

Hanna Jacobsen Bjerke
Hans Erik Ensrud
Petter Brendbakken
Tilde Enger Hansen

Hvordan kan man som sykepleier vurdere smerte ved bruk av kartleggingsverktøy hos pasienter med langtkommen demens på sykehjem?

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hanna Jacobsen Bjerke
Hans Erik Ensrud
Petter Brendbakken
Tilde Enger Hansen

Hvordan kan man som sykepleier vurdere smerte ved bruk av kartleggingsverktøy hos pasienter med langtkommen demens på sykehjem?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Viktor Haugom
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan man som sykepleier vurdere smerte ved bruk av kartleggingsverktøy hos pasienter med langtkommen demens på sykehjem?	Dato:	19.05.2021
Forfattere:	Hanna Jacobsen Bjerke Hans Erik Ensrud Petter Brendbakken Tilde Enger Hansen		
Veileder:	Viktor Haugom		
Stikkord/nøkkelord: (3-5 stk)	Demens, smertekartlegging, sykehjem og kommunikasjon		
Antall sider/ord: 36/9916	Antall vedlegg: 1		
Kort om bacheloroppgaven:			
<i>Bakgrunn:</i>			
Pasienter med demens er en pasientgruppe som utvikles i takt med samfunnet. Antall pasienter med demens vil fordobles innen år 2050. Pasientgruppen kan ha utfordringer med å uttrykke seg verbalt, noe som resulterer i at flere har ubehandlede smerter over lengre tid.			
<i>Hensikt:</i>			
Denne litteraturstudien ser på hvordan smertekartleggingsverktøy kan hjelpe sykepleieren med å oppdage smerter hos pasienter med langtkommen demens, og utfordringer knyttet til dette.			
<i>Metode:</i>			
I denne studien benyttet vi oss av litteraturstudie som metode. Søkeordene vi brukte var følgende: Dementia, pain, facial expression, pain measurement, relations, pain assessment, delirium, nursing home, communication, nursing care. Vitenskapelige artikler er anvendt i studien og nøye gjennomgått i tråd med forskningsetiske prinsipper.			
<i>Resultat:</i>			
Kartlegging av smerte hos pasienter med demens er utfordrende på flere måter. For å oppnå helhetlig smertekartlegging er det nødvendig med god kunnskap og kompetanse. Kommunikasjon med pasienter med langtkommen demens, er en utfordring på grunn av deres nedsatte evne til å uttrykke seg verbalt. Kartleggingsverktøy er et godt hjelpemiddel i smertekartleggingen, spesielt MOBID-2 som er tilpasset denne pasientgruppen.			
<i>Konklusjon:</i>			
Ved hjelp av kartleggingsverktøyet MOBID-2, vil vurderingen av smerter hos pasienter med demens bli enklere å utføre for sykepleiere. Det er en forutsetning at sykepleierne har kommunikasjonsferdigheter og kunnskap rettet mot pasientgruppen. Smertebehandlingen vil da bli mer helhetlig.			

ABSTRACT

Title:	How can nurses assess pain by using pain assesment tools when working with people with severe dementia?	Dato: 19.05.2021
Authors:	Hanna Jacobsen Bjerke Hans Erik Ensrud Petter Brendbakken Tilde Enger Hansen	
Supervisor:	Viktor Haugom	
Keywords: (3-5)	Dementia, Pain assessment, Nursing home, Communication	
Number of pages/words: 36/9916	Number of Appendix: 1	
Short description of the bachelor thesis: <i>Background and purpose:</i> Patients with dementia are a growing group. It is estimated that within the year 2050 the number of patients with dementia will double. Due to the lack of ability to express themselves, a lot of the patients are suffering from untreated pain over time. <i>Method:</i> We used a literary study as our method of conduct. We used the key words: Dementia, pain, facial expression, pain measurement, relations, pain assessment, delirium, nursing home, communication and nursing care. All the articles used in this study have been checked against the scientific ethical principles. <i>Results:</i> The use of pain assessment tools presents different challenges. To accomplish optimal pain mapping it is necessary for the nurses to have obtained knowledge and competence. Communication with a patient with severe dementia is challenging due to the lack of communication skills. Pain assessment tools like MOBID-2 is a helpful aid to the nurses to compensate for that lack of ability. <i>Conclusion:</i> We found that the assessment of pain in people with dementia was greatly aided by the MOBID-2 pain scale. This depends on the nurse's communication skills and knowledge about the patient group. This in turn will contribute to a more holistic care		

Innhold

1. Innledning	4
1.1 Sykepleiefaglige relevans.....	5
1.2 Begrunnelse for valg av tema.....	5
2. Bakgrunn	6
2.1 Demens.....	6
2.2 Smerte og observasjon hos pasienter med demens	7
2.3 Kartlegging av smerte hos pasienter med demens	8
2.4 Tom Kitwoods omsorgsteori.....	9
2.5 Hensikt med oppgaven.....	9
2.6 Problemstilling	10
2.7 Avgrensing av problemstilling	10
3. Metode	10
3.1 Litteraturstudie som metode.....	10
3.2 Søkestrategi	11
3.3 Utvalgsprosessen.....	11
3.4 Kritisk vurdering	12
3.5 Etisk etterretning	12
3.6 Søkematrise	13
4. Resultat og funn	14
4.1 Litteratormatrise	14
4.2 Oppsummering av resultater	20
5. Drøfting	22
5.1 Kommunikasjon og selvrapporing	22
5.2 Kunnskap og kompetanse	23
5.3 Kartleggingsverktøy	25
5.4 Kartleggingsverktøyet MOBID-2	27
5.5 Forskningsetiske overveielser	28
5.6 Kritisk vurdering	29
6. Konklusjon	30
Litteraturliste	32

1. Innledning

I denne oppgaven har vi valgt å ta for oss kartlegging av smerte hos pasienter med langtkommen demens. Demens er en fellesbetegnelse på sykdommer som påvirker flere av hjernens funksjoner, avhengig av hvilken sykdom som ligger til grunn (Skovdahl og Berentsen, 2018). Antall personer med demens vil stadig utvikle seg, fordi vi har en aldrende befolkning. I en undersøkelse gjort av GjØra *et al.* (2020) på vegne av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, anslås det at 101 000 nordmenn lider av demens. Dette tallet vil trolig fordobles innen år 2050, og tredobles innen år 2100. Undersøkelsen viste at Alzheimers sykdom er den vanligste av demenssykdommene, og at 57 prosent av de med demens lider av denne typen. Demens er den vanligste årsaken til innleggelse på sykehjem. I samme undersøkelse, viste det seg at 84,3 prosent av de på sykehjem har en demensdiagnose. Demens er en fremadskridende sykdom som ikke kan kureres, men som kan bremses ved hjelp av enkelte medikamenter. Sykdomsforløpet er individuelt, og symptomene kan utvikle seg over kort tid for noen, mens hos andre kan det strekke seg over inntil 20 år (Skovdahl og Berentsen, 2018).

Kartlegging av smerte hos eldre mennesker med demens, kan være utfordrende på flere måter. Tidlig i sykdomsforløpet, vil de fleste være i stand til å angi smerter. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, kan pasienten miste evnen til å formidle smerter verbalt. Pasienter med nedsatt kognitiv svikt rapporterer mindre smerte enn de med bedre kognitiv funksjon. En studie gjort av Torvik i 2009 viser høyere forekomst av smerte hos pasienter uten evnen til å kommunisere verbalt, i de tilfellene der det har blitt brukt et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy. Pasienter med langtkommen demens er en sårbar gruppe, som er avhengige av at sykepleierne kan observere og tolke deres tegn til smerte (Torvik og BjØro, 2018). De nevnte studiene understreker viktigheten av at sykepleiere opparbeider seg kunnskap om smertekartleggingsverktøy og observasjoner av smerte hos denne pasientgruppen.

1.1 Sykepleiefaglige relevans

Pasienter med demens er en pasientgruppe vi vil møte i alle deler av helsevesenet. Et av ansvarsområdene til en sykepleier er å ivareta pasientens grunnleggende behov. I forhold til det grunnleggende behov smerte, omhandler dette kartlegging, vurdering og observasjoner av pasientens smerte, samt administrering av smertelindrende og til slutt vurdere effekten av de iverksatte tiltakene (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Det stilles høye krav til ytelsen av sykepleie til denne pasientgruppen, fordi pasientenes kognitive funksjon er redusert og evnen til å kommunisere er svekket. I den forbindelse er det viktig at sykepleierne har den kunnskapen som er nødvendig. Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 1.4, stilles det krav til at sykepleieren skal holde seg faglig oppdatert og å bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norges sykepleierforbund, 2019). Kunnskapen er av betydning for å avdekke tidlige symptomer på smerter, slik at denne pasientgruppen ikke går ubehandlet over tid (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

1.2 Begrunnelse for valg av tema

I denne litteraturstudien, har vi valgt å fordype oss i hvordan man som sykepleier kan vurdere smerter ved hjelp av kartleggingsverktøy hos pasienter med langtkommen demens. Dette temaet ble valgt på bakgrunn av at vi kommer til å møte denne pasientgruppen uansett hvor vi velger å jobbe etter endt studie. Gjennom våre praksisperioder i både primær- og spesialisthelsetjenesten har vi møtt pasienter med forskjellig grad av demens. I disse tilfellene har vi erfart at det er knyttet en del utfordringer til det å oppdage smerter hos denne pasientgruppen. Vi har sjeldent sett bruk av smertekartleggingsverktøy rettet mot denne pasientgruppen i praksis. I den forbindelse ville vi gjennom denne studien, undersøke hvordan kartleggingsverktøyet MOBID-2 fungerer i praksis. I løpet av studiet har vi opplevd for lite kunnskap om smerter og demens blant sykepleiere. Konsekvensen av for lite kunnskap rundt dette temaet, kan føre til dårlig smertelindring. For å oppnå tilfredsstillende smertelindring hos denne pasientgruppen, er det viktig at man som sykepleier opparbeider seg kunnskap og kompetanse.

