten i negativ grad (Smith et al., 2022). Smerte heng også saman med redusert funksjonsnivå, som kan gi tap av sjølvstendigheit, i tillegg til mangel på sosial omgang (Torvik & Sandvik, 2020, s. 399-400). Ein demensdiagnose kan derfor føre personar ut frå aktivitetar, i tillegg til at dei kan ha aukande behov for hjelp av andre i kvardagen (Torvik & Sandvik, 2020, s. 426). Sidan livskvalitet handlar om kva som er eit godt liv for den enkelte, ser ein dermed at både smerte og demens kan føre til redusert livskvalitet (Nes et al., 2021). Men når det gjelder demens, er omgrepet komplekst og det er ueinigheit i korleis

livskvalitet kan målast. Ved langtkommen demens kan oppleving av livskvalitet vere oppleving av glede og velvære i augeblikket, men undersøkingar og målingar seier lite om kva som er bakgrunnen eller årsaka til følelsen (Tretteteig & Thorsen, 2011, s. 42). Dersom pasientar med demens opplever smerte, kan det føre til agitasjon, men i tillegg kan det gi redusert livskvalitet (Husebø, 2012).

Dam et al. (2019) konkluderte med at sjukeheimsbebuarar med demens, som i tillegg brukte smertestillande medikament, hadde lågare livskvalitet enn personar som ikkje brukte smertestillande medikament. På grunn av dette viser dei til at det er nødvendig med jamleg smertekartlegging og vidare justering av smertestillande for å kunne oppretthalde best mogleg livskvalitet hos personar som er ramma av demens. Dette kan ein også sjå i samanheng med Helvik et al. (2021) og Smith et al. (2022) sine artiklar, der dei også såg at mykje smerte hos denne pasientgruppa var assosiert med lågare livskvalitet. Helvik et al. (2021) trekker fram at personane som hadde meir smerte var i større grad triste. Derfor var dei einige i at ein burde gjennomføre jamleg smertevurdering, både før innlegging på sjukeheim og jamleg i etterkant av innlegging. Dette for å i størst mogleg grad kunne gi best behandling og auke livskvaliteten til pasienten. Ved å gjennomføre god smertebehandling til pasientar med demens, vil ein kunne auke livskvaliteten (Smith et al., 2022).

### 6.2.2 Agitasjon – eit uttrykk for smerte?

Ein faktor som kan påverke ein pasient sin reaksjon på smerte, er i korleis grad det blir gitt smertelindring. Ein pasient som ikkje får tilstrekkeleg smertelindring, vil mest sannsynleg reagerer annleis ein den som får full smertelindring. Travelbee sin teori eignar seg derfor godt i forhold til faktorar som kan påverke reaksjonar på smerte, hos pasientar med nonverbal uttrykksevne (Travelbee, 1999, s. 113). Eit uttrykk og reaksjon på smertekjensle kan vere agitasjon hos denne pasientgruppa (Husebo et al., 2011). Helvik et al. (2021) og Dam et al. (2019) trekker også fram at underbehandla og eventuelt ubehandla smerte hos pasientane kan utløyse slike symptom. Agitasjon kan også være eit resultat av svolt, tørste, frustrasjon, obstipasjon eller vanskar med å kommunisere med andre (Smith et al., 2022). Det kan derfor vere vanskeleg for helsepersonell å vite om den agiterte åtferd er smerterelatert eller ikkje. Smith et al. (2022) kjem fram til at kjennskap, rutinar og åtferd til pasientane, er ein nøkkel for å kunne oppdaga smerte. Gjennom eit menneske-til-menneske

forhold mellom sjukepleiar og pasient, kan ein utvikle kjennskap, som dermed bidreg til å ivareta pasienten sine behov (Travelbee, 1999, s. 135). Dette kan også lette andre årsaka til agitasjon som ikkje er smerterelatert, slik som for eksempel svolt. Det blir sett på som ein viktig tilnærming for å tilpasse behandling. Videre kan det også bidra til å unngå under- eller overmedisinering når smertene ikkje er årsaka til plagene (Smith et al., 2022).