2. Bakgrunn

2.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på sykdommer som påvirker flere av funksjonene i hjernen. Demenssykdommene er progredierende, og vil påvirke personens hverdag etter hvert som den gradvis utvikles. Utviklingen avhenger av hvilken del av hjernen som blir rammet. Svekket hukommelse er det vanligste symptomet. Demens deles inn i tre stadier: mild, moderat og alvorlig, avhengig av hvor utbredt den kognitive svikten er. Pasienter med mild demens vil oppleve problemer med å mestre dagligdagse gjøremål. I de to senere stadiene av sykdomsforløpet vil pasientene være avhengig av hjelp for å mestre hverdagen. Sykdomsforløpet vil oppleves individuelt fra person til person avhengig av hvilken sykdom som ligger til grunn (Skovdahl og Berentsen, 2018).

Det finnes flere typer av demens, og det er vanlig å dele det inn i tre hovedgrupper: primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer. Typisk ved primærdegenerativ sykdom er at et flertall av hjernecellene dør og skades. Alzheimer er den hyppigste av demenssykdommene, og tilhører denne hovedgruppen. Det anslås at 60 prosent av personer med demens har denne typen. Vaskulær demens utvikles etter en rekke små og store hjerneinfarkt, eller sykdommer i arterioler i hjernevevet. Statistikk viser at hver femte som er rammet av en demenssykdom, har denne typen. Sekundære demenssykdommer kan skyldes livsstil, og kan være alkoholbettinget eller oppstå ved mangel på vitaminer (Skovdahl og Berentsen, 2018).

Skovdahl og Berentsen (2018) nevner at redusert hukommelse og læringsevne er et tidlig symptom hos pasienter med demens. Pasienter som er rammet av alvorlig demens har ofte ikke evnen til å tolke sanseintrykk da det kreves hukommelse for å mestre dette. Evnen til å kunne planlegge er ofte intakt i tidlig fase av sykdomsforløpet, men blir gradvis redusert etter hvert som sykdommen utvikler seg. Videre nevner Skovdahl og Berentsen (2018) svekket oppmerksomhet, vansker med å orientere seg, apraksi, agnosi og atferdsforstyrrelser som andre symptomer på demens.

Ved alvorlig grad av demens kan personer utvikle afasi. Afasi påvirker en persons evne til å tenke logisk, oppfatte språk, være analytisk og ha en god talefunksjon. Afasi kan deles inn i tre hovedgrupper: motorisk, sensorisk og anomisk. Motorisk afasi vil si at personen har problemer med å snakke hele setninger. Setningene kan ofte bli ufullstendige og bære preg av gjentakelser. Sensorisk afasi vil si at personen har vanskeligheter med å oppfatte hva andre

sier. Anomisk afasi vil si problemer med benevning av gjenstander (Engedal og Haugen, 2009). Hvis man som sykepleier har forståelse og kunnskap om hvordan man kan kommunisere bedre med pasienter med en demenssykdom vil det ha stor betydning. Det vil være en fordel i samhandling med denne pasientgruppen å kunne bruke og sette av nødvendig tid, da det å opptre rolig, og snakke langsomt og tydelig kan forbedre kommunikasjonen. Setningene bør samtidig være korte med enkle ord da dette gir pasienten bedre mulighet til å oppfatte det som blir sagt og gi et svar (Birkeland og Flovik, 2018).

Personer med demens er avhengig av at pleiepersonell kan forstå hva pasienten forsøker å gi uttrykk for gjennom ikke-verbal kommunikasjon. Skovdahl (2004) nevner ikke-verbale uttrykk som ansiktsuttrykk, mimikk, kroppsholdning eller endret atferd (Skovdahl og Berentsen, 2018). Som sykepleier kan det være vanskelig å forstå årsaken til utfordrende atferd hos pasienter med demens. Det vil derfor være en fordel å ha kunnskaper om hvorfor atferden til denne pasientgruppen kan endre seg. Utfordrende atferd kan vise seg i form av aggressivitet eller irritabilitet, og det er flere faktorer som spiller inn. Delirium, type demenssykdom og relasjoner er alle faktorer som kan påvirke atferden hos pasienter med demens (Engedal og Haugen, 2009).

Ordet relasjon beskriver hva slags forhold vi har til pårørende, kollegaer, pasienter og brukere (Eide og Eide, 2019). En god pasientrelasjon er viktig og er preget av behandlerens respekt, engasjement, empati og trygghet, formidling av håp og realistisk optimisme. Relasjonen vil i tillegg være en forutsetning for optimal utredning, behandling og oppfølging (Helsedirektoratet, u.å). I en studie gjort av Savundranayagam *et al.* (2015) påpekes det at det å benytte personorienterte kommunikasjon i samtale med personer med demens, kan motvirke at pasienter med demens sin evne til språklig kommunikasjon blir undervurdert og hindre at personen identifiseres med sykdommen (Eide og Eide, 2019).

2.2 Smerte og observasjon hos pasienter med demens

Smerte kan være vanskelig å definere, da det er en subjektiv følelse, og kan oppleves ulikt fra person til person. IASP definerer smerte som “en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse” (Den norske legeföreningen, 2009, som sitert i Danielsen, Berntzen og Almås, 2016, s. 383). Smerte kan deles inn i to hovedtyper: akutt og kronisk smerte. Akutte smerter oppstår plutselig, og vil mest sannsynlig avta innen kort tid. Denne type smerte er ofte en konsekvens av at vev har blitt skadet.

Typiske tegn ved akutt smerte er rask respirasjon, økt temperatur, økt puls, høyt blodtrykk og kvalme. Hos eldre kan det være vanskelig å vurdere smerte, fordi slike tegn kan utebli eller være redusert. Gagliese *et al.* (2005) forklarer at dette skyldes at eldre ofte har svekket respons på stimuli fra indre organer (Torvik og Bjørø, 2018). Kronisk smerte vedvarer over lengre tid, da det her er forhold som gjør at kroppen ikke klarer å hele skaden. Årsaken til de kroniske smertene kan skyldes enten sykdom eller skade. Sykdom kan forårsake vevsskade og arrdannelse. En skade kan være av så stort omfang at kroppens tilheling ikke fungerer optimalt (Torvik og Bjørø, 2018).

Sent i sykdomsforløpet, vil pasienter med demens, miste evnen til å formidle smerte. Denne pasientgruppen er derfor avhengige av at pleiepersonell kan tolke ikke-verbale og verbale tegn som uttrykk for smerte (Sandvik og Husebø, 2011a). Endret atferd kan i mange tilfeller tolkes som uro hos pasienter med demens, men det er viktig å skille smerterelatert atferd fra atferd som skaper uro. Det er flere tegn sykepleiere bør være oppmerksomme på i møte med pasienter med demens. Det kan for eksempel være ansiktsuttrykk, lyder, kroppsbevegelser, atferd, forandringer i aktivitetsmønster og mental status (Torvik og Bjørø, 2018).

2.3 Kartlegging av smerte hos pasienter med demens

En viktig oppgave man har som sykepleier er smertebehandling og smertelindring av pasienter slik at man får dekket pasientens grunnleggende behov for velvære. Dette innebærer blant annet datasamling, klinisk observasjon, kartlegging og vurdering av pasientens smerte. Kartlegging og vurdering av pasientens smerter har stor betydning for at pasienten skal få tilfredsstillende smertelindring. Det vil være av stor nytte å få informasjon om smertene. Hvor smertene befinner seg, hvordan smertene føles og hvor intens den er, er smertene akutte eller kroniske, konstante eller anfallsvis og hvilke konsekvenser smertene har for pasientens funksjonsnivå. Smertekartlegging gir grunnlag for å planlegge og iverksette en individuelt tilpasset smertebehandling. Når man arbeider med pasienter med langtkommen demens kan det oppstå utfordringer for kartleggingen da pasienten kan ha afasi eller vansker med å sette ord på smertene sine. Det vil i disse situasjonene ha større betydning å kunne tolke fysiologiske tegn og atferdsendringer hos denne pasientgruppen (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

Det finnes i dag flere kartleggingsverktøy som sykepleiere kan benytte ved kartlegging av smerte hos pasienter med demens, et eksempel på dette er MOBID-2 (Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia). Kartleggingsverktøyet er delt i to deler, og

tilpasset pasientens hverdagssituasjon på sykehjem. Første del består av lokalisering av smerte fra ledd, muskulatur og skjelett. Andre del består av vurdering av smerter i indre organer, hud og hodet. For å vurdere atferden og responsen til pasienten benyttes en 0-10 punktsskala, der 0 indikerer ingen smerte og 10 indikerer sterk smerte. For å vurdere pasientens smerteintensitet, blir del en og del to slått sammen og vurdert ut fra en egen 0-10 punktsskala (Sandvik og Husebø, 2011a).

Vedlagt ligger MOBID-2 kartleggingsverktøy.

2.4 Tom Kitwoods omsorgsteori

Tom Kitwood var en viktig person i utviklingen av personsentrert omsorg hos pasienter med demens. Det er blant annet hans arbeid som har satt søkelys på aktiv brukerinvolvering og tilbud av tjenester med brukeren i sentrum. Kitwood var den første som begynte å bruke begrepet “personverd”, og beskriver det som “verdien eller statusen som gis til et menneske av andre i sosiale relasjoner” (Rummelhoff, Smebye og Tombre, 2016, avsnitt 1). Begrepet “personverd” inneholder aspektene respekt, tillit og anerkjennelse. For pasienter med demens, er det viktig at pleiepersonell har kjennskap til deres reaksjoner og handlinger, slik at behandlingen blir helhetlig og ikke kun blir basert på deres diagnose (Rummelhoff, Smebye og Tombre, 2016). Selv om personen ikke lenger er i stand til å foreta seg rasjonelle refleksjoner og handlinger, blir det viktigere å kunne se forbi sykdommen. Kitwood var opptatt av fjerne stigmatisering rundt sykdommen demens. Han trakk frem at personer med demens, ikke ER personen med demens, men en PERSON med demens (Kitwood, 1997).

2.5 Hensikt med oppgaven

Pasienter med demens er en sårbar gruppe, noe som stiller store krav til utøvelsen av sykepleie. Kommunikasjon mellom denne pasientgruppen og sykepleiere er en utfordring, da de med langtkommen demens ofte har redusert evne til å uttrykke seg verbalt. Kartlegging og vurdering av pasientens smerter blir derfor viktig for å oppnå tilfredsstillende smertelindring. Oppgavens hensikt er å belyse hvilken innvirkning kartleggingsverktøy har i vurderingen av smerter hos pasienter med langtkommen demens. Økt kunnskap og kompetanse om smerter og demens blant sykepleiere, er også viktig å trekke inn som et viktig element i kartleggingen.

2.6 Problemstilling

Oppgavens problemstilling er følgende:

«Hvordan kan man som sykepleier vurdere smerte ved bruk av kartleggingsverktøy hos pasienter med langtkommen demens på sykehjem?»

2.7 Avgrensning av problemstilling

Litteraturstudien inneholder flere avgrensninger på grunn av oppgavens begrensning av antall ord til disposisjon. Vi har valgt å fokusere på pasienter med langtkommen demens med nedsatt evne til å uttrykke seg verbalt. Begrepet «langtkommen demens» benyttes, da vi syntes alvorlig grad av demens bidrar til mer stigmatisering av sykdommen. Denne studien vil inkludere hvordan man som sykepleier vurderer og kartlegger smerter hos pasienter med langtkommen demens. Pasienter innlagt på sykehjem er inkludert i studien, da det der er enklere å foreta en helhetlig vurdering av pasientens smerter over tid. Medikamentell behandling er ikke inkludert i studien, men kan bli nevnt som et mål for å oppnå tilfredsstillende behandling. Vi har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle pasienter over 65 år. Vi har sett gjennom denne litteraturstudien, at det er vanskelig å definere smerte. I den forbindelse har vi ikke lagt vekt på hvilken type smerte pasienten har, om det er kronisk eller akutt smerte, men mer om pasienten er smertepåvirket.

3. Metode

I denne delen av oppgaven vil vi beskrive gjennomføringen av litteraturstudiet, der vi presenterer søkestrategi med valgte søkeord og databaser. Utvalgsprosessen vil bli presentert, den vil inkludere inklusjons- og eksklusjonskriterier for de forskningsartiklene vi har valgt.

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne bacheloroppgaven benytter vi litteraturstudie som metode. Magnus og Bakketeig beskriver litteraturstudie som “en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder” (Thidemann, 2019, s. 77). Systematisering handler om å samle inn litteratur. Den valgte litteraturen blir deretter gjennomgått før den samles til ett ferdig sluttprodukt. Hensikten med en litteraturstudie er å gi en god forståelse av den innhentede kunnskapen, slik at den bestemte problemstillingen blir besvart (Thidemann, 2019).

Vi kan skille mellom to metoder for å innhente kunnskap: kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode beskriver tydelige fakta som er innhentet ved hjelp av datainnsamlingsmetoder. Data blir samlet inn ved hjelp av spørreskjemaer med faste svaralternativer, eksperimenter og strukturerte og systematiske observasjoner. Kunnskapen og dataen som blir innhentet er målbar og objektiv, og kan til slutt generaliseres. Kvalitativ metode brukes i litteraturstudier der menneskelige egenskaper som opplevelser, meninger og erfaringer beskrives. Innsamling av data gjøres ved bruk av intervju, feltarbeid, dokumentasjonsanalyse eller observasjon. (Thidemann, 2019).

3.2 Søkestrategi

For å finne relevante forskningsartikler fant vi først emneordene vi skulle bruke for å finne disse. Helsebiblioteket beskriver emneord som “standardiserte ord som beskriver innholdet i artikler, bøker og andre publikasjoner” (Helsebiblioteket, 2016c, avsnitt 2). Emneordene strukturerte vi i et PICO-skjema. Skjemaet har som formål å presisere problemstillingen og hjelpe med emneord og begreper som er nyttig for oss i søkeprosessen (Thidemann, 2019). For å komme frem til emneord som finnes i de valgte databasene benyttet vi Medical Subject Headings (MeSH). MeSH er et emneordsystem som inneholder medisinske og helsefaglige begreper, som bidrar til et mer presist søk i databasene (Helsebiblioteket, 2020). Vi benyttet oss av emneordene: Dementia, nursing care, pain, facial expression, pain measurement, pain assessment, delirium, nursing home, relations og communication. Vi gjennomførte deretter søk i databasene; Medline (Ovid), Pubmed og Cinahl, som alle er tilgjengelig gjennom NTNUs bibliotek. Databasene ble valgt på grunnlag av at de inneholder helsefaglig forskning, som er relevant for oss i denne oppgaven. I tillegg har vi tidligere erfaring med de nevnte databasene, som har gjort utvalgsprosessen noe lettere. Vi snevret inn søket ved å kombinere de enkelte emneordene med “AND”, på denne måten fikk vi redusert antall treff, noe som lettet arbeidet med å finne relevante artikler. Vi valgte å endre på kombinasjonene til vi fikk under 50 treff, slik at vi endte opp med artikler som er aktuelle for vår problemstilling.

3.3 Utvalgsprosessen

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble bestemt på forhånd av søkeprosessen, for å inkludere/ekskludere de artiklene som har mest relevans for den bestemte problemstillingen. De bestemte kriteriene gjør det mer oversiktlig for leseren å få en forståelse av hensikten med utvalget. Kvalitative studier er inkludert, fordi vi ønsket å se på tidligere erfaringer og opplevelser knyttet til kartlegging av smerter hos pasienter med langtkommen demens. Vi har bestemt at artiklene ikke skulle være eldre enn år 2010, for å få oppdatert forskning. Temaet

“smertevurdering” har i de senere årene blitt forsket mer på, og kunnskapsnivået har blitt betydelig bedre de siste 20-30 årene (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). Vi har inkludert studier som er gjennomført i land med liknende helsevesen som i Norge. Aldersgruppen 65 år og eldre er inkludert. Studier som inkluderer pasienter på sykehjem er valgt, fordi vi hadde et ønske om å fordype oss i pasienter med langtkommen demens der verbal kommunikasjon var en utfordring. På sykehjem er pasientene ofte over en lengre periode, og det er derfor enklere å utføre en helhetlig kartlegging av smerter. Pasienter i hjemmebaserte tjenester og på sykehus er ekskludert i denne oppgaven, fordi de er vanskeligere å følge over tid. Vi har valgt å ekskludere IMRaD-struktur i de valgte forskningsartiklene, da det kan begrense oss i å finne passende artikler innenfor det valgte temaet. Vi har som nevnt valgt ut kvalitative studier, og denne type artikler kan ifølge Thidemann (2019) avvike fra IMRaD-strukturen.

3.4 Kritisk vurdering

Under søkeprosessen, ble de aktuelle artiklene grundig gjennomgått for å finne studier med relevans for oppgavens problemstilling. Formålet med kritisk vurdering av artiklene er for å bedømme validiteten av studiens innhold (Helsebiblioteket, 2016a). Helsebiblioteket har utarbeidet sjekklister som verktøy for å gjøre det lettere å arbeide kritisk med forskningslitteratur. Under vår vurdering av artiklene brukte vi Helsebibliotekets sjekklister. Første del av vurderingen består av to hovedpunkter som er rettet mot gyldigheten av artikkelens problemstilling, og om artikkelens utførelse kan svare på denne. Neste punkt i vurderingen var å analysere resultatene, for å deretter se på om studien har relevans for sykepleie og om resultatet er troverdig (Helsebiblioteket, 2016b).

3.5 Etisk etterretning

Forskningsetikk handler om å beskytte deltakerne mot unødige belastninger og skade som følge av forskningen. Dette samsvarer med formålet i Helseforskningsloven (2008) §1, som baserer seg på at medisinsk og helsefaglig forskning skal være etisk og forsvarlig vurdert. For å ivareta pasientens personvern i de valgte artiklene har deltakerne blitt anonymisert. I studiene som inneholdt videoklipp, har innholdet kun vært tilgjengelig for deltakerne i studien. Å gjennomføre en studie med pasienter med langtkommen demens, kan by på utfordringer med tanke på samtykkekompetanse. I de tilfellene der samtykkekompetansen ikke er til stede, ble pårørende eller annen verge inkludert. Studiene tydeliggjør også at personene kan trekke sin deltakelse uten konsekvenser. De ansvarlige forskerne i hver studie er pliktig å opptre forsvarlig, slik at deltakernes menneskeverd blir ivaretatt (Helseforskningsloven, 2008).

3.6 Søkematrise

Søkeord:	Database:	Kombinasjoner:	Antall treff:	Nr:	Artikler inkludert:
1. Dementia 2. Nursing care 3. Pain	Cinahl	1 2 3 1 and 2 and 3	75902 318309 213177 30	1	Lillekroken, D. Og Slettebø, Å (2013) Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer, <i>Vård i Norden</i> , 33(3), s. 29-33.
1. Dementia 2. Pain 3. Facial Expression 4. Pain Measurement	Medline (Ovid)	1 2 3 4 1 and 2 and 3 and 4	172777 407331 15302 88608 31	2	Lautenbacher, S., Niewelt, B.G. and Kunz, Miriam (2013) Decoding pain from the facial display of patients with dementia: A comparison of professional and nonprofessional observers, <i>Pain Medicine</i> , 14(4), s. 469-477
1. Dementia 2. Pain Assessment 3. Nursing care	Cinahl	1 2 3 1 and 2 and 3	48231 6672 128531 27	3	Husebo, B.S, <i>et.al</i> (2010) Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain scale in a clinical setting, <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 24(2), s. 380-391
1.Dementia 2.Pain assessment 3.Delirium 4. Nursing home	Pubmed	1 2 3 4 1 and 2 and 3 and 4	919 436 136 504 11	4	Agit, A. <i>et.al</i> (2018) An iceberg phenomenon in dementia: Pain, <i>Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology</i> , 31(4) s. 186-193.
1. Relations 2. Dementia 3. Nursing homes 4. Communication	Cinahl	1 2 3 4 1 and 2 and 3 and 4	199243 76100 29247 291876 39	5	Söderlund, M. <i>et.al</i> (2015) Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses - qualitative evaluation of an intervention with the validation method, <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 30(1), s. 37-47