Gjennom erfaring frå sjukehus og på demensavdeling er det observert at det blir skreive ut beroligande medikament til pasientar som er urolege, i staden for å kartlegge nøyare om det kan være smerte som er årsaka til uroa. I likskap med dette trekk Husebo et al. (2011) fram i sin artikkel at antipsykotika blir brukt som første linje medikament i behandling av agitasjon. Selbæk (2018, s. 250) skriv derimot at ein primært ikkje skal behandle agitasjon ved bruk av legemiddel. På den andre sida kjem Husebo et al. (2011) fram til at effektiv smertebehandling kan spele ei viktig rolle i behandlinga av agitasjon. Det viser seg i studien at smertebehandling hos pasientar med demens har ført til ein reduksjon i agitasjon på 17%. Derfor kan smertekartlegging og smertebehandling være med på redusere unødvendige forskrivningar av beroligande legemidlar til denne pasientgruppa (Husebo et al., 2011).

### 6.2.3 Pårørande som ein ressurs

Når ein person får ein demenssjukdom råke det ikkje berre personen sjølv, men også familien rundt. Demenssjukdommen påverkar heile livssituasjonen, fordi den blir styrande for det som må skje eller planleggast (Skovdahl, 2020, s. 437). Som sjukepleiar har ein eit stort ansvar overfor pasienten ein gir helsehjelp til, men samtidig har sjukepleiaren også ei plikt om å viser respekt og omtanke for familie og pårørande (Norsk sykepleieforbund, u.å.). Sjukdommen kan følast som noko privat, og det kan sette familie og pårørande i ein sårbar situasjon (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 18). Det er viktig for pårørande å ha det så bra som mogleg til tross for situasjonen, men det er også viktig for personen som har fått demens, at dei som står rundt har det bra (Helse Norge, 2022).

Utan bruk av smertekartlegging, kan effekten på smertebehandlinga bli redusert, som igjen kan gjere pasienten meir opphissa og fortvila. Dette kan føre til auka belastning på helsepersonellet, men også pårørande og familie. Agitert stemningsleie kan gjere det vanskeleg for pårørande å støtte pasienten. Ved eit rolegare stemningsleie som følgje av

smertefriheit, vil det vere lettare for pårørande å engasjere seg. Dette kan verke positivt inn på livskvaliteten til begge partar. Inkludering av pårørande kan i seg sjølv redusere agitasjon og distrahere frå smerte. Det å sjå kjente ansikt kan gjere pasienten avslappa, og gi ro (Smith et al., 2022). Pårørande er eit kjent og trygt område for pasienten, i ein elles ukjent og framand situasjon (Ranhoff, 2020, s. 236). Men samtidig i følgje Skovdahl (2020, s. 422), er det ikkje alltid pasientar med demens grad tre klarer å kjenne igjen verken ansikt eller stemmer til sine nære. Dermed kan den beroligande effekten av pårørande variere frå pasient til pasient og i forhold til utviklinga til den enkelte sitt sjukdomsforløp.

På den andre sida ser ein at pårørande likevel kan spele ei rolle inn i smertekartlegging (Häikiö, 2015, s. 37). Når ein skal gjennomføre kartlegging er det viktig å kjenne den «vanlege» utgåva av pasienten, for å kunne samanlikne (Smith et al., 2022). Pårørande eller andre nære som kjenner pasienten godt, kan dermed gi opplysning til helsepersonell om relevante symptom eller meiningar (Ranhoff, 2020, s. 237). Dei kan i fleire tilfelle lettare sjå endring i stemningsleie eller andre observasjonar som kan vere relevante (Smith et al., 2022). Pårørande kan sitte med mykje kunnskap og informasjon om pasienten, som kan vere viktig innspel i helsehjelpa som skal bli gitt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 28). Smith et al. (2022) ser også på kjennskap til pasienten sine rutinar og åtferd, som ein nøkkelfaktor for å oppdage smerte. Denne kjennskapen blei også sett på som vesentleg og viktig for å oppdage andre årsaker til agitasjon, enn smerte.