4. Resultat og funn

4.1 Litteratormatrise

Artikkel 1	Lillekroken, D. Og Slettebø, Å (2013) Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. I <i>Vård i Norden</i> , 33(3), s. 29-33.
Hensikt	Undersøke sykepleieres erfaringer med smertevurdering og smertelindring hos pasienter med demens.
Nøkkelord	Dementia, old patients, pain assessment, pain relieving
Metode	Artikkelen er en kvalitativ studie. Data ble samlet inn gjennom fokusgruppeintervjuer samt en semistrukturert intervjuguide. Det var 18 sykepleiere som deltok i studien. Sykepleierne jobbet på geriatiske avdelinger ved to ulike sykehus og en skjermet enhet for personer med demens. Deltakerne varierte i alder og hadde ikke videreutdanning innen eldre- eller demensomsorg.
Resultat og diskusjon	Felles for alle deltakerne var at de opplevde utfordringer rundt smertekartlegging og smertelindring til denne pasientgruppen. I studien kom det fram ulike forhold som sykepleierne må ta hensyn til ved kartlegging og lindring av smerte hos pasienter med demens. Blant annet at eldre pasienter kan ha flere diagnoser og benytte mange ulike medikamenter sammen som følge av dette. Pasientenes høye alder, individuelle behov for smertelindring, demenssykdom og nedsatt kommunikasjonsevne er faktorer som førte til bekymringer blant deltakerne da det kan være flere eldre mennesker som kan gå med underdiagnostisert og underbehandlet smerte. Det ble i tillegg trukket frem avdelingens rutiner for smertekartlegging og etiske dilemmaer rundt behandling av smerte. Deltakerne opplyste at de brukte smertekartleggingsverktøy i svært liten grad. Deltakerne hadde kjennskap til smertekartleggingsverktøy, men var usikre på hvordan disse kunne benyttes til denne pasientgruppen. Det var likevel et flertall som var enige om felles retningslinjer kunne være et alternativ for optimal smertevurdering og smertelindring. Sykepleierne trakk fram de etiske dilemmaene de stod i når det kom til smertelindring av pasienten, om de skulle ta hensyn til pasientens rett til å bestemme selv eller pasientens behov for smertelindring.
Konklusjon	Pasienter med demens er en pasientgruppe som sykepleierne synes det er utfordrende å kartlegge smerte hos. For at smertelindringen skal være tilstrekkelig, er det avgjørende at pasienten selv kan informere om behov for smertelindring og virkning. Demens kan føre til at pasienter får

	<p>vansker med å kommunisere. Pasientene kan da formidle at de har smerter gjennom atferd og kroppsspråk. Som sykepleier har man ansvar for egen fagutvikling og å arbeide kunnskapsbasert som vil bidra til å heve kompetansen. Ved å ha et kontinuerlig fokus på smertekartleggingsverktøy og observasjoner vil dette øke mulighetene for effektiv smertevurdering og smertelindring. Det er behov for videre forskning for å kartlegge sykepleieres behov for kunnskap innenfor smertekartlegging og smertelindring til pasienter med demens.</p>
Relevans for oppgaven	<p>Studien gir et inntrykk om hvilke erfaringer sykepleiere har med kartleggingsverktøy, og viser til at det er behov for økt kunnskap rundt bruken av disse da sykepleierne ikke vet hvordan de kan praktisere disse. Vi har valgt å ta med denne artikkelen til tross for at den omhandler to sykehusavdelinger, fordi den tar for seg flere sykepleieres erfaringer med kartleggingsverktøy.</p>

Artikkel 2	<p>Lautenbacher, S., Niewelt, B.G. and Kunz, Miriam (2013) Decoding pain from the facial display of patients with dementia: A comparison of professional and nonprofessional observers, <i>Pain Medicine</i>, 14(4), s. 469-477</p>
Hensikt	<p>Pasienter med demens har ofte en nedsatt evne til å rapportere om egne smerter. Behovet for å ha personer rundt seg som kan hjelpe til med å oppdage og sette ord på smertene er derfor viktig. Hensikten til studien var å finne ut av om ansiktsuttrykk hos personer med demens, like lett kan tolkes som hos pasienter som ikke har noen nedsatt kognitiv funksjon, og om sykepleiere gjennom arbeid og erfaring, har lært seg å lese ansiktsuttrykk forårsaket av smerte bedre enn kontrollgruppen.</p>
Nøkkelord	<p>Pain, dementia, decoding, facial expressions, observer</p>
Metode	<p>I studien var det 21 autoriserte sykepleiere og 21 ufaglærte personer som deltok. Inklusjonskriteriene for de autoriserte sykepleierne, var at de måtte ha minimum tre års erfaring innenfor eldreomsorg eller minimum fem års erfaring på sykehus. De deltakende i studien fikk se 120 videoklipp av ansiktsuttrykk til både unge og eldre personer med og uten demens. Etter hvert videoklipp, ble de deltakende bedt om å vurdere intensiteten av smerte hos personene i videoklippene. Studien brukte to parametere for å undersøke deltakernes kunnskap om vurdering av smerte fra ansiktsuttrykk: <i>level</i> og <i>concordance</i>. For det første ville de undersøke</p>

	<p>hvor mye smerte de deltagende så i ansiktsuttrykkene til personene. På den andre siden ville de undersøke deltakernes dømmende kraft og selvrapportering gitt av personene i videoklippene.</p>
Resultat og diskusjon	<p>I studien fant man ingen forskjell mellom sykepleiernes og de ufaglærtes evne til å vurdere og kartlegge smerte. På den andre siden så man at alder, kognitiv status og kjønn hadde stor innflytelse på hvordan man vurderte smertenivået hos personer. I tillegg kom det frem at det var lettere å vurdere smerte på de eldre personene, samt de kvinnelige. Alle deltakerne rapporterte mer smerte hos pasientene med demens, mens det ble rapportert om minst smerte hos de yngre personene i videoklippene. De tilfellene med høy smerteintensitet ble det oppdaget av både sykepleierne og de ufaglærte. Det kom frem i studien at det ikke nødvendigvis var de med lengst erfaring innenfor eldreomsorgen som var de som var best til å rapportere smerte. Studien understreker at det er for lite fokus på opplæring av smertevurdering hos sykepleiere. Det ble kun valgt personer med demens som var i stand til å uttrykke sine følelser rundt smerter, men ifølge MMSE-testene som ble tatt, kunne de ikke bevise at dette var pålitelig.</p>
Konklusjon	<p>Det viser seg at sykepleiere ikke viser en overlegen evne til å vurdere smerte hos andre, kun basert på ansiktsuttrykk. Konklusjonen i studien baserer seg på viktigheten av opplæring og øving på å kunne tolke ansiktsuttrykk hos personer med demens.</p>
Relevans for oppgaven	<p>Artikkelen tar for seg både faglærte og ufaglærte sin evne til å tolke smerte ved hjelp av ansiktsuttrykk. Resultatet viser behovet for økt fokus på opplæring innenfor tolkning av kroppsspråk da resultatet ble noenlunde likt blant de to gruppene. Deltakerne i artikkelen er pasienter med demens som har evne til å uttrykke seg verbalt. Vi har valgt å inkludere artikkelen til tross for dette, ettersom studien er basert på videoklipp av deltakerne uten lyd.</p>

Artikkel 3	<p>Husebø, B. S. <i>et al.</i> (2010) Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain scale in a clinical setting, <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 24(2), s. 380 - 391</p>
Hensikt	<p>Hensikten med denne artikkelen er å se på kvaliteten av MOBID-2-skjemaet. Artikkelen ser på hvor konstant testresultatene er mellom hver test, om man kan se endringer i pasientens poengsum, og hvor god kvalitet på svaret er sammenlignet med tradisjonelle smertekartleggings metoder.</p>

Nøkkelord	Dementia, pain behaviour, pain intensity, pain drawing, psychometric properties.
Metode	Smertene til pasienter med langtkommen demens ble kartlagt av 28 sykepleiere ved hjelp av MOBID-2 skjemaet. Skjemaet ble fylt ut individuelt og i mindre grupper. Smertens karakter ble også undersøkt av en lege.
Resultat og diskusjon	Undersøkelsene viste at 81 prosent av smertene til pasientene kom fra muskel og skjelettsystemet. Bekken og underlivssmerter var også en av de større årsakene til smerter. Den vanskeligste kroppsdelen å mobilisere var benene. De fant ut at smerteintensiteten samsvarte med legens undersøkelse. Svarene på skjemaet samsvarte også selv om forskjellige sykepleiere fylte ut skjemaet på samme pasient.
Konklusjon	Forskerne kom frem til at MOBID-2-skjemaet er et pålitelig og tidseffektivt hjelpemiddel for sykepleiere til å vurdere smerte hos pasienter med langtkommen demens.
Relevans for oppgaven	Forskningen viser at MOBID-2 er et sikkert hjelpemiddel for vurdering av smerte hos pasienter med demens. Skjemaet gir sykepleieren et verktøy for å se etter fysiske tegn på smerter hos pasienter med nedsatt språkfunksjon.

Artikkel 4	Agit, A. <i>et al</i> (2018) An iceberg phenomenon in dementia: Pain, <i>Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology</i> , 31(4) s. 186-193.
Hensikt	Smerte er et av de hyppigst forekommende symptomene hos eldre. Det har en stor innvirkning på livskvaliteten, øker risikoen for delirium, og kan føre til en forverring av demens. Målet med studien var å evaluere selvrapporterte kartleggingsverktøy, samt objektive kartleggingsverktøy utviklet for sykehjemspasienter med demens. Et annet mål var å observere den kliniske virkningen av smerte ved å undersøke forholdet mellom geriatriiske symptomer, aktivitet og nevropsykiatriske symptomer. Hensikten med studien var å understreke viktigheten av å velge riktig kartleggingsverktøy hos pasienter med demens, da disse ofte blir oversett i det daglige.
Nøkkelord	Dementia, nursing home, pain

Metode	<p>Studien ble utført på to sykehjem i Tyrkia med til sammen 75 deltakere. Deltakerne var i alderen 65 år og eldre. 46,7 % av deltakerne var kvinner, og gjennomsnittsalderen var 81,1 år.</p> <p>Inklusjonskriterie var pasienter med demensdiagnose. 32 % av pasientene hadde demens på et tidlig stadium, 24 % på et moderat stadium og 44 % på et alvorlig stadium. Eksklusjonskriterier var pasienter under 65 år, alkoholisme, akutt smerte, alvorlig syns- og hørselsproblemer, pasienter med delirium og pasienter som ikke ble sett av samme omsorgsperson i minimum 20 timer per uke.</p> <p>Etter en omfattende geriatrisk vurdering, ble pasientene spurt om å svare på om de opplevde smerter gjennom kartleggingsverktøyene: Pain assessment in advanced dementia (PAINAD), Discomfort scale for dementia of the alzheimer's type (DS-DAT), Pain assessment for the dementing elderly (PADE), Wong-Baker faces pain rating scale og numeriske smerteskalaer.</p>
Resultat og diskusjon	<p>Selv om antallet som oppga at smerten var lavere i moderate og alvorlige stadier, så man gjennom PADE, PAINAD og DS-DAT at smertene var merkbart høyere. Videre ble scorene fra PADE, PAINAD og DS-DAT sett i sammenheng med de omfattende geriatriske vurderingene.</p> <p>Det viser seg at man ved smertebehandling av denne pasientgruppen ikke kan stole på pasientens egne utsagn, da samarbeidsevnen og evnen til å kommunisere er dårlig.</p>
Konklusjon	<p>Resultatene viser at smerte ikke er rent sjeldent hos pasienter med demens, og at de i mange tilfeller ikke er i stand til å uttrykke det, spesielt i de senere stadiene av sykdommen. Det viser seg at de objektive smertevurderingsverktøyene laget for pasienter med demens, bør brukes oftere.</p>
Relevans for oppgaven	<p>Artikkelen viser at tradisjonelle kartleggingsmetoder ikke er optimale i forhold til denne pasientgruppen. I de tilfellene der pasientene fortsatt evner å kommunisere verbalt, viser det seg at det fortsatt er optimalt å bruke objektive kartleggingsverktøy.</p>

Artikkel 5	Söderlund, M. <i>et al</i> (2015) Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses - qualitative evaluation of an intervention with the validation method, <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 30(1), s. 37-47
Hensikt	Undersøke reaksjonene og handlingene til pasienter med sykdommen demens som bor på sykehjem gjennom en-til-en-samtaler med ansatte på sykehjem i løpet av et års opplæring i valideringsmetoder. Observasjonene ble gjort under videoopptak.
Nøkkelord	Communication, dementia disease, validation method
Metode	<p>Studien benyttet en kvalitativ metode for å beskrive kommunikasjonen mellom pasienter med demens og sykepleierne gjennom ett år med opplæring i validering. Studien ble gjennomført på tre forskjellige sykehjem. Deltakerne var 12 sykepleiere/assistenter, og 29 pasienter. Pasientene hadde moderat til alvorlig grad av kognitiv svikt, samt ingen medisinsk historie med psykiatri eller alkoholmisbruk. Sykepleierne/assistentene hadde en kjent relasjon til de pasientene de hadde ansvar for.</p> <p>Datamaterialet som ble benyttet i studien bestod av en-til-en-samtaler med pasientene og de ansatte ved sykehjemmet. Studien inkluderte åtte videoopptak, fire fra begynnelsen og fire fra slutten med minimum fem måneder imellom. Analysen av datamaterialet inkluderte å først observere alle funnene i videoopptakene, deretter ble det utført en strukturert analyse, der observasjonene som hadde størst relevans i forhold til studien, ble analysert grundigere. Observasjonene som ble gjort handlet om pasientenes holdninger og reaksjoner, samt verbal og non-verbal kommunikasjon.</p>
Resultat og diskusjon	<p>Pasientenes holdninger og reaksjoner ble delt inn i fire kategorier:</p> <p><i>Å være uinteressert i eller ikke kunne svare på spørsmål:</i></p> <p>Ved spørsmål om dagligdagse ting eller fortiden svarte pasienten enten adekvat, virket uinteressert eller hadde vansker med å huske hva de skulle svare. Når sykepleierne/assistentene forsøkte å hjelpe pasientene med å komme på hva de skulle svare resulterte i at pasientene ble stille, og det var vanskelig å tolke hvordan pasienten reagerte på hjelpen.</p> <p><i>Snakke om mer enn et samtaleemne samtidig:</i></p> <p>I noen tilfeller tok pasientene initiativ til samtale. Under disse samtalene virket det som pasientene glemte hva de begynte å snakke om, og begynte deretter å snakke om noe annet. Når</p>

	<p>sykepleieren/assistenten forsøkte å realitetsorientere, fortsatte pasientene å snakke om noe annet.</p> <p><i>Å prøve å snakke om hva man tenker på:</i></p> <p>I noen samtaler ble pasientene avbrutt av sykepleierne/assistentene. Dette førte til at pasienten glemte hva de prøvde å ta opp. Senere ble det gjennomført en lignende samtale hvor sykepleierne/assistentene ikke skulle avbryte som resulterte i at pasientene snakket mer åpent om hva de tenkte på.</p> <p><i>Snakke mer fritt om hva man tenker på:</i></p> <p>Pasientene klarte å snakke mer åpent uten forstyrrende elementer. I de samtalene der sykepleieren/assistenten stilte oppfølgingsspørsmål om det pasientene begynte å snakke om, gikk bedre og pasientene klarte lettere å sette ord på hva de tenkte på.</p>
Konklusjon	<p>Den gjennomførte studien viste en utvikling i kommunikasjonsferdighetene til de deltagende sykepleierne/assistentene. I siste del av studien fikk pasientene med demens lov til å ta seg tid til å bruke de gjenværende kommunikasjonsevnene sine uten å bli avbrutt eller misforstått. Studien har økt bevisstheten rundt kommunikasjon med pasienter med demens. Gjennom studien har resultatene vist at det er viktig at man som sykepleier opparbeider seg kunnskap i kommunikasjonsferdigheter i møtet med pasienter med demens, og at det er viktig for at pasientene skal kunne formidle sine følelser.</p>
Relevans for oppgaven	<p>Studien belyser viktigheten av å opparbeide seg ferdigheter rundt kommunikasjon til pasienter med demens. For at de demente skal kunne formidle sine følelser og behov, er det viktig å bli møtt med forståelse og omsorg. Hos denne pasientgruppen kan det være vanskelig å tolke følelser som smerte, og i den forbindelse er det nødvendig som sykepleier å ha den kunnskapen og de ferdighetene som trengs, for å kunne gi riktig behandling.</p>

4.2 Oppsummering av resultater

Kommunikasjon og selvrapporing

Lillekroken og Slettebø (2013), Lautenbacher, Niewelt og Kunz (2013) og Söderlund *et al.* (2015) påpeker utfordringer knyttet til å smertelindre pasienter med demens, grunnet deres nedsatte kommunikasjonsevne og det sammensatte sykdomsbildet. I studien gjort av Agit *et al.* (2018) konkluderer de med at selvrapporing ikke er tilstrekkelig for vurdering av smerte hos pasienter med demens. Det kommer frem i studien at de med langtkommen demens

rapporterer mindre smerter enn de med mildere grad av demens. Etter at deltakerne ble vurdert gjennom kartleggingsverktøy, viste det seg at deltakerne med langtkommen demens hadde betydelig mer smerter enn det som ble rapportert. I studien gjort av Söderlund *et al.* (2015) viste det seg at dersom sykepleierne hadde god nok opplæring i kommunikasjon med pasienter med demens, hadde pasientene lettere for å uttrykke sine behov.

Kunnskap og kompetanse

I studiene Lillekroken og Slettebø (2013) og Lautenbacher, Niewelt og Kunz (2013) kommer det frem at det er for lite kunnskap rundt kartleggingsverktøy i praksis. Deltakerne i Lillekroken og Slettebø (2013) savnet felles retningslinjer rundt kartlegging av smerte, da behandlingen virket noe tilfeldig uten et verktøy å støtte seg på. I studien gjennomført av Lautenbacher, Niewelt og Kunz (2013) var målet å undersøke om de fant forskjeller blant sykepleierne og ufaglærte i tolking av pasientens ansiktsuttrykk som et tegn på smerte. I tillegg var målet å undersøke om erfaring og arbeid innenfor eldreomsorgen ville innvirke på resultatet. Resultatet viste lite eller ingen forskjell på hvordan sykepleiere og ufaglærte vurderte og kartla smerte. I den forbindelse kan det tenkes at resultatet indikerer for dårlig opplæring innenfor dette temaet på sykepleierutdanningen, og at slik kunnskap ikke nødvendigvis utvikler seg i tråd med erfaring.

Kartleggingsverktøy

I studiene gjort av Lillekroken og Slettebø (2013), Lautenbacher, Niewelt og Kunz (2013), Husebø *et al.* (2010) og Agit *et al.* (2018), var hensikten å evaluere ulike kartleggingsverktøy utviklet for pasienter med demens. Felles i de nevnte forskningsartiklene, var at det sjeldent ble brukt kartleggingsverktøy i vurderingen av smerter hos denne pasientgruppen av ulike grunner. Sykepleierne i studiene gjort av Lillekroken og Slettebø (2013) samt Lautenbacher, Niewelt og Kunz (2013), påpekte at de hadde for lite kunnskap om ulike kartleggingsverktøy og at de i den forbindelse gjorde egne vurderinger og observasjoner. Lillekroken og Slettebø (2013) følte i tillegg tidspress når det gjaldt kartlegging av smerter, og at de av den grunn valgte å ikke benytte seg av kartleggingsverktøyene. Husebø *et al.* (2010) og Agit *et al.* (2018) fant i sine studier at objektive kartleggingsverktøy er mest hensiktsmessige hos pasienter med demens på grunn av deres reduserte evne til å uttrykke seg verbalt.

5. Drøfting

5.1 Kommunikasjon og selvrapporing

I kommunikasjonen med pasienter med demens kan man som sykepleier møte utfordringer rundt det å forstå og å bli forstått. Dette er en pasientgruppe med reduserte evne til å uttrykke seg, og det er derfor viktig at vi observerer både det verbale og nonverbale. For å få til en god relasjon med pasienter med demens, er det viktig at vi legger bort våre egne tanker og ideer, for at vi skal kunne møte disse med den åpenheten som trengs (Hauge, 2010). Söderlund *et al.* (2015) benyttet seg i sin studie av en valideringsmetode som går ut på at sykepleierne gir pasientene oppmuntring og bekreftelse, fremfor å rette på dem. Dette viser, selv om man trenger mer forskning rundt temaet, at pasientene lettere åpner seg for pleierne, noe som igjen kan bidra til å oppdage smerter og ubehag fortere. Denne valideringsmetoden er gjenkjennbar fra Kitwood sitt arbeid, hvor man har en personsentrert tilnærming, og man setter personen i sentrum, og anerkjenner at mennesket er unikt, og behandler det deretter (Kitwood, 1997).