Samarbeid mellom helsepersonell og pårørande kan i nokre tilfelle vere utfordrande når det gjeld smertelindring. I helsehjelp og smertelindring til nonverbale pasientar, viser erfaringar frå praksis at ein kan ha ulik oppfatning av behov. Pasienten kan ha eit anna ønske og behov, som strider mot pårørande sine meiningar. Gjennom praksis er det sett at pårørande i nokre tilfelle er redd for at pasienten skal ha smerte, og at dei dermed har eit ønskje om at det skal bli gitt meir smertestillande. Lillekroken og Slettebø (2013) trekker også fram at inkludering av pårørande i nokre tilfelle kan vere utfordrande, og sette samarbeidet på prøve. I fleire situasjonar kan ein ha ulike oppfatning av kva behov pasienten har for smertestillande. Samtidig kan det hende dette ikkje stemmer med pasienten sine eigne behov og ønskjer. Ved mangel på verbal kommunikasjon, kan det derfor vere utfordrande å vedlikehalde autonomien til pasienten (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 112). På den andre sida viser erfaring

frå praksis, at god informasjon til pårørande ofte førte til eit betre samarbeid og einigheit i kva som var det beste for pasienten. God kommunikasjon og godt samarbeid mellom sjukepleiar og pårørande, kan også gi større helsegevinst (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 77).

## 7.0 Oppsummering

Hensikta med denne oppgåva var å undersøke «Korleis kan sjukepleiar kartlegge smerte hos agiterte pasientar med langtkommen demens?». Det kan vere utfordrande å kartlegge smerte hos desse pasientane, på grunn av mangel på verbal kommunikasjon. Den agiterte åtferda kan også gjere kartlegginga utfordrande. Agitert åtferd kan vere eit uttrykk for smerte, men det kan vere utfordrande å skilje det frå andre behov.

Gjennom oppgåva ser ein at eit tiltak som sjukepleiarar kan sette i verk for å kartlegge smerte hos pasientar med langtkommen demens, er å nytte smertekartleggingsverktøy. For å gjennomføre god smertekartlegging må sjukepleiarar nytte verktøy som er tilpassa og egna til denne pasientgruppa. Eit skjema som er utvikla for pasientar med språkvanskar, er MOBID-2. Pårørande er ein viktig ressurs i bruk av slike smertekartleggingsverktøy, då dei kjenner den «vanlege» utgåva av pasienten. Dei kan dermed komme med nyttig informasjon i kartlegginga.

Jamleg kartlegging av smerte og medisingjennomgang er nødvendig for å hindre under- og overbruk av medikament. Ved å gjennomføre rutinemessig smertekartlegging vil ein kunne oppdage eventuelle nye smerte eller forverring av smerte, og sikre tilstrekkeleg smertelindring. Det vil også kunne avdekke om den agiterte åtferda kjem av smerte eller andre behov. Ved å gjennomføre smertekartlegging i forkant av medisinerings, vil ein dermed kunne redusere bruken av beroligande medikament der agitasjonen er utløyst av smerte. God smertekartlegging og dermed god smertelindring, kan også betre livskvaliteten til pasienten, då smerte er assosiert med lågare livskvalitet.

Sjølv om sjukepleiarane er klar over anbefalingar rundt bruk av slike verktøy, er det for stor usikkerheit knytt til kva tid og korleis ein skal bruke det. Dette resulterer dermed i at sjukepleiarar vel å ikkje ta det i bruk, og behandlinga kan i større grad bli tilfeldig. I tillegg

viser forskninga at det er for lite kunnskap blant sjukepleiarar, knytt til alternativ for smertekartlegging hos pasientar med langtkommen demens. Fleire deltakarar trudde heller ikkje det var mogleg å nytte slike verktøy på denne pasientgruppa.

### 7.1 Konklusjon

Som ein konklusjon kan ein sjå eit behov for vidare utvikling av smertekartleggingsverktøy til pasientar med langtkommen demens. I tillegg ser ein behovet for å ha eit større fokus på å implementere kunnskap rundt temaet hos sjukepleiarar, både i utdanning og på aktuelle arbeidsplassar. Eit vidare alternativ kan vere å utvikle rutinar og prosedyrar knytt til bruk av smertekartleggingsverktøy og handtering av smerte. Ved kunnskapsheving blant sjukepleiarar og gode rutinar på bruk av smertekartleggingsverktøy, kan det bli enklare å bruke og dermed eit meir prioritert alternativ for sjukepleiarar. Dette kan også bidra til å oppnå riktig val av medikamentell behandling. Det trengst derimot innsats frå utdanningsinstitusjonar og leiing på relevante arbeidsplassar, for å få det implementert i praksis.