Uten målbare tegn på smerte, kan det være utfordrende å identifisere og etterprøve pasientens egen opplevelse av smerte. I den forbindelse kan sykepleieren bli usikker på om pasienten har smerter. Likevel er det pasienten selv som er autoriteten, og dette må sykepleieren godta (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). I den sammenheng kan man i mange tilfeller slippe å benytte seg av kartleggingsverktøy, da pasientene selv kan melde ifra og sette ord på hva de føler. Dette kan imidlertid være vanskelig hos pasienter med langtkommen demens, da de ofte har vansker med å uttrykke seg, noe som igjen resulterer i at mange går rundt med ubehandlede smerter og ubehag. (Lillekroken og Slettebø, 2013).

I studien gjennomført av Söderlund *et al.* (2015) ser man at pasienter med demens som får tid og ro på seg, etter hvert vil uttrykke egne ønsker. Ubehandlede smerter som tidligere ikke har kommet frem, fordi pasientene ikke får tid til å sette ord på hva de føler, kan oppdages nettopp fordi pasientene selv melder ifra. Et annet argument for at man ikke skal gjøre seg helt avhengig av kartleggingsverktøy, er at en lett objektiviserer pasientene. I studien gjort av Söderlund *et al.* (2015) kommer det frem at testpersonene føler seg objektivisert i de tilfellene der det er overdreven bruk av kartleggingsverktøy. Ordet objektivisering betyr å anse personer som ting eller objekter (Odland, 2017). I den sammenheng kan sykepleieren risikere å glemme å ivareta de psykososiale behovene. Hvis man som sykepleier kun fokuserer på

kartleggingsverktøyet, mens man samtidig neglisjerer mennesket, kan dette bidra til å svekke tilliten og relasjonen mellom seg og pasientene, ved at de blir objektivisert.

I studien gjort av Söderlund *et al.* (2015) kommer det frem at pasientene føler seg nedverdiget som menneske, med tanke på hvordan sykepleierne behandler og kommuniserer med dem. Dersom pasientene opplever nedlatende kommentarer fra sykepleiere, kan det tenkes at relasjonsbyggingen kan bli utfordrende. Tom Kitwood var opptatt av at hver enkelt person med en demensdiagnose, skulle behandles unikt. Videre mente Kitwood at pasientenes egne følelser og erfaringer, burde få mye større plass innenfor demensomsorgen (Eide og Eide, 2019).

I studien gjort av Söderlund *et al.* (2015), viste sykepleierne forbedring i kommunikasjon med pasienter med demens mot slutten av studien. Deltakerne lærte teknikker som var nyttige i kommunikasjonen til denne pasientgruppen. Tilrettelegging og bruk av korte setninger er to eksempler. I den forbindelse hadde pasientene med demens lettere for å kunne uttrykke sine tanker og behov. I en norsk studie gjennomført av Mjørud *et al.* (2017), viste det seg at pasienter med demens på sykehjem, kan formidle følelser og tanker som er viktig for deres livskvalitet (Eide og Eide, 2019). For å kunne gi pasienter med demens en helhetlig behandling, kan det tenkes at kommunikasjon er et viktig verktøy for å avdekke pasientens smerter.

5.2 Kunnskap og kompetanse

For at man som sykepleier skal kunne vurdere smerte ved hjelp av kartleggingsverktøy, er det nødvendig med oppdatert kunnskap og kompetanse innenfor dette området. Det kan være utfordrende å kartlegge smerte hos pasienter med demens av flere grunner. Mangel på kunnskap om sykdommen demens og kartleggingsverktøy, er et fellestrekk som går igjen i de fleste artiklene vi har valgt. I studien gjort av Lillekroken og Slettebø (2013), hadde deltakerne kjennskap til kartleggingsverktøyene, men var usikre på hvordan de skulle brukes. Lautenbacher, Niewelt og Kunz (2013) understreker i sin studie, viktigheten av god opplæring av helsepersonell i smertevurdering, da resultatene viste liten eller ingen forskjell i måten sykepleiere og ufaglærte vurderte smerter hos pasienter med demens. På motsatt side, fant Husebø *et al.* (2010) i sin forskning, at kartleggingsverktøyet MOBID-2, er et sikkert hjelpemiddel for sykepleiere i vurderingen av smerter hos denne pasientgruppen. Resultatene

i forskningen viser at sykepleierne vurderte samme smerteintensitet blant pasientene ved hjelp av MOBID-2, som den samme smerteintensiteten legene vurderte gjennom en klinisk undersøkelse. I den forbindelse ser en betydning av at pasientens smerte er identifisert og kartlagt, for å kunne iverksette helhetlig smertebehandling.

Sykepleierne i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) opplevde utfordringer i behandlingen av denne pasientgruppen. Årsaken til dette var pasientens høye alder, sammensatte sykdommer og kognitiv svikt som følge av sykdommen demens. De opplevde imidlertid at behandlingen var vanskeligere å gjennomføre da pasientens evne til å kommunisere var redusert. Som et tiltak for å bidra til å heve kompetansen rundt sykdommen demens, har det siden år 2015 blitt utviklet tre Demensplaner i Norge. Demensplanene fokuserer på at pasientene og deres pårørende skal oppleve trygghet og forutsigbarhet i møte med helsevesenet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Det kan tenkes at utfordringen rundt behandlingen av denne pasientgruppen, som kommer frem i studien til Lillekroken og Slettebø (2013), er et tegn på for lite kunnskap. I sammenheng med utgivelsen av Demensplan 2015, ble det utviklet et opplæringsverktøy kalt Demensomsorgens ABC, som et tiltak for å bidra til å heve kompetansen i helse- og omsorgstjenestene. Resultatene ble presentert i Demensplan 2020, og viste at ABC-opplæringen hadde vært en suksess. Likevel var det fortsatt få som hadde gjennomført opplæringen, da den ikke var tilpasset for vikarer og ufaglærte i tjenestene. I den forbindelse ble det i Demensplan 2020 utviklet et nytt opplæringsverktøy kalt *Dette må jeg kunne*, som var tilpasset vikarer og ufaglærte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Et slikt opplæringsverktøy bidrar til å heve kompetansen rundt kommunikasjon med pasienter med demens. I den forbindelse kan endringer av atferd og tegn til smerte bli enklere å oppdage blant alle ansatte i helsevesenet. Det kan tenkes at samarbeidet innad i teamet vil bli bedre, da de ufaglærte vet hvilke endringer de skal rapportere tilbake til sykepleierne. Eksempler på type endringer som burde rapporteres er intensitet og lokasjon av smerter, samt oppførsel som agitasjon eller tilbaketrekning.

Graverholt, Jamtvedt og Nortvedt (2016) skriver at man som sykepleier må ha et godt kunnskapsgrunnlag for sin praksis for å styrke sin troverdighet. Dersom man har god kunnskap om demens og kartleggingsverktøy tilknyttet sykdommen, kan vurderingen bli enklere å utføre. I studien gjort av Söderlund *et al.* (2015), kom det frem at dersom sykepleierne kunne bruke god tid og tilrettelegge samtalene med pasientene med demens, hadde de lettere for å uttrykke sine følelser og behov. Et slikt funn understreker viktigheten av at sykepleiere opparbeider seg riktig kunnskap om sykdommen demens, slik at vurderingen

og behandlingen blir mer helhetlig. For at man som sykepleier skal kunne holde seg faglig oppdatert, er det viktig at arbeidsplassen legger til rette for dette. Hver kommune plikter å tilpasse tjenestene slik at det sikres tilstrekkelig fagkompetanse i alle ledd (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

5.3 Kartleggingsverktøy

Sykepleierens evne til å observere og dokumentere smerte påvirkes av flere faktorer. Det kan være pasientens egen evne til å uttrykke smerte, samtidig som sykepleierens egne erfaringer og kunnskap om smerte kan påvirke kvaliteten på dokumentasjonen (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). I Agit *et al.* (2018) ser de at smerter hos pasienter med demens ofte forblir uoppdaget, da pasientgruppen ikke klarer å gi uttrykk for smertene selv. Den mangelfulle behandlingen av smerter kan føre til depresjon, dårlig ernæring og ytterligere nedsatt kognitiv funksjon. Dokumentasjon blir da viktig for å kunne opprettholde livskvaliteten til pasientene. I likhet med funnene i forskningen til Agit *et al.* (2018), ser vi de samme resultatene i forskningen gjort av Lillekroken og Slettebø (2013). De kommer frem til at opplæring og bruk av kartleggingsverktøy med fokus på smerter, kan hjelpe til med å oppnå optimal smertebehandling hos pasientgruppen.

Smerte er en subjektiv følelse, dette kan gjøre det vanskelig for en sykepleier å få dokumentert på en nøyaktig måte. Kartleggingsverktøy kan hjelpe ved at vi får en score på pasientens smerter. Det er også viktig å tilpasse type kartleggingsverktøy til å kunne dekke behovet til pasientgruppen den skal brukes til (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

Lillekroken og Slettebø (2013) anbefaler sykepleiere å bruke objektive smertekartleggingsverktøy på pasienter med nedsatt språkfunksjon. Objektive smertekartleggingsverktøy tar for seg kroppsspråket til pasienten, og krever ikke verbal tilbakemelding fra pasienten under kartleggingen.

Bruk av kartleggingsverktøy krever at verktøyet blir brukt hyppig. Ved riktig bruk kan man se endringer i scoren, som da kan relateres til behandlingen av smertene. Dette krever da at det lages rutiner for bruk av disse på avdelingen, det kreves også opplæring av personalet. Sykepleierne som ble intervjuet av Lillekroken og Slettebø (2013) uttrykte at det var vanskelig å administrere riktig mengde med smertestillende medikament som legen hadde forordnet. Grunnen til dette var at det ikke var en spesifikk indikasjon, kun restriksjon på hvor ofte medisiner kunne administreres. De opplevde det som om at de måtte føle seg frem i

administreringen, og at dette ikke var optimalt. Denne usikkerheten kan fjernes ved at legen setter en akseptabel score. Sykepleierne kan da ha en sum de skal tilstrebe å nå gjennom behandlingen. Faren ved dette er at smerter er forskjellige fra person til person. Det finnes ikke en fastsatt score som er akseptabel smerte for alle pasienter. Summen kan derimot brukes for å gi et konkret bilde av effekten til behandlingen legen har forordnet. Dette hjelper da sykepleieren med å gi en korrekt evaluering til legen, som da kan justere behandlingen hvis dette er nødvendig (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016).

Det kan oppstå flere utfordringer når en skal bruke kartleggingsverktøy. En av utfordringene er hvis pasienten scorer høyt, men ikke ønsker å ta imot behandling. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §4-1, skal helsehjelp ytes med samtykke fra pasienten. Det betyr at man som helsepersonell ikke kan iverksette behandling med mindre pasienten selv har gitt samtykke til dette. På den andre siden kan manglende smertelindring hos pasienter med demens føre til flere skadelige tilstander hos pasienten, deriblant delirium (Agit *et al.*, 2018). I sykepleierens etiske retningslinjer punkt 2.9, står det at “Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse.” (Sneltvedt, 2017 s. 104). Disse retningslinjene stiller krav til sykepleieren om å iverksette tiltak for å lindre smerte. Samtidig stilles det også krav til at man som sykepleier må respektere pasientens valg. I den forbindelse må man stille seg spørsmålet om hva som veier tyngst i den enkelte situasjonen. En viktig oppgave som sykepleier er å legge til rette for at pasienten kan ta selvstendige avgjørelser. Dersom pasienten motsier seg behandling, er det viktig at pasienten har blitt informert om eventuelle konsekvenser av valget, og en må som sykepleier forsikre seg om at informasjonen er forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette kan være utfordrende i situasjoner som inkluderer pasienter med langtkommen demens, da det finnes store forskjeller i grad av kognitiv svikt blant denne pasientgruppen. Spørsmålet om samtykkekompetanse må da vurderes individuelt. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §4-3, vil samtykkekompetansen falle helt eller delvis bort, dersom en pasient er dement, og evnen til å forstå er redusert. Dersom en pasient mister samtykkekompetansen, betyr ikke det at det er permanent. Helsepersonell skal vurdere pasientens samtykke i hver enkelt situasjon, og det stilles krav til at de som yter helsehjelp skal tilrettelegge forholdene (Molven, 2016).

Det viser seg at sykepleiere generelt er for dårlig til å forstå betydningen, samt iverksettelsen av systematiske hjelpemidler, som vurderingsskjemaer og skalaer for smertekartlegging. Forsøk på implementering og daglig bruk av vurderingsskjemaer, kan møte motstand hos

sykepleiere som er redde for at det individuelle perspektivet ved pleien blir borte. Noen sier også at de synes kartleggingen krever for mye tid. En svensk studie viser at motviljen til å benytte kartleggingsverktøy, hindret god postoperativ smertelindring (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). En studie gjennomført i en norsk kommune i forbindelse med etableringen av en ny lindrende enhet, viser at ny kunnskap er vanskelig å implementere i praksis. I dette tilfellet skylder sykepleierne på dårlig tid, for mange andre arbeidsoppgaver og for lite folk på jobb. Denne følelsen av å ikke strekke til fører til økt stress for sykepleierne i studien (Omli og Wiik., 2015). I følge helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §4-1c, har kommunen et overordnet ansvar for å sikre og tilrettelegge slik at helsepersonell kan utføre lovpålagte tjenester og plikter. I den forbindelse innebærer dette at lederen må tilrettelegge for at helsepersonell kan ta seg tid til kartlegging og observasjon

5.4 Kartleggingsverktøyet MOBID-2

Lillekroken og Slettebø (2013) anbefaler å bruke objektive kartleggingsverktøy ved smertekartlegging på pasienter med langtkommen demens. Det kan da ses på som gunstig å bruke MOBID- 2 skjemaet. For at smertebehandlingen skal bli optimal kreves en systematisk undersøkelse av kroppen (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). utfordringer rundt dette kan være sykepleierens egne kunnskaper om hva en skal observere og atferd ved smerter. Kartleggingsverktøyet MOBID-2 kan redusere denne usikkerheten fordi skjemaet inneholder standardiserte bevegelser. Skjemaet inneholder også beskrivelse av forskjellige smertereaksjoner, både fysiske og verbale, med egen skala for intensitet (Husebø *et al*, 2010).

Kartleggingsverktøyet MOBID-2, tar ikke for seg atferdsendringer hos pasienter med demens. Eksempler på atferdsendringer er sosial tilbaketrekking, agitasjon og endringer i interaksjoner med andre personer (Husebø *et al*, 2010). For å kunne oppdage disse endringene kan det være gunstig å ha en liten og fast gruppe pleiere som følger pasienten over tid. Pleierne vil da over tid bli godt kjent med pasienten, og kan da lettere fange opp uttrykk og tegn på smerte. I den forbindelse kan dette føre til et roligere og tryggere miljø for pasienten med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Kartleggingsverktøyet MOBID-2 har de samme kravene som andre kartleggingsverktøy. Det må brukes hyppig og kan brukes til å se effekten av smertelindring (Danielsen, Berntzen og Almås, 2016). MOBID-2 er det første kartleggingsverktøyet for pasienter med demens som har et såkalt smertekart. Dette er et bilde av kroppen der sykepleieren kan tegne inn

smertefulle punkter som blir funnet gjennom kartleggingen. Dette kan bevisstgjøre sykepleieren som kommer etterpå hvor smertene sitter, og kan hjelpe med å gi konkret informasjon til legen, som da kan tilpasse behandlingen inn mot disse områdene (Husebø *et al.*, 2010).

Tidsbruken er også en bekymring Lilleaker og Slettebø (2013) trekker frem. I Omli og Wiik (2015) ser man at sykepleierne allerede føler de ikke har nok tid til å utføre sine arbeidsoppgaver. Her kan det oppstå et problem hvis kartleggingen skal oppta mer av arbeidstiden. Husebø *et al.* (2010) fant gjennom sin forskning at mediantiden på å gjennomføre kartleggingen med MOBID-2 var på 4,5 minutter. Den raskeste tiden var på 2 minutter, og den tregeste var på 7 minutter. Alle sykepleierne som deltok, hadde allerede fått kursing på hvordan MOBID-2 skulle brukes. Det kan da antas at alle var kjente med verktøyet, og har fått tid til å bli kjent med skjemaet og bevegelsene pasienten skal gjennom. Tiden kan derfor variere hvis opplæringen rundt verktøyet ikke er optimal.

Studien av Sandvik og Husebø (2011a) viser at det er lettest å implementere MOBID-2 der man allerede har fokus på smerter. Det viser seg at innføringen går lettere hvis alle får like grundig opplæring fra starten av. Et godt tverrfaglig samarbeid, der alle benytter seg av kartleggingsverktøy i behandlingen, vil også gjøre det lettere å implementere nye rutiner og verktøy. Det sees også at det er en fordel å ha en nøkkelperson med ansvar for koordinering (Sandvik og Husebø, 2011a).

5.5 Forskningsetiske overveielser

De utvalgte forskningsartiklene i denne litteraturstudien er utført i tråd med gjeldende forskningsetiske retningslinjer. Samtlige forskningsartikler er gjennomgått og godkjent av et lokalt etisk råd. I den forbindelse betyr det at forskningsartiklene samsvarer med formålet til den norske Helseforskningsloven (2008) §1, se beskrivelse i metoddelen. Ifølge Helseforskningsloven (2008) §7, kommer det frem at forskerne skal forhindre at andre personer enn de involverte får tilgang til helseopplysninger eller personopplysninger som blir hentet inn. I Lillekroken og Slettebø (2013) og Husebø *et al.* (2010) har deres lagringsmetode av innsamlet data blitt gjennomført og godkjent av norske datatilsyn. I artikkelen skrevet av Söderlund *et al.* (2015), ble videoklippene oppbevart i et låst kabinett. Det var kun de involverte som fikk tilgang til videoklippene. I Lautenbacher, Niewelt og Kunz (2013) og Agit *et al.* (2018) får vi ingen informasjon om hvordan den innsamlede dataen er behandlet.

Det kan tenkes at taushetsplikten er overholdt i samtlige forskningsartikler, da det står beskrevet at de er gjennomgått av en etisk komitee.

Som beskrevet i Helseforskningsloven (2008) §13, stilles det krav om frivillig og informert samtykke i deltakelse av forskningsstudier. I den sammenheng kan det oppstå utfordringer i forskning på pasienter med en demensdiagnose, da deres evne til å uttrykke seg kan være redusert. I Husebø *et al.* (2010) og Söderlund *et al.* (2015) har de gitt informasjon og fått samtykke av både pasienten og deres nærmeste pårørende eller verge.

Lautenbacher, Niewelt og Kunz (2013) har i sin studie betalt de involverte 20 euro for deltakelsen. Dette kan derimot gå imot forskningsetiske retningslinjer, da de oppmuntrer deltakerne å delta i forskning de ellers kanskje ikke ville tatt del i (Den nasjonale forskningsetiske komitee for medisin og helsefag, 2009). Vi anser 20 euro i Tyskland som en symbolsk sum, og det i den forbindelse ikke vil påvirke pasientens deltakelse gjennom en økonomisk gevinst.

5.6 Kritisk vurdering

Ifølge Dalland (2017) må kildene gjennomgås nøye for å vurdere om den er pålitelig eller ikke. I vurderingsprosessen må det tas stilling til to punkter: kvalitet og relevans for oppgaven. Gjennom denne litteraturstudien har vi benyttet oss av pensumlitteratur, da disse kan anses å ha god kvalitet og sykepleiefaglig relevans, fordi den benyttes i utdanning av sykepleiere. Den inkluderte litteraturen i denne studien har hatt ulike utgivelsesår. I den forbindelse har vi forsøkt å finne nyeste utgave, slik at vi har fått mest mulig oppdatert fagstoff. Nettsidene som er inkludert, har blitt vurdert opp mot organisasjonene som har publisert informasjonen, for å forsikre oss om at innholdet er utgitt av en troverdig kilde.