## 8. 0 Litteraturliste

- Alvsvåg, H. & Aadland, E. (2019). *Profesjonsetikk i sjukepleie* (1. utg.). Samlaget.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Dam, P. H. V., Caljouw, M. A. A., Slettebø, D. D., Achterberg, W. P. & Husebo, B. S. (2019). Quality of Life and Pain Medication Use in Persons With Advanced Dementia Living in Long-Term Care Facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(11), 1432–1437. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.02.019>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Fonn, M. (2020, 23. oktober). – *Underbemanningen blir stadig mer alvorlig*. Sykepleien.no. <https://sykepleien.no/2020/10/sykehjem-og-hjemmesykepleie-underbemanningen-blir-stadig-mer-alvorlig>
- Helse Norge. (2022, 10. oktober). *Å være pårørende til en person med demens*. <https://www.helsenorge.no/sykdom/demens/a-vare-paerørende-til-en-person-med-demens/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, 2. desember). *Demensplan 2025*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsedirektoratet. (2022a, 27. april). *Om demens*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Helsedirektoratet. (2022b, 11. mai). *Personer som viser atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) eller andre symptomer på ubehag/utilpasshet, bør vurderes for smerte*. <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. (2022c, 5. juli). § 4-3 Hvem som har samtykkekompetanse.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/hvem-som-har-samtykkekompetanse>

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

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

Helvik, A.-S., Bergh, S., Šaltytė Benth, J., Selbaek, G., Husebo, B. S. & Tevik, K. (2021). Pain in nursing home residents with dementia and its association to quality of life. *Aging & Mental Health*, 26(9), 1787–1797. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1947968>

Husebo, B. S., Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O. B. & Aarsland, D. (2011). Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ*, 343.

<https://doi.org/10.1136/bmj.d4065>

Universitetssykehuset Nord-Norge. (2023, 8. mars). *Prosedyrer praktisk palliasjon: Personer med demens og utviklingshemming*. Unn.no. [https://unn.no/fag-og-](https://unn.no/fag-og-forskning/regional-kompetansetjeneste-for-lindrende-behandling-lindring-i-nord/prosedyrer-praktisk-palliasjon)

[forskning/regional-kompetansetjeneste-for-lindrende-behandling-lindring-i-nord/prosedyrer-praktisk-palliasjon](https://unn.no/fag-og-forskning/regional-kompetansetjeneste-for-lindrende-behandling-lindring-i-nord/prosedyrer-praktisk-palliasjon)

Husebø, B. S. (2012). Smerter hos pasienter med demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0615>

Häikiö, K. (2015). *Smerter hos eldre og personer med demens* (1. utg.). MEDLEX norsk helseinformasjon.

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). *Søk etter fagressursar*. Henta 11. april 2023 frå

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>

Jakobsen, R. & Homelien, S. (2011). *Pårørende til personer med demens—Om å forstå, involvere og støtte* (1. utg.). Gyldendal akademisk.

Jansen, B. D. W., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S., Morgan, S. M., Watson, M. & Parsons, C. (2018). “A tool doesn’t add anything”. The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life—a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(10), 1346–1354. <https://doi.org/10.1002/gps.4931>

LHL Hjerneslag og Afasi. (u.å.). *Afasi*. Henta 30. april 2023 frå [https://www.lhl.no/lhl-](https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/livet-etter/afasi/)

[hjerneslag/livet-etter/afasi/](https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/livet-etter/afasi/)



- Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer. *Vård i Norden*, 33(3), 29–33.  
<https://doi.org/10.1177/010740831303300307>
- Nes, R. B., Røysamb, E., Eilertsen, M. G., Hansen, T. & Nilsen, T. S. (2021, 17. desember). *Livskvalitet i Norge*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>
- Norges ledende helseoppslagsverk. (2021a, 27. januar). *Legemiddelbehandling av demens*. NHI.no. <https://nhi.no/sykdommer/eldre/demens/demens-legemidler/>
- Norges ledende helseoppslagsverk. (2021b, 30. juni). *Demens*. NHI.no.  
<https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/ulike-sykdommer/demens-oversikt/>
- Norges ledende helseoppslagsverk. (2022, 31. mai). *Språk- og taleforstyrrelser, veiviser*. NHI.no. <https://nhi.no/symptomer/hjerne-og-nervesystem/sprak-og-taleforstyrrelser-veiviser/>
- Norsk sykepleieforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Henta 11. mai 2023 frå <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Graverholt, B., Jamtvedt, G. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Ranhoff, A. H. (2020). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 232–244). Gyldendal akademisk.
- Sandvik, R. K. N. M. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, 108, Artikkel e-80594. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80594>
- Sandvik, R. K. N. M. & Husebø, B. (2011). Måler smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, 99(11), 62-64. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0162>
- Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utg., s. 246–259). Forlag aldring og helse akademisk.
- Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 416–441). Gyldendal akademisk.