De utvalgte forskningsartiklene er skrevet på både norsk og engelsk. Ved å inkludere engelske forskningsartikler, kan det ha oppstått feiltolkning under oversettelsen. Noen av resultatene kan i den forbindelse ha mistet sin opprinnelige mening. I utvalgsprosessen beskrev vi inklusjons- og eksklusjonskriterier som grunnlag for søket. Disse kriteriene kan derfor ha ført til at relevante artikler har blitt oversatt. Gjennom søkeprosessen ble kun sammendraget lest for å vurdere artikkelens relevans. I den forbindelse kan vi ha oversatt forskning med relevante funn som ikke ble nevnt i sammendraget.

6. Konklusjon

I denne litteraturstudien valgte vi følgende problemstilling: “Hvordan kan man som sykepleier vurdere smerte ved hjelp av kartleggingsverktøy hos pasienter med langtkommen demens på sykehjem?”

Gjennom oppgaven har vi sett at kartleggingsverktøy kan bidra til å gi sykepleieren en systematisk oversikt over pasientens smerter. Funnene viser at kartleggingsverktøy kan bidra til å gi helsepersonell en felles beskrivelse av smerte. I den forbindelse vil rapportering og dokumentasjon forenkles. Bruk av kartleggingsverktøy vil gi et mer presist bilde av smertens karakter og intensitet, og det blir i den sammenheng mindre rom for tolkning av observasjonene blant helsepersonell.

Økt kunnskap blant sykepleierne er en forutsetning for å ta i bruk kartleggingsverktøy. Pasienter med langtkommen demens er en utfordrende pasientgruppe, og det stilles høye krav til sykepleiernes kunnskap når det skal velges egnet kartleggingsverktøy. For å heve kunnskapen blant sykepleiere, har ABC-opplæring som presentert i Demensplan 2015 vært effektivt. I tillegg er det ledere på arbeidsplassen sitt ansvar å sørge for at de ansatte yter forsvarlig helsehjelp.

Funnene viser at kartleggingsverktøyet MOBID-2 er et pålitelig supplement til sykepleierens egne observasjoner. Kartleggingsverktøyet MOBID-2 er tilpasset pasienter med demens, og funnene viser at sykepleieren enklere får oversikt over pasientens smerter og at vurderingen blir mer helhetlig. MOBID-2 krever ikke verbal tilbakemelding fra pasienten, slik at den lettere kan anvendes hos pasienter med langtkommen demens, da denne pasientgruppen ofte har redusert evne til å uttrykke seg verbalt. Funnene viser at kartleggingsverktøyet kan gjennomføres på gjennomsnittlig 4,5 minutt. I den forbindelse er det ingen unnskyldning for å unngå å benytte seg av verktøyet, da det bidrar til en mer systematisk smertevurdering, som igjen kan gi en mer tilpasset behandling. Dessverre viser funnene at sykepleierne er skeptiske til å implementere kartleggingsverktøy i praksis. Likevel viste det seg at flere av sykepleierne ønsket seg felles retningslinjer for smertevurdering på sin arbeidsplass. Ved å heve kompetansen rundt kartleggingsverktøy, viste det seg at sykepleierne fikk større interesse.

Forskningen understreket betydningen av å ikke gi slipp på individperspektivet på pasientene, selv om kartleggingsverktøy kan bidra til å avdekke smerte. Smerte er en subjektiv følelse, og opplevelsen av smerte er individuell. Et felles mål med kartleggingsverktøyene er derfor

vanskelig å oppnå. Funnene viser at kartleggingsverktøyet kan bidra til å se effekten av smertelindrende behandling som blir administrert. En vesentlig sykepleieoppgave er nettopp å gi tilfredsstillende smertelindring til pasientene.

Forskningen viser at kartleggingsverktøyene kan benyttes for å kompensere for pasientenes reduserte evne til å uttrykke seg, men ikke erstattes helt. Det er av betydning at sykepleieren tilpasser samtaler med denne pasientgruppen, slik at deres resterende evner kan brukes som en ressurs. Gode relasjoner mellom pasienter og sykepleier er en forutsetning for god kommunikasjon rundt smertevurdering. En god relasjon er lettere å oppnå på sykehjem, da pasientene er innlagt over lengre tid og personalgruppen er mindre. Det vil i den forbindelse bli lettere for sykepleieren å følge opp hver enkelt pasient.

Litteraturliste

- Agit, A. *et al.* (2018) An iceberg phenomenon in dementia: Pain, *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 31(4) s. 186-193.
doi: <https://doi.org/10.1177/0891988718785765>
- Birkeland, A. og Flovik, A. M. (red.) (2018) *Sykepleie i hjemmet*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Danielsen, A., Berntzen, H. og Almås, H. (2016) Sykepleie ved smerte, i Stubberud, D.G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, s. 382 - 427
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (2009), *Betaling til deltakere i medisinsk eller helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra:
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/betaling-til-deltakere-i-medisinsk-eller-helsefaglig-forskning/> (Hentet: 14. mai 2021)
- Eide, H. og Eide, T. (red.) (2019) *Kommunikasjon i relasjoner*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal.
- Engedal, K. og Haugen, P.K. (2009) *Demens - Fakta og utfordringer*. 5. utgave. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Gjøra, L. *et al.* (2020) *Forekomst av demens*. Tilgjengelig fra:
https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf (Hentet: 9. mai 2021)
- Graverholt, B., Jamtvedt, G. og Nortvedt, M.W. (2016) Kunnskapsbasert praksis, i Grov, E. K. og Holter, I. M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 179-191.
- Hauge, S. (2010) Sykepleie i sykehjem, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til pasienten*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 219-237.

Helsebiblioteket (2020) *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk> (Hentet: 16. april 2021).

Helsebiblioteket (2016a) *Kunnskapsbasert praksis - 4. Kritisk vurdering*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering> (Hentet: 3. mai 2021)

Helsebiblioteket (2016b) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Hentet: 16. april 2021)

Helsebiblioteket (2016c) *Søkeord*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/sokeord> (Hentet: 3. mai 2021)

Helsedirektoratet (u.å) *Relasjonens betydning*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/generelle-prinsipper/relasjonens-betydning> (Hentet: 9. mai 2021)

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven> (Hentet: 3. mai 2021)

Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Demensplan 2025*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2025/id2788070/> (Hentet: 10. mai 2021)

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Demensplan 2020*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/> (Hentet: 10. mai 2021)

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*
Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjenesteloven> (Hentet: 26. mars 2021)

Husebø, B.S. *et al.* (2010) Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain scale in a clinical setting, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), s. 380-391.
doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x>

Kitwood, T. (1997) *Dementia reconsidered, the person comes first*. Ballmoor, Buckingham: Open university press

Kunz, M., Lautenbacher, S. and Niewelt, B.G. (2013) Decoding pain from the facial display of patients with dementia: A comparison of professional and nonprofessional observers, *Pain Medicine*, 14(4), s. 469-477. doi:<https://doi.org/10.1111/pme.12050>

Lillekroken, D. og Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer, *Vård i Norden*, 33(3), s. 29-33.
doi: <https://doi.org/10.1177/010740831303300307>

Molven, O. (2016) Pasienters og brukeres rettigheter og plikter, i Grov, E.K og Holter, I.M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 70 - 103.

Norges sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 9. mai 2021)

Odland, L.H (2017) Menneskesyn, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*, 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 25 - 42

Omli, R og Wiik, G.B (2015) Bruker ikke ny kunnskap, *Sykepleien*, 103(11) s. 44-47
doi: [10.4220/Sykepleiens.2015.55634](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55634)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
(Hentet: 04. mai 2021)

Rummelhoff, G. R., Smeby, K. L. og Tombre, B. (2016) Gir individuell omsorg, *Sykepleien*, 104(8), s. 48 - 51. doi - 10.4220/Sykepleiens.2016.58391

Sandvik, R. K og Husebø, B. S. (2011a) *Måler smerte hos personer med demens*. Tilgjengelig fra: <https://unn.no/Documents/Kompetansetjenester,%20sentre%20og%20fagr%C3%A5d/Regionalt%20kompetansesenter%20for%20lindrende%20behandling/Symtomkartlegging/Smertevurdering%20hos%20pasienter%20med%20demens.pdf> (Hentet: 15. april 2021).

Sandvik, R. K og Husebø, B. S. (2011b) *MOBID-2 smerteskala* [Digitalisert bilde]. Tilgjengelig fra: <https://unn.no/Documents/Kompetansetjenester,%20sentre%20og%20fagr%C3%A5d/Regionalt%20kompetansesenter%20for%20lindrende%20behandling/Symtomkartlegging/Smertevurdering%20hos%20pasienter%20med%20demens.pdf> (Hentet: 19. mai 2021)

Skovdahl, K. og Berentsen, V.D. (2018) Kognitiv svikt og demens, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk Sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 408 - 437

Sneltvedt, T (2017) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*, 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 97 - 113

Söderlund, M. *et al.* (2015) Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses - qualitative evaluation of an intervention with the validation method, *Scandinavian Journal of Caring*, S30(1), s. 37-47.
doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12219>

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

Torvik, K. og Bjørø, K. (2018) Smerte, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk Sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s 390 - 407

Vedlegg 1 MOBID-2 smerteskala

APPENDIKS

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Patientens 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
«Auh»
Stønner
Ynkjer seg
Gispar
Sårker

Ansiktsuttrykk
Crimasener
Ryknar pannan
Strammer munnin
Lukker øynene

Avvergereaksjon
Sårner
Beskytter seg
Skjyer fra seg
Endringer i pusteh
Krymper seg

Smerteintensitet

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

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

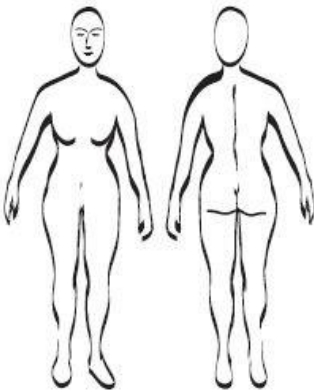
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>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

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 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

Bjørna Flaxboell et al. no. Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

(Sandvik og Husebø, 2011b)