- Smebye, K. L. (2020). Samarbeid med pårørende. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. utg., s. 268–291). Cappelen Damm akademisk.
- Smith, T. O., Lockey, D., Johnson, H., Rice, L., Heard, J. & Irving, L. (2022). Pain management for people with dementia: a cross-setting systematic review and meta-ethnography. *British Journal of Pain*, 17(1), 6–22. <https://doi.org/10.1177/20494637221119588>
- Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T. & Skirbekk, V. F. (2021, 23. februar). *Demens*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave.). Universitetsforlaget.
- Torvik, K. & Sandvik, R. K. N. M. (2020). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 397–415). Gyldendal akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Gyldendal akademisk.
- Tretteteig & Thorsen, K. (2011). *Livskvalitet for personer med demenssykdom—Sett i et livsløpsperspektiv*. Aldring og helse. [https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/Tretteteig\\_2011\\_39-.pdf](https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/Tretteteig_2011_39-.pdf)
- Wogn-Henriksen, K. (2020). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. utg., s. 86–113). Cappelen Damm akademisk.

# Vedlegg

## Vedlegg 1 – MOBID-2

APPENDIKS

# MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

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

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

### Smerteatferd

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



**Smertelyd**  
«Aui!»  
Stønner  
Ynker seg  
Gisper  
Skriker



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



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

### Smerteintensitet

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

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

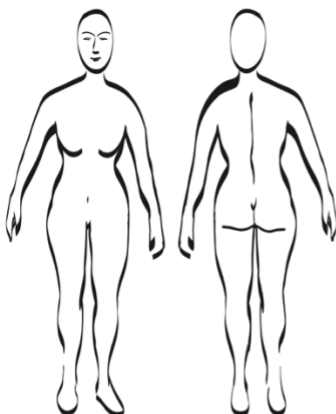
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å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

APPENDIKS

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

### Smerteatferd

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



### Smerteintensitet

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

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

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## Vedlegg 2 – PICO-skjema

Norsk	P	I	C	O
	Demens Alzheimers Sjuepleiar. Kognitiv svikt.	Smertekartlegging. Uttrykk for smerte ved språkvanskar. Agitasjon ved demens. Behandling av uro/agitasjon. Sjueheim. Mobid 2. Smertelindring.		Optimal smertelindring. Balanse mellom bruk av beroligande og smertestillande etter behovet. Kartlegge behovet før bruk av smertestillande. Observasjon. Tidelig medisinsk intervensjon.
Engelsk	Dementia. Alzheimers. Nurse. Cognitive impairment	Pain mapping. Pain relife. Pain management. Expression of pain with communication problems. Agitation with dementia. Treatment of agitation. Treatment of pain. Nursing home, long term. MOBID-2		Optimal pain relife. Balance between use of sedative drugs and pain medication. Painmapping before use of pain medication. Observation. Early Medical Intervention.

## Vedlegg 3 – Inklusjons- og eksklusjonskriteriar

	Kriterier	Grunngjeving
<b>Inklusjon</b>	Belyse samanheng mellom smerte og agitasjon, bruk av smertekartleggingsskjema og sjukepleiaren sin kunnskap.	For at innhaldet skal vere relevant opp mot problemstillinga og innhaldet i oppgåva.
	Personane er innlagt på sjukeheim, med eitt unntak.	For å få riktig pasientgruppe i forhold til problemstilling og avgrensing i oppgåva.
	Språk/land: Norge og England	For å sikre artiklar på språk vi forstår, for å forstå innhaldet. Også for å sikre fellestrekk i helsevesenet.
	Fagfellevurderte artiklar	Er med på å sikre kvalitet i forskinga, då fleire har gjennomgått og godkjent innhaldet før det er publisert.
	Kvalitativ og kvantitativ forskning	Ønskja både kvantitativ og kvalitativ forskning. Kvantitativ for å kunne sjå på statestikk. Kvalitative for å undersøke kvifor statestikken er slik.
<b>Eksklusjon</b>	Anna skriftspråk enn norsk og engelsk	Andre skriftspråk kan vere vanskeleg å forstå. Oversetting kan endre meininga i setningar, som kan føre til misforståing av poenga.
	Artiklar utan fulltekst, som ikkje gav treff i oria.	For å unngå å betale for tilgang, som kan oppstå ved artiklar utan fulltekst.
	Artiklar som er eldre enn 5 år, med to unntak.	For å sikre mest mogleg oppdatert data og funn.

## Vedlegg 4 – Søkestrategi

Database: Medline

Dato: 14. april

<b>SØKEORD/KOMBINASJONER</b>	<b>TALL ARTIKKEL TREFF</b>	<b>ARTIKKEL/ARTIKLAR DU VEL Å NYTTE</b>
(Avgrensinger: year 2015-2023, Peer Reviewed) (S1)	9 867 838	
Pain mapping OR pain control OR pain management OR pain relife (S2)	66 984	
Nursing home OR care home OR long term care OR residential care OR aged care facility (S3)	52 414	
Dementia OR alzheimers (S4)	141 121	
S1 AND S2 AND S3 AND S4	214	Pain management for people with dementia: a cross-setting systematic review and meta-ethnography <a href="https://doi.org/10.1177/20494637221119588">https://doi.org/10.1177/20494637221119588</a>

Database: Medline

Dato: 14. april

<b>SØKEORD/KOMBINASJONER</b>	<b>TALL ARTIKKEL TREFF</b>	<b>ARTIKKEL/ARTIKLAR DU VEL Å NYTTE</b>
(Avgrensinger: year 2015-2023, Peer Reviewed) (S1)	9 867 838	
Pain mapping OR pain control OR pain management OR pain relife (S2)	66 984	
Nursing home OR care home OR long term care OR residential care OR aged care facility (S3)	52 414	
Dementia OR alzheimers (S4)	141 121	
S1 AND S2 AND S3 AND S4	214	Quality of Life and Pain Medication Use in Persons With Advanced Dementia Living in Long-Term Care Facilities <a href="https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.02.019">https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.02.019</a> <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861019302452">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525861019302452</a>

Database: Medline

Dato: 14. april

<b>SØKEORD/KOMBINASJONER</b>	<b>TALL ARTIKKEL TREFF</b>	<b>ARTIKKEL/ARTIKLAR DU VEL Å NYTTE</b>
(Avgrensinger: year 2010-2023, Peer Reviewed) (S1)	14 163 408	
Dementia OR alzheimers (S2)	190 178	

Nursing home (S3)	24 697	
Pain OR prevention (S4)	1 476 690	
Control (S5)	2 702 825	
Treatment OR therapeutic (S6)	4 122 385	
S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6	161	Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial <a href="https://doi.org/10.1136/bmj.d4065">https://doi.org/10.1136/bmj.d4065</a>

Database: CINAHL

Dato: 14. april

<b>SØKEORD/KOMBINASJONER</b>	<b>TALL ARTIKKEL TREFF</b>	<b>ARTIKKEL/ARTIKLAR DU VEL Å NYTTE</b>
(Avgrensinger: year 2012-2023, Peer Reviewed) (S1)	4 101 742	
Dementia OR alzheimers (S2)	59 335	
Nursing OR nursing care (S3)	230 811	
Pain management OR pain measurement (S4)	46 824	
S1 AND S2 AND S3 AND S4	262	Pain assessment and pain management in patient with dementia: Challenges and dilemmas <a href="https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/010740831303300307">https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/010740831303300307</a> <a href="https://doi.org/10.1177/010740831303300307">https://doi.org/10.1177/010740831303300307</a>



Database: Academic Search Elite

Dato: 19. april

<b>SØKEORD/KOMBINASJONER</b>	<b>TALL ARTIKKEL TREFF</b>	<b>ARTIKKEL/ARTIKLAR DU VEL Å NYTTE</b>
(Avgrensinger: year 2012-2023, Peer Reviewed) (S1)	15 149 270	
Dementia OR alzheimers OR alzheimer's disease (S2)	108 126	
Nurse OR nurses OR nursing care OR nursing (S3)	269 117	
Pain OR pain management OR pain control OR pain mapping OR pain relief (S4)	274 935	
(S1) AND (S2) AND (S3) AND (S4)	573	Pain in nursing home residents with dementia and its association to quality of life. <a href="https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1947968">https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1947968</a>

Database: Academic Search Elite

Dato: 16. april

<b>SØKEORD/KOMBINASJONER</b>	<b>TALL ARTIKKEL TREFF</b>	<b>ARTIKKEL/ARTIKLAR DU VEL Å NYTTE</b>
(Avgrensinger: year 2012-2023, Peer Reviewed) (S1)	15 141 0097	
Dementia OR alzheimers OR alzheimer's disease (S2)	108 038	
Nurse OR nurses OR nursing (S3)	268 903	

Pain OR pain management OR pain control OR pain mapping OR pain relief (S4)	274 435	
(S1) AND (S2) AND (S3) AND (S4)	567	«A tool doesn't add anything». The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life – a qualitative study of hysician and nurse experiences and perspectives. <a href="https://doi.org/10.1002/gps.4931">https://doi.org/10.1002/gps.4931</a>

## Vedlegg 5 – Litteraturmatrise

År/forfatter	Artikkelnamn	Hensikt/mål	Metode	Funn	Aktuelt for oppgåva
Lillekroken & Slettebø (2013)	Pain assessment and pain management in patient with dementia: challenges and dilemmas	Dei tok utgangspunkt i smertelindring og smertevurdering hos pasientar med demens, for å utforske sjukepleiarar sine erfaringar.	Kvalitativ. Fokusgruppeinterjuv. Utvikla spørsmåla i ein semistrukturert intervjuguide.	Viktig med bruk av prosedyre og smertevurderingsinstrument , for effektiv smertelindring hos pasientar med demens.	Viktig med bruk av smertevurderingsinstrument. Samarbeid med pårørnde. Sjukepleiar sin kunnskap, og ansvar rundt eigen fagutvikling.
DOI: <a href="https://doi.org/10.1177/010740831303300307">https://doi.org/10.1177/010740831303300307</a>					
År/forfatter	Artikkelnamn	Hensikt/mål	Metode	Funn	Aktuelt for oppgåva
Husebo et al. (2011)	Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial	Om behandling av smerte kan redusere agitasjon hos sjukeheimspasientar med moderat til alvorleg demens.	Kvantitativ. Randomisert kontrollert studie. Kontrollgruppe og intervensjonsgruppe.	Agitasjon blei redusert etter åtte veker. Pasientane fekk mindre nevropsykiatriske symptomar og smerte.	Den tar for seg agitasjon og samanhengen med smerte. Dermed kan god smertebehandling redusere agitasjon og forskrivningar av psykotrope legemidlar. Husebo et al. nyttar kartleggingsverktøyet MOBID-2.
DOI: <a href="https://www.bmj.com/content/343/bmj.d4065">https://www.bmj.com/content/343/bmj.d4065</a> :					

År/forfatter	Artikkelnamn	Hensikt/mål	Metode	Funn	Aktuelt for oppgåva
Helvik et al. (2021)	Pain in nursing home residents with dementia and its association to quality of life	Å utforske om smerter er assosiert med livskvalitet, hos pasienter innlagt på norske sjukeheimar.	Kvantitativ. Vurderte smerter ved bruk av MOBID-2 skjema og livskvalitet ved bruk av QUALID skjema hos 953 norske sjukeheimsbeburar med demens. Alvorlighetsgrad av demens, ADL, medisinsk helse, nevropsykiatriske symptomter og bruk av psykotrope legemidler og smertestillande blei vurdert.	Dei fann at meir alvorleg smerte er assosiert med dårligare livskvalitet, og at rutinemessige vruderingar ved innlegging og jamleg i etterkant kan avdekke udiagnostiserte og ubehandla smerter, og dermed sannsynlegvis gi økt livskvalitet.	Aktuelt for å påpeike viktigeita av smertekartlegging. Samanheng mellom smerter og redusert livskvalitet. Utfordringa med å kartlegge pasientar med demens, og nevropsykiatriske symptom som aggresjon. Helvik et al. nyttar kartleggingsverktøyet MOBID-2.
DOI: <a href="https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1947968">https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1947968</a>					
År/forfatter	Artikkelnamn	Hensikt/mål	Metode	Funn	Aktuelt for oppgåva
Dam, et al. (2019)	Quality of Life and Pain Medication Use in Persons With Advanced Dementia	Samanlikne karakteristika for pasientar med alvorleg demens på	Kvantitativ. Dei brukte ein randomisert effektiv implementering klinisk	Konklusjonen i denne artikkelen er at pasientane med demens som brukar smertestillande har lågare	Dei ser behov for regelmessig medisingjennomgang og smertebehandling, men vi vil ha meir fokus på kartlegging

	Living in Long-Term Care Facilities	langtidsavdeling med og utan smertestillande, og livskvaliteten til dei med og utan smerte. Og om ubehandla smerte er årsak til agitasjon.	studie i 67 forskjellige norske langtidsavdelingar.	livskvalitet samanlikna med pasientar som ikkje brukte faste smertestillande. Behovet for regelmessig smertevurdering og smertebehandling er nødvendig for å minske risikoen for over/underforbruk av smertestillande. Men det trengst meir forskning av kva effekten av paracetamol bruken har å sei for livskvaliteten.	av smerte enn sjølve behandlinga. Likevill relevant då vi kan trekke inn om bruken av smertestillande på pasientar med langtkommen demens og livskvaliteten deira. Trekker inn at ubehandla smerte kan utløyse atferdssymptom.
<a href="https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.02.019">https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.02.019</a>					
År/forfattar	Artikkelnamn	Hensikt/mål	Metode	Funn	Aktuelt for oppgåva
Jansen et.al (2018)	“A tool doesn't add anything”. The importance of added value: Use of observational pain tools with patients	Utforske lege og sjukepleiar sin bruk av smertekartleggingsverktøy hjå pasientar med alvorlig demens. Og korleis	Kvalitativ. 23 legar og 24 sjukepleiara i eit semistrukturert interjuv.	Tre tema som dukka opp. Første: nyttig å bruke smertekartleggings skjema, men utfordrande å observere nonverbale signal og åtferd. Andre: vanskeleg å	Sjukepleiarar si oppleving i praksis av bruk av smerte kartleggingsverktøy. Effekt av bruken og usikkerheita rundt verktøyet.

	with advanced dementia approaching the end of life—a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives	observasjons/smertekartlegging funke i praksis. Dei ville sjå på praksisutvikling og opplæringsbehov.		implementere i praksis, og forskjell i oppfatning/tolking av vurderinga. Tredje: utfordring å gjenkjenne ulike smertetypar hos pasientar med demens. Hovedfunn var eit mindretal som brukte smertekartleggingsverktøy, sjølv etter anbefaling.	
DOI: <a href="https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/gps.4931">https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/gps.4931</a>					
År/forfattar	Artikkelnamn	Hensikt/mål	Metode	Funn	Aktuelt for oppgåva
Smith et al. (2022)	Pain management for people with dementia: a cross-setting systematic review and meta-ethnography.	Utforske korleis tankar personer med demens, pårørnde som familie og venner, omsorgspersoner og helsepersonell har til smertebehandling ved demens.	Kvalitativ. Systematisk litteraturgjennomgang av publiserte og upubliserte litteraturdatabasar, kvalitative forskingsstudiar.	Usikkerheit blant personale i smertelindring og bruk av verktøy. Svikt i opplæring/utdanning blant helsepersonell. Pårørnde kan vere viktig både i oppdaging av smerte og i smertebehandling.	Poengtere behovet for meir kunnskap og kompetanse rundt smertelindring til personar med demens. Dei såg at god smertelindring kan vere med på å auke livskvaliteten til pasienten. Trekker fram viktigeita av pårørnde er for pasienten, og korleis god

					smertelindring hos pasienten kan påvirke pårørende igjen. Dei ser sammenheng mellom agitasjon og smerter.
DOI: <a href="https://doi.org/10.1177/20494637221119588">https://doi.org/10.1177/20494637221119588</a>					



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKF390

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	05-06-2023 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	09-06-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKF390 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	207
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7767
----------------------	------

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

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	13
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	255

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